

Dyspepsie : un symptôme si « banal »...

Mots clés :

Dyspepsie
Endoscopie
digestive
[Dyspepsia;
Endoscopy,
Digestive
System]

Les définitions varient, mais la plus « opérationnelle » en soins primaires est celle d'une douleur ou d'un inconfort épigastrique durant depuis au moins 3 mois, chez un patient qui ne se plaint pas principalement de brûlures d'estomac ou de régurgitations, bien que ces symptômes puissent faire partie d'un ensemble complexe : s'ils sont prédominants, il s'agit plus probablement de reflux gastro-oesophagien (RGO) ; certains l'incluent dans la dyspepsie, d'autres non¹⁻³. Faut-il envisager une endoscopie avant de traiter, ou peut-on envisager d'emblée un traitement symptomatique ? Une revue systématique de grande qualité¹ argumente la réflexion, que complètent d'autres publications plus anciennes^{2,3}.

Une symptomatologie fréquente

Selon la définition retenue, la dyspepsie affecte 20 à 40% de la population mondiale, sans association particulière avec le sexe, l'âge, le statut socio-économique, le tabagisme, ou l'usage d'alcool. Elle est plus fréquente en cas de prise d'AINS ou de médicaments tels que les antagonistes calciques, les bisphosphonates, les nitrates et la théophylline. Elle est aussi plus fréquente chez les personnes infectées par *Helicobacter pylori*. Des études populationnelles ont constaté une association entre dyspepsie et anxiété, ainsi qu'avec certaines caractéristiques génétiques : le chevauchement important entre le syndrome du côlon irritable, le RGO et la dyspepsie suggèrent que des facteurs génétiques ou environnementaux communs sont impliqués¹.

Quelles en sont les causes ?

Elles sont multiples : dans une revue systématique de 9 études (5389 participants de la population générale ayant effectué une endoscopie pour cause de dyspepsie), les lésions retrouvées étaient : oesophagites érosives (13%), ulcères gastro-duodénaux (8%, habituellement dus à l'infection à *Helicobacter pylori*, associée dans un petit nombre de cas à la prise d'AINS), cancers œsophagiens ou gastriques (<0,3%). L'oesophagite était plus fréquente en Occident qu'en Asie (25% vs 3%) et inversement pour l'ulcère gastroduodéal (3% vs 11%). Le RGO, bien que techniquement distinct de la dyspepsie, peut présenter des symptômes analogues suffisamment graves pour endommager la muqueuse de l'oesophage (l'oesophagite érosive sera alors visible à l'endoscopie). Mais au total, 70 à 80% des personnes atteintes de dyspepsie n'avaient pas de lésion cliniquement significative à l'endoscopie. Il s'agit alors de

dyspepsie « fonctionnelle » selon les critères de Rome III (soit douleur épigastrique intermittente, soit détresse post-prandiale, c'est-à-dire sensation de satiété précoce empêchant de finir un repas). Elle est probablement multifactorielle, associant aux causes périphériques des causes centrales (neuromodulation)¹.

Clinique seule dans bon nombre de cas

Aucun symptôme ne permet de distinguer sans erreur le fonctionnel de l'organique. Le NICE britannique a cependant proposé des symptômes d'alarme indiquant une endoscopie d'emblée (grade C, sur preuves de qualité modérée)² : hémorragie gastro-intestinale chronique, dysphagie, perte progressive de poids involontaire, vomissements persistants, anémie ferriprive, masse épigastrique. Il ne propose pas d'endoscopie d'emblée en l'absence de ces symptômes d'alarme, sauf chez les patients de plus de 55 ans ayant une dyspepsie récente (avis d'experts). L'endoscopie est le seul moyen d'établir avec précision la cause sous-jacente, la dyspepsie fonctionnelle étant un diagnostic d'exclusion en l'absence de lésions organiques¹. Mais aucun pays ne peut se permettre une endoscopie chez tous ces patients. La plupart des *guidelines* recommandent donc, chez les personnes de moins de 55 ans souffrant de dyspepsie sans symptômes d'alarme, de rechercher *Helicobacter pylori* par tests non invasifs (test respiratoire à l'urée ou antigènes dans les selles) pour traiter par trithérapie les patients positifs. La scintigraphie peut confirmer la vidange gastrique tardive chez les patients présentant une dyspepsie de type détresse post-prandiale et aider au choix thérapeutique, bien que la corrélation entre vidange gastrique et symptomatologie soit pauvre¹.

Que conclure pour notre pratique ?

Les symptômes de dyspepsie sont habituellement intriqués chez les patients de soins primaires. Aucun ne préjuge de la cause de cette dyspepsie. Aucune donnée nouvelle n'est venue modifier les recommandations de 2005². Il est seulement souligné en 2011 que le diagnostic clinique du praticien a une forte sensibilité (97-98%) mais une faible spécificité (11 à 53%)³.

Le risque carcinologique est exceptionnel en dehors de la présence de symptômes d'alarme. Le seuil de 55 ans retenu en 2005 comme en 2011^{2,3} pour proposer une endoscopie d'emblée ne repose sur aucune donnée scientifique mais seulement sur avis d'experts. Mais les symptômes d'alarme sont un mauvais indicateur de malignité (l'un des membres du groupe de travail du NICE souligne même que leur apparition est tardive et qu'intervenir à ce moment ne modifie pas le pronostic). Les options thérapeutiques possibles reflètent cette (relativement) grande incertitude.

Références

- 1- Ford AC et al. Dyspepsia. *BMJ*. 2013;347:f5059.
- 2- NICE. National Collaborating Centre for Primary Care. Referral guidelines for suspected cancer. June 2005.
- 3- NICE. Review of Clinical Guideline (CG17) Dyspepsia: Management of dyspepsia in adults in primary care. May 2011.