

## Quelle stratégie pour la dyspepsie à l'époque d'*Helicobacter Pylori* ?

La dyspepsie, qu'elle soit organique ou fonctionnelle, concerne environ 1/4 de la population occidentale. Faut-il endoscooper ces patients largement, ou peut-on réserver l'endoscopie aux patients restant symptomatiques après un traitement ? Des recommandations canadiennes récentes<sup>1</sup> proposent une stratégie. Nous les présentons et l'analysons à la lumière de la récente conférence de consensus française.<sup>2,3</sup>

**Une définition clinique.** Pour les auteurs canadiens la dyspepsie fonctionnelle (DF), est une symptomatologie complexe de douleurs ou d'inconfort épigastrique, décrite par le patient selon sa culture, et regroupés sous ce vocable par le médecin. Les symptômes peuvent comprendre brûlures, régurgitations acides, éructations, renvois, nau-sées, sensation de digestion lente ou anormale, gonflement abdominal. Cette définition, correspond à la plainte telle qu'elle se présente en médecine générale

**Des causes multiples.** Les 3 principales causes organiques sont l'ulcère gastroduodéal (15 à 25% des cas), l'oesophagite par reflux (5 à 15%), le cancer gastrique ou oesophagien (<2%). Mais plus de 50% des patients avec syndrome typique de reflux gastro-oesophagien (RGO) n'ont pas d'oesophagite, et la fréquence globale du RGO est de 20 à 40%. Au total plus de 60% des dyspeptiques n'ont pas de lésion organique décelable.

**Cinq étapes cliniques.** sont proposées:

- **les symptômes sont bien d'origine digestive haute:** la première consultation éliminera les autres causes possibles (cardiaque, hépatobiliaire, iatrogénie, régime inapproprié, hygiène de vie),
- **rechercher les signes d'alarme**, liés à l'âge (patients de **plus de 50 ans** présentant pour la première fois une DF); ou **cliniques** (vomissement, saignement, anémie, masse abdominale, perte de poids, dysphagie). Ils doivent être explorés par endoscopie. (grade A)
- **patients consommateurs d'AINS (ou d'aspirine)**. Ils ont environ 3 fois plus de risque de lésions gas-

troduodénales que les non utilisateurs. Les AINS sont responsables de la plupart des ulcères HP négatifs. Pour les auteurs, en l'absence de signes d'alarme, les patients peuvent être traités sans endoscopie initiale, avec arrêt des AINS si possible, et surveillance. (grade C)

- **clinique évocatrice de RGO.** Les brûlures d'estomac (sensation de brûlure remontant de l'épigastre à la base du cou) et les régurgitations acides ont une bonne spécificité (89% et 95%), autorisant le diagnostic de RGO et le traitement. (grade B). Une investigation n'est envisagée qu'en cas de persistance des symptômes.

- **chez les autres patients**, quatre possibilités sont envisageables. Les deux premières sont classiques: traitement empirique (antisécrétoire ou prokinétique) et endoscopie en cas d'échec; endoscopie systématique. Deux autres sont proposées en fonction de HP:

- "tester et traiter": recherche non invasive d'HP, et éradication pour les HP+ ; traitement symptomatique pour les autres. Si les symptômes disparaissent, il n'est pas nécessaire de faire d'autres investigations
- "tester et endoscooper": recherche non invasive d'HP et endoscopie si HP+.

Les diverses études comparatives n'apportent pas de données formelles pour une de ces deux stratégies.

La recherche d'HP peut être faite par la sérologie avec une bonne valeur prédictive négative, mais beaucoup de faux positifs. L'UBT (test à l'urée) a une meilleure valeur prédictive, mais peu de laboratoires sont équipés pour le réaliser, et il n'est pas remboursé en France.

Les stratégies intégrant la recherche non invasive de HP ont pour objectif de réduire le nombre d'endoscopie, examen coûteux, pénible, négatif dans environ la moitié des cas, et alors de peu d'intérêt pour orienter le traitement. L'endoscopie est par contre utile pour détecter le cancer, l'ulcère, les complications du RGO.

**La stratégie "tester et traiter"** peut permettre de réduire le nombre d'endoscopies, sans diminuer l'efficacité si on suit les étapes décrites. L'endoscopie chez les HP- est alors limitée aux échecs du traitement symptomatique. L'éradication systématique chez les sujets HP+ permet la guérison probable des 10 à 20% d'ulcères. Le bénéfice sur la DF et la prévention d'un cancer sont par contre incertains. Une telle stratégie est acceptée par les auteurs canadiens et l'American Gastroenterological Association. Présentée à la conférence de consensus française<sup>3</sup>, elle n'est pas évoquée dans les conclusions<sup>2</sup>.

Cela est sans doute à mettre sur le compte de diverses données: l'absence d'études comparatives prouvant le bénéfice pour le patient et pour l'économie; la non résolution du risque d'accentuation de la résistance d'HP aux antibiotiques par une large utilisation de l'éradication; la non disponibilité en France actuellement des tests non invasifs fiables. Restera toujours les patients qui souhaiteront l'endoscopie pour être rassurés.

1- Sander JO et al. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsie in the era of *Helicobacter pylori*. CMAJ 2000;162 (12 suppl):S3-S23

2 - Conclusions et recommandations révisées du groupe de travail. Conférence de consensus *Helicobacter pylori*. Révision 1999. Gastroenterol Clin Biol. 1999;23:C95-C104

3 - De Korwin JD. Faut-il tenir compte de l'infection par *Helicobacter pylori* dans la prise en charge d'un patient dyspeptique? Conférence de consensus *Helicobacter pylori*. Révision 1999. Gastroenterol Clin Biol. 1999;23:C79-C94

**Mots-clé:** dyspepsie, *Helicobacter pylori*, RGO, endoscopie

Numéro 199 du 26 octobre 2000

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)  
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>