

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE DE LA DYSPEPSIE



Sophie Cunningham
05.04.2017

Service de gastroentérologie et hépatologie
HUG

PLAN

1. Définitions
2. Epidémiologie de la dyspepsie
3. Diagnostic différentiel de la dyspepsie
4. Critères d'alarme
5. Stratégie diagnostique
6. Messages clés

2 CAS CLINIQUES

DEFINITION : LA DYSPEPSIE Critères de Rome IV (2016)

Douleur ou inconfort de l'abdomen supérieur.

Au moins 1 des critères suivants :

- Plénitude post-prandiale
- Satiété précoce: incapacité à finir un repas de taille normal
- Douleur ou brûlure épigastrique

- C'est un **symptôme** et non un diagnostic
- Touche 25% de la population par année

DEFINITIONS : PYROSIS ET MALADIE DE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

Pyrosis (AGA)

brûlure remontant de l'épigastre vers la gorge (et parfois la bouche)
à la région rétro-sternale, avec ou sans régurgitation acide.

→ C'est un **symptôme** typique de la **maladie de reflux gastro-oesophagien (RGO)**
→ **Se retrouve chez 20-30 % des patients avec une dyspepsie**

Maladie de RGO (Classification de Montréal)

condition dans laquelle le reflux du contenu gastrique dans l'oesophage
est responsable de symptômes entravant la qualité de vie, et/ou
mène à des lésions muqueuses de l'oesophage avec ou sans complications.

EPIDEMIOLOGIE DE LA DYSPEPSIE

- La dyspepsie est une plainte fréquente!
- Incidence annuelle : 1 pour 100 personnes-années
- Prévalence : 20-25 % de la population générale
- Seulement 25% des patients avec une dyspepsie consultent
- La dyspepsie est à l'origine de 5% des consultations de MPR

Talley NJ, et al. Gastroenter

CAS CLINIQUE n°1: Mme G. Mall

- 65 ans, secrétaire à la retraite
- Brûlures épigastriques postprandiales depuis 15 j soulagées par du lait, perte de 5 kg en 2 mois
- Pas de tabac, ni d'alcool
- Ibuprofène 400 mg, 8 à 10 cp/sem (arthrose des mains)
- Status: abdomen sp hormis une sensibilité à la palpation de l'épigastre (sans défense, ni détente, Carnett négatif), pas d'autre anomalie

CAS CLINIQUE n°2: Mr S. Thomas

- 37 ans, serveur dans un restaurant
- Crampes épigastriques et plénitude post-prandiales invalidantes entraînant parfois une satiété post prandiale, depuis 8 j
- 3 épisodes d'épigastralgies durant 5-7 j en 3 ans
- Fumeur (25 UPA), alcool occasionnel
- Ø médicament
- Status: abdomen sp hormis une sensibilité à la palpation de l'épigastre (sans défense, Carnett négatif), pas d'autre anomalie

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- 15 % des cas : dyspepsie secondaire** → cause organique/systemique sous-jacente
- Ulcère gastro-duodénal 15 %
 - Œsophagite de reflux érosive 5-15 % ou non-érosive
 - Gastrite, duodénite (yc coeliakie)
 - Maladie bilio-pancréatique
 - Tumeur digestive haute (œsophagien, gastrique, duodénal) < 2 %
 - Ischémie intestinale chronique
 - Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
 - Maladie cardiaque (coronaropathie, ...)
 - Maladie endocrinienne (diabète, hypercalcémie, ...)
 - Médicamenteuse (AINS, œstrogènes, fer, anticalciques, IEC...)
 - ...

15 % des cas : dyspepsie fonctionnelle

CRITERES D'ALARME

- o Âge \geq 45 ans
- o Signe de saignement gastro-intestinal
- o Anémie ou carence martiale inexpliquée
- o Perte pondérale involontaire
- o Odynophagie, dysphagie
- o Vomissements persistants
- o Masse épigastrique
- o Lymphadénopathies
- o Ictère
- o AF pour une tumeur digestive haute
- o ATCD d'ulcère peptique
- o ATCD de chirurgie digestive

➔ OGD

CAS CLINIQUES: Critères d'alarme?

Mme G. Mall

- > 45 ans
- Perte de poids
- (Prise chronique d'AINS)

Mr S. Thomas

- \emptyset critère d'alarme

CAS CLINIQUES: Stratégie diagnostique ?

Mr S. Thomas

- Réassurance, mesures hygiéno-diét.
- Arrêt AINS / tabac / OH
- Ttt d'épreuve par anti-H2
- Ttt d'épreuve par IPP
- OGD puis ttt selon OGD
- Sérologie Hp: + = OGD / - = IPP
- Breath test Hp: + = anti-HP / - = IPP

Mme G. Mall

- Réassurance, mesures hygiéno-diét. V \emptyset
- Arrêt AINS / tabac / OH V V
- Ttt d'épreuve par anti-H2 V \emptyset
- Ttt d'épreuve par IPP V \emptyset
- OGD puis ttt selon OGD \emptyset V
- Sérologie Hp: + = OGD / - = IPP \emptyset \emptyset
- Breath test Hp: + = anti-HP / - = IPP V \emptyset

CAS CLINIQUES: Stratégie diagnostique ?

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE: Les incontournables

Anamnèse

- Critères d'alarme ? Prise d'AINS? Pyrosis associé ? ...

Status clinique

- Le plus souvent normal
- La sensibilité épigastrique ne permet pas de différencier une dyspepsie II° d'une DF
- Critères d'alarme ?

Laboratoire

- FS, tests hépatiques et pancréatique, ferritine, électrolytes, glucose, Hb glyquée, ac anti-TTG
- Critères d'alarme ?

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE: Critères d'alarme +



Sensibilité 92 %, spécificité 99 % pour le dx de lésions organiques causant dyspepsie
Complications (cardio-pulmonaires > perforation > †): 1/330-2770
Prix à Genève (Tarmed 2016): 365.- CHF (sans biopsie)

Plus efficace que ttt empirique

- ↓ symptômes
- ↓ consultations urgentes
- ↓ utilisation IPP
- ↓ coûts pour obtenir patient asymptomatique à 1 an

Delemer BC, et al. Cochrane Database Sy

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE: Les incontournables

Anamnèse

- Critères d'alarme ? Prise d'AINS? Pyrosis associé ? ...

Status clinique

- Le plus souvent normal
- La sensibilité épigastrique ne permet pas de différencier une dyspepsie II° d'une DF
- Critères d'alarme ?

Laboratoire

- FS, tests hépatiques et pancréatique, ferritine, électrolytes, glucose, Hb glyquée, ac anti-TTG
- Critères d'alarme ?

CAS CLINIQUE: Mme G. Mall

Labo: état ferriprive sans anémie

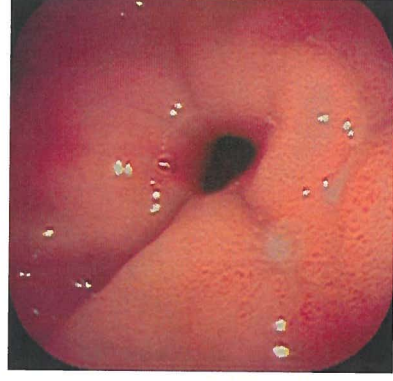
Stop AINS

OGD

- plusieurs ulcères gastriques (antre pré-pylorique)
- Biopsies: pas de malignité, Hp –

IPP dose standard ou anti-H2 pdt 6-8 sem

OGD de contrôle 6 sem après* (cicatrisation)



sur tous les ulcères gastriques et les ulcères duodénaux compliqués

CAS CLINIQUE: Mme G. Mall

prise chronique d'AINS (y compris les salicylés!)

avorise la survenue d'ulcères gastriques et duodénaux chez 10-30% des utilisateurs réguliers
ujets à haut risque:

- les personnes âgées (>65 ans)
- celles ayant un antécédent
 - d'ulcère gastroduodénal
 - d'hémorragie digestive
 - de maladie cardio-vasculaire

→ L'association AINS et Hp+ ↑ le risque d'ulcère de 61.1x par rapport à ceux Hp-

Rappel:

- Limiter la prescription d'AINS aux situations où ils sont réellement indiqués
- Prescrire le dosage minimal efficace pour la durée minimale nécessaire
- S'il est nécessaire de prescrire un AINS à un patient à haut risque, ajouter un IPP

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE: Critères d'alarme -

L'absence de critère d'alarme a une haute valeur predictive négative
Que proposez-vous?

Si prévalence d'Hp $\geq 10\%$: «TEST AND TREAT»

- En Suisse: prévalence environ 20 %
- Tests non invasifs :
 1. Test respiratoire ("breath test") à l'urée
 - même performance
 - préférables à la sérologie car meilleure VPP
 - stop IPP 2 semaines avant (risque faux nég)
 2. Ag dans les selles
 3. Sérologie
 - reste positive longtemps après l'éradication
 - intéressante dans les situations où les IPP ne peuvent être stoppés

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE: Critères d'alarme -

«TEST AND TREAT»

stratégie testée dans plus de 10 études randomisées versus endoscopie immédiate ou anti-sécrétoire avec 1 apport coût-efficacité supérieur à court terme

la prévalence d'infection par HP est importante + la stratégie est performante

- avantages**
- Permet de
 - diminuer les symptômes chez 79% des patients
 - satisfaire 88% des patients
 - Réduit les coûts en diminuant
 - le nombre d'OGD initiale (40%)
 - les traitements anti-sécréteurs prolongés

inconvenients

- ↑ de ttt éradicateurs d'Hp à de nombreux patients avec une DF pour lesquels l'efficacité de ce traitement est modeste (NNT = 14)
- Possibles effets secondaires des antibiotiques
- ↓ la compliance thérapeutique
- ↑ résistances bactériennes aux antibiotiques
- ↑ RGO ?

Delaney BC, et al. D BMJ 2008
Ford AC, et al. Aliment Pharmacol Ther 2
Moayyedi P, et al. Cochrane Database S

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE: Critères d'alarme -

«TEST AND TREAT»

Vérification de de l'éradication

- Indication relative mais utile pour la suite de la prise en charge
- Test respiratoire ou ag fécal
 - au minimum 4 semaines après le ttt
 - sans IPP (arrêt 2 semaines avant)
- Si échec d'éradication
 - traitement de seconde ligne
 - après 2 échecs, ad OGD et biopsies pour cultiver Hp et rechercher les résistances aux antibiotiques

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE: Critères d'alarme -

autres examens / traitements?

- Traitement d'épreuve par anti-sécrétoires (IPP, anti-H2, ...) 4 à 8 semaines puis OGD si non-réponse / récidive à 1 an
 - ↓ symptômes sans manquer de cancer gastrique
 - ↓ OGD (25%)
 - ↓ coûts à court terme
 - ↑ ttt IPP prolongés
 - ↓ satisfaction des patients
- Si suggéré par l'anamnèse...
 - US abdominal
 - pH-impédancemétrie de 24h
 - Angio-CT
 - Scintigraphie de vidange gastrique, ...

Delaney BC, et al. Cochrane Database S

CAS CLINIQUE: Mr S. Thomas

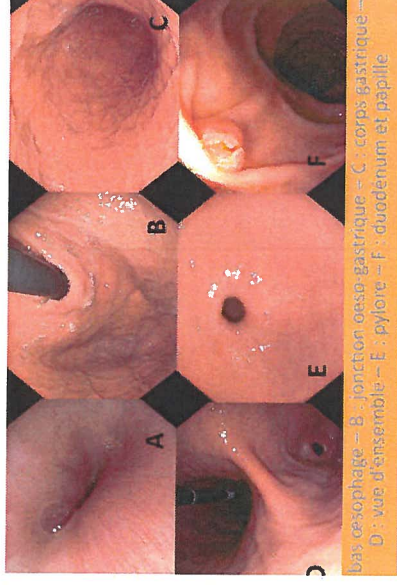
Mr S. Thomas

- Réassurance, mesures hygiéno-diét.
 - Arrêt AINS / tabac / OH
 - Ttt d'épreuve par anti-H2
 - Ttt d'épreuve par IPP
 - OGD pour un bilan OGD
 - Serologie Hp: + = OGD / - = IPP
 - Breath test Hp: + = anti-Hp / - = IPP
- Labo: normal!
- Intervention brève pour arrêt du tabac et ↓ OH
- Test respiratoire à l'uréase
- Pantoprazole 40 mg/j pdt semaines: pas d'effet
- Pantoprazole 40 mg 2x/j pendant 6 semaines: effet partiel
- Ajout ranitidine 300 mg/j pdt 6 semaines: pas d'effet supplémentaire
- Attitude ?

CAS CLINIQUE: Mr S. Thomas

➔ OGD

- OGD normale
- Biopsies antrale, corps, duodénum: normales, Hp



Quel est le diagnostic de ce patient?

Que faire?



DYSPEPSIE FONCTIONNELLE (DF) SYNONYMES

Dyspepsie non ulcéreuse
Dyspepsie idiopathique

CRITERES DE ROME IV (2016)

Maladies fonctionnelles gastro-intestinales

- A. Œsophagiennes
- B. Gastro-duodénales**
- C. Coliques
- D. Maladies de douleur gastro-intestinale médées centralement
- E. Vésiculaires et du sphincter d'Oddi
- F. Ano-rectales
- G. Pédiatriques: néo-né / nourrisson
- H. Pédiatriques: enfant / adolescent



CRITERES DE ROME IV (2016) Maladies fonctionnelles gastro-intestinales

- B1 Dyspepsie fonctionnelle**
 - a. Sd de détresse post-prandiale
 - b. Sd de douleur épigastrique
- B2 Troubles de l'éructation**
 - a. Eructations supra-gastriques excessives
 - b. Eructations gastriques excessives
- B3 Troubles de nausées et vomissements**
 - a. Sd de nausées et vomissements chroniques
 - b. Sd des vomissements cycliques
 - c. Sd cannabinoïde
- B4 Syndrome de rumination**

Stranghellini V, et al. Gastroente

CRITERES DE ROME IV (2016) Dyspepsie fonctionnelle

- Présence d'au moins 1 des critères suivants :
- Sensation de plénitude post-prandiale
 - Satiété précoce
 - Douleur ou brûlure épigastrique
- Impact sur les activités quotidiennes
- Pendant les 3 derniers mois
- Début des symptômes au moins 6 mois avant le diagnostic
- **Absence de lésion structurelle (OGD) ou de cause métabolique ou systémique** pouvant expliquer les symptômes.

Stranghellini V, et al. Gastroente

CAS CLINIQUE: Mr S. Thomas

...On le retrouve dans quelques instants !

→ 2 ateliers :

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPESIE FONCTIONNELLE
PRISE EN CHARGE DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

MESSAGES CLES

-a dyspepsie est un symptôme fréquent avec un diagnostic différentiel large

Toujours rechercher les **critères d'alarme**

- **Si +** → OGD
- **Si -** → «test and treat» puis anti-sécrétoires empiriques

- OGD est réservée aux patients

- avec critères d'alarme, ou
- ne répondant pas au «test and treat» puis anti-sécrétoires empiriques

2/3 des patients avec dyspepsie : Ø lésion organique. Il s'agit d'un **dyspepsie fonctionnelle**...

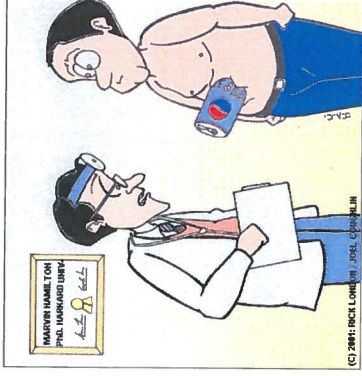
MERCI POUR VOTRE ATTENTION ET PARTICIPATION !

REFERENCES UTILES

Talley NJ, et al. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 2005.

Delaney BC, et al. Initial management strategies for dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005

Delaney BC, et al. Helicobacter pylori test and treatment versus proton pump inhibitor in initial management of dyspepsia in primary care: multicentre randomised controlled trial (MRC-CUBE trial). *D BMJ* 2008



LOOKS LIKE DYSPESIA, RALPH

BACK-UP SLIDES

Facteurs de risque pour la dyspepsie (non validés...)

- Sexe féminin
- Âge
- Haut status socio-économique
- Bas degré d'urbanisation
- Infection par *H. pylori*
- Taux d'éducation bas
- Utilisation d'AINS
- Status de locataire
- Absence de chauffage central
- Fait d'être marié