

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPEPSIE FONCTIONNELLE



Sophie Cunningham
05.04.2017
Service de gastroentérologie et hépatologie
HUG

PLAN

1. Critères de Rome IV
2. Epidémiologie
3. Diagnostic et Diagnostic différentiel
4. Pathogénèse
5. Maladies associées
6. Prise en charge
7. Pronostic
8. Messages clés

CAS CLINIQUE M.R.S. Thomas

CRITERES DE ROME IV (2016) Dyspepsie fonctionnelle (DF)

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.

CRITERES DE ROME IV (2016)

Dyspepsie fonctionnelle: Sous-classification

2 sous-types,

selon le rapport des symptômes aux repas

- **Syndrome de détresse post-prandiale (SDP)**
- **Syndrome de douleur épigastrique (SDE)**

SYNDROME DE DETRESSE POST-PRANDIALE (SDP)

1 ou 2 critères suivants:

- Plénitude post-prandiale invalidante
- Satiété précoce empêchant le patient de terminer le repas de taille ordinaire

- au moins 3 jours par semaine
- dans les 30 min après un repas

SDP ET SDE

• Ballonnements, nausées ou éructations post-prandiaux

- soutiennent le dx de DF
- communs aux 2 syndromes

• En cas de vomissements, considérer un autre dx

SYNDROME DE DOULEUR EPIGASTRIQUE (SDE)

1 ou 2 critères suivants:

- Douleur épigastrique
- Brûlure épigastrique

➤ au moins 1 jour par semaine

remarques: le symptôme...

- Peut être induit ou soulagé par les repas, ou survenir à jeun
- Ne remplit pas les critères de la douleur biliaire (dysfonction vésiculaire ou du sphincter d'Oddi)

SDP ET SDE : Overlap

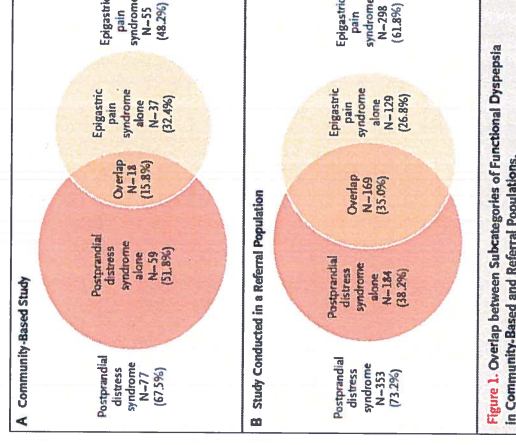


Figure 1. Overlap between Subcategories of Functional Dyspepsia in Community-Based and Referral Populations.

2 villages italiens
= 1033 pers
→ 156 avec dyspepsie
→ 114 avec DF (OGD / ubt* N)

Etude chinoise
= 1655 pers
→ 771 avec dyspepsie
→ 491 avec DF (OGD / ubt* N)

EPIDEMIOLOGIE

- Prévalence
- 10-30% des adultes dans le monde, surtout en occident
- Idem chez les enfants / adolescents
- SDP plus fréquent que SDE
- Incidence : 1% par an

Maldonado S, et al. World J Gastroe

DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Diagnostic

- Evaluation initiale de la dyspepsie
- Critères de Rome IV

Diagnostic différentiel (Rappel: OGD normale)

- Gastroparésie
- RGO non érosif

CAS CLINIQUE: Mr S. Thomas

37 ans, serveur dans un restaurant

Crampes épigastriques et plénitude post-prandiales invalidantes

- Entraînant parfois une satiété post prandiale
 - 4 à 5 jours par semaine
 - Depuis 8 mois
- umeur (25 UPA), alcool occasionnel,
Ø médicament
- status: sensibilité à la palpation de l'épigastre

➤ Labo: N

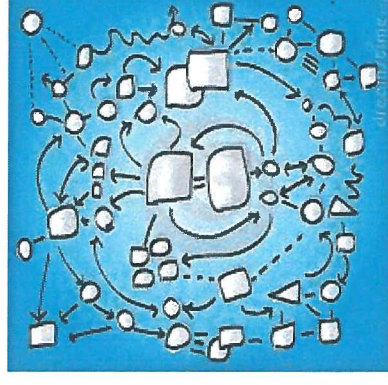
- Intervention brève pour arrêt du tabac et ↓ OI
- Test respiratoire à l'uréase --
- Pantoprazole 40 mg 2x/j + ranitidine 300 mg/j
effet partiel sur les symptômes
- OGD et biopsies N

DIAGNOSTIC ?

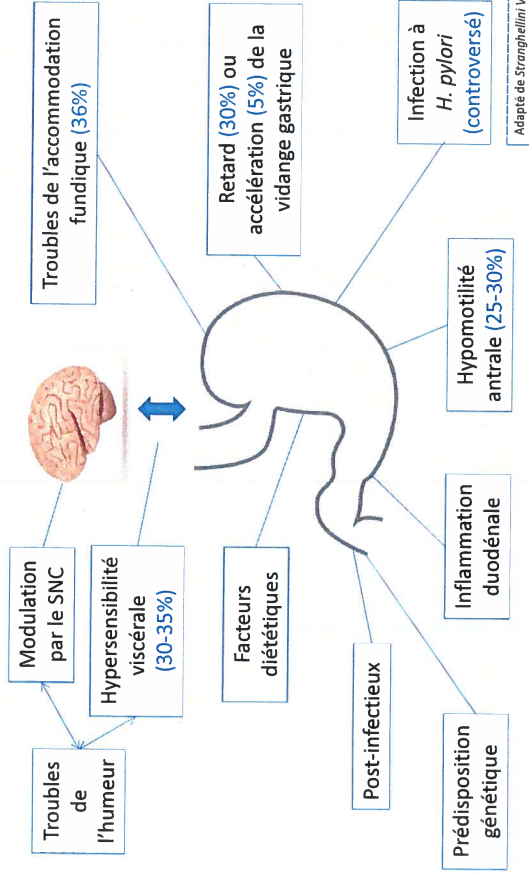
'SPEPSIE FONCTIONNELLE de type Syndrome de détresse post-prandiale

PATHOGENESE

Peu claire, probablement multifactorielle...



PATHOGENESE Facteurs incriminés



PATHOGENESE Hypersensibilité viscérale

Seuil de sensibilité abaissé en réponse aux stimuli gastro-intestinaux (distension, acide, lipides, ...)

Rôle des chémo- et mécanorécepteurs

Dysfonction

- de ces récepteurs ?
- de l'interprétation des stimuli par le SNC ?



Talley NJ, et al. NEJM 2015
Bratten J, et al. J Clin Gastroe

MALADIES ASSOCIEES

Maladie de reflux gastro-œsophagien (RGO)

Gastroparésie

Syndrome du côlon irritable

Troubles de l'humeur

- Trouble d'anxiété généralisée
- Dépression majeure
- Somatisation

... ou spectre d'une seule maladie ?

MALADIES ASSOCIEES: REFLUX GO ou DYSPESIE FONCTIONNELLE ?

'yrosis

- Ne fait pas partie de la DF
- Est très souvent associé aux symptômes de la DF (20-30%)

→ Pathogénèse commune?

Plus l'accommodation gastrique est grande (normale), moins il y a de relaxations transitoires du SOI (RGO)

→ Rôle des mécanorécepteurs ?

Pauwels A, et al. Neurogastroenterol
Cheung RS, et al. Neurogastroenterol

PRISE EN CHARGE GLOBALE

1^{re} ligne

Réassurance, mesures hygiéno-diététiques

« Test and treat » = éradication d'*H. pylori* si présent (NNT 14)

Anti-sécrétoires (NNT 7-10) et/ou procinétiques (NNT 6) 4 à 8 sem

- SDE : anti-sécrétoires +/- procinétiques
- SDP : procinétiques seulement

2^e ligne

Antidépresseurs

(Relaxants fundiques: Buspirone, Acotiamide) ∅ disponibles en Suisse

Psychothérapie, TCC, hypnothérapie, acupuncture

PRISE EN CHARGE: MESURES HYGIENO-DIETETIQUES

Eviter les aliments liés à la dyspepsie

Fractionner et ↓ la taille des repas

Eviter de manger dans les 4h avant de se coucher

Éviter AINS, café, OH, tabac, ...

Peu d'évidence...

PRISE EN CHARGE: ANTI-SECRETOIRES

Efficacité modeste dans le SDE (plusieurs ECR)

Inefficaces dans le SDP

»P

NNT = 10

Gain thérapeutique 10-15% par rapport au placebo

ntagonistes H2

NNT = 7 (moins bonne qualité des ECR!)

ntacides, bismuth et sucralfate = inefficaces

PRISE EN CHARGE: PROCINETIQUES 1

romperidone (Motilium®)

Antagoniste dopaminergique → effet procinétique et anti-émétique

Efficace dans le SDP (NNT = 6)

10 mg 3x/j, 30' avant les repas (CAVE QT long)

Metoclopramide ?

rythromycine, azythromycine

Accélèrent la motilité gastro-duodénale (type jeûne) par un effet « motilin-like » sur la musculature gastrique et les neurones myentériques

Moins efficaces car ∅ effet anti-émétique central

PRISE EN CHARGE : PROCINETIQUES 2

> **ITW-5 (Iberogast®)**

- 9 plantes aux propriétés
 - Procinétiques
 - Possiblement relaxant le fundus
- 20 gouttes 3x/j avec les repas
- Pas d'effet II°
- 1 ECR: effet significatif par rapport au placebo (gain de 40%!)

Plus d'études nécessaires

Van Amim U, et al. Am J Gastro

PRISE EN CHARGE : PROCINETIQUES 3

> **Domperidone (Dogmatil®)**

- Neuroleptique
- Utilisé dans la gastroparésie diabétique réfractaire (antagoniste dopaminergique)
- 50 mg 2-3x/j

> **Prucalopride (Resolor®)**

- Agoniste sérotoninergique
- Après accord de la caisse maladie

Etudes nécessaires

PRISE EN CHARGE: ANTIDEPRESSEURS

> Hypothèses:

1. ↓ l'hypersensibilité viscérale
2. Ttt des symptômes psy associés (anxiété, dépression)

• Tricyclique **Amitriptyline**

- Saroten retard® 25-75 mg/j
- Tryptizol® 10-40 mg/j
- Meilleur pour **SDE** (pas d'effet sur satiété précoce)

• Noradrén- et sérotoninergique **Mirtazapine**

- Remeron® 15 mg/j
- Meilleur pour **SDP** (améliore satiété précoce, qualité de vie, anxiété, poids)

- ISRS sans effet

> **Poursuivre 6 mois avant de tenter un sevrage**

Ly HG, et al. Gastroenterology 201
Talley NJ, et al. Gastroenterology.
Tack J, et al. Clin Gastroenterol He

PRISE EN CHARGE: DIVERS

Psychothérapie, TCC, hypnothérapie, ...

Quelques études préliminaires encourageantes

Médecines alternatives: acupuncture, homéopathie, probiotiques, ...

Pas de données scientifiques

PRISE EN CHARGE: A ETUDIER

Montelukast (anti-R leukotriène)

- stabilisateur des éosinophiles

Anti-histaminiques H1

- ↓ dégranulation des mastocytes

Agents anti-nociceptifs

- ↓ hypersensibilité viscérale
- Pregabaline (Lyrica®), Carbamazépine (Tegretol®), Tramadol, ...

CAS CLINIQUE: Mr S. Thomas

DYSPEPSIE FONCTIONNELLE
de type
Pantoprazole 40 mg 2x/j +
ranitidine 300 mg/j:

Syndrome de détresse post-prandiale
effet partiel sur les symptômes

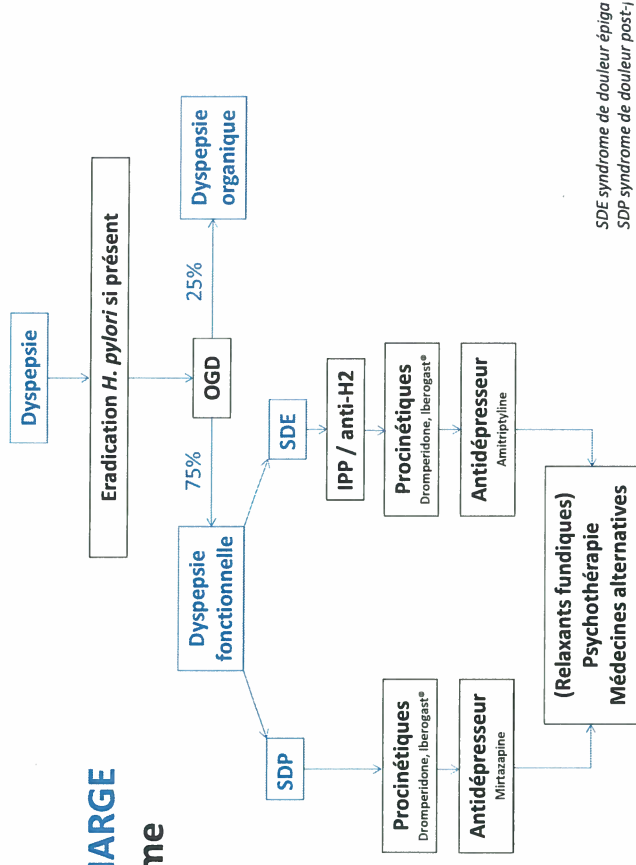
Propositions thérapeutiques ?

op IPP et anti-H2
otilium® 3x10 mg/j pendant 6 semaines → bon effet pendant 2 semaines, puis... récidence des symptôme
erogast® 3x20 gouttes/j pendant 8 semaines → patient soulagé! Encore quelques symptômes, général

les symptômes reviennent ?

ister un autre prokinétique: sulpiride, prucalopride
ntidépresseur: mirtazapine (Remeron®) minimum 6 mois
ychothérapie et médecines alternatives

RISE EN CHARGE Algorithme



PRONOSTIC

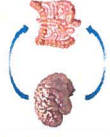
Évolution des symptômes au long cours

Persistance	20%
Chronique et fluctuante	30%
Résolution	50%

Peu de données...

MESSAGES CLES

- La DF est une maladie fréquente
- Pathogénèse complexe, non comprise ...
- La DF fait probablement partie d'un spectre de maladies
- Classification en SDE / SDP cruciale pour guider le ttt
- **Rassurer, expliquer au patient, prendre du temps !**



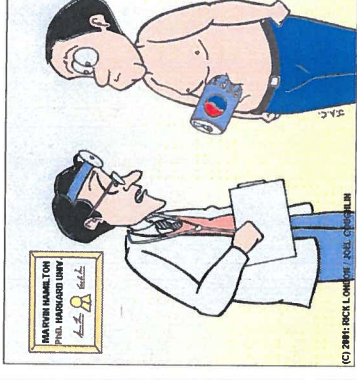
MERCI POUR VOTRE ATTENTION ET PARTICIPATION

REFERENCES UTILES

Stranghellini V, et al. *Gastrointestinal disorders. Gastroenterology* 2016.

Talley NJ, et al. *Functional dyspepsia. Curr Opin Gastroenterol* 2016.

Talley NJ, et al. *Functional dyspepsia. NEJM* 2015.



LOOKS LIKE DYSPESIA, RALPH

BACK-UP SLIDES

MALADIES ASSOCIEES: GASTROPARESIE OU DYSPESIE FONCTIONNELLE (SDP)?

Plus de 33% des patients avec DF ont un retard de vidange gastrique
86% des gastroparétiques remplissent les critères pour une DF

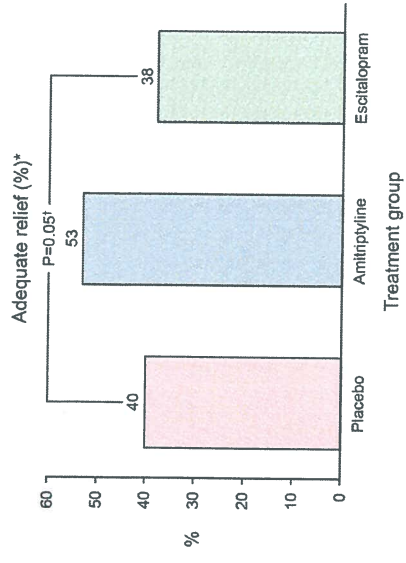
→ Rôle de la scintigraphie de vidange gastrique?

- Pas de corrélation entre symptômes et taux de vidange gastrique
- Taux de vidange gastrique varie avec le temps chez un même patient

→ Overlap de syndromes ou 1 même entité?

Le débat persiste...

PRISE EN CHARGE: ANTIDEPRESSEURS 2



*≥5 weeks of adequate relief
†Overall treatment effect from logistic regression model incorporating balancing factors

ECR en double aveugle avec 292 patients

PRISE EN CHARGE: ANTIDEPRESSEURS 3

