

Mots clés :

Antihistami-
niques des
récepteurs
H2 ;
Dyspepsie ;
Inhibiteurs de
la Pompe à
Protons
[Dyspepsia ;
Histamine H2
Antagonist ;
Proton Pump
Inhibitors]

Dyspepsie : quelles sont les options thérapeutiques ?

En situation de soins primaires (population générale), la prévalence d'*Helicobacter Pylori* (HP) est faible (<10%) chez les patients dyspeptiques. Sauf cas particuliers, rechercher d'abord HP ou assurer d'emblée une suppression acide empirique a des résultats équivalents à terme (*Bibliomed* 738). Si la stratégie empirique de suppression acide est inopérante, seule l'endoscopie peut lever l'hypothèse d'un ulcère peptique causal, gastrique ou duodénal. Celui-ci est le plus souvent dû à une infection à HP dont l'éradication est nécessaire à la guérison (elle n'a qu'une efficacité modeste s'il s'agit de dyspepsie fonctionnelle). En dehors de ce cas, la spectaculaire efficacité des IPP ne doit pas limiter les options thérapeutiques à leur prescription, ni en faire oublier les effets adverses potentiels¹⁻⁴.

Y a-t-il un régime alimentaire adapté ?

Les conseils de perdre quelques kg en cas de surpoids, réduire ou éviter aliments gras et alcool, cesser de fumer, lutter contre le stress, n'ont démontré leur efficacité dans aucun essai contrôlé randomisé (ERC)¹.

Suppression acide et prokinétiques

Une revue *Cochrane* a évalué en 2011 l'efficacité des différents médicaments réduisant l'acidité gastrique. Elle est en cours de ré-écriture, mais ses conclusions globales restent valables : les antiacides usuels ne sont pas plus efficaces que le placebo sur la dyspepsie fonctionnelle (1 ERC) ; les anti-H2 sont plus efficaces que le placebo (nombre de sujets à traiter NNT=7 dans 12 ERC dont l'hétérogénéité significative suggère différents biais et une probable surestimation de l'efficacité) ; les IPP (4 à 8 semaines) sont modestement plus efficaces que le placebo (NNT=10 dans 10 essais ; hétérogénéité significative sans explication évidente). En analyse de sous-groupe, les IPP étaient plus efficaces que le placebo en cas de symptômes à type de reflux et de douleurs épigastriques, mais pas plus en cas de symptômes à type de dysmotilité fonctionnelleⁱⁿ¹. Les IPP n'ont pas l'AMM dyspepsie fonctionnelle, sauf si elle est associée à un reflux, en France². Mais ils sont maintenant délivrés sans ordonnance, malgré leurs possibles effets indésirables rares mais potentiellement sévères en cas d'usage au long cours³...

Il est difficile de juger de l'efficacité des prokinétiques (dompéridone, métoclopramide et cisapride), puisque les ERC concernent exclusivement le cisapride, qui n'est plus commercialisé du fait de ses effets adverses cardiaques. Dans une revue *Cochrane* des ERC chez des

patients ayant des symptômes cliniques de reflux sans signes endoscopiques, la rémission des brûlures gastriques était plus fréquente sous IPP que sous placebo (2 ERC ; RR 0,37 [0,32-0,44] ; niveau de preuve NP élevé) ; plus sous anti-H2 que sous placebo (2 ERC ; RR 0,77 [0,6-0,99] ; NP modéré) ; plus sous IPP que sous anti-H2 (7 ERC ; RR 0,66 [0,60-0,73] ; NP modéré) ; plus sous IPP que sous cisapride (2 ERC ; OR 0,53 [0,32-0,87] ; NP faible)⁴.

Psychothérapies et antidépresseurs

Trois petits ERC chinois vs placebo suggèrent une efficacité variable des antidépresseurs dans la dyspepsie fonctionnelle, notamment pour de petites doses d'amitriptyline ou d'imipramine, mais pas pour les inhibiteurs de la sérotonine. Par ailleurs, il n'y a pas de preuves que des psychothérapies de type cognitivo-comportemental améliorent les résultats d'un traitement de suppression acide. On peut seulement conclure qu'« il semble raisonnable d'envisager des traitements psychologiques chez les patients chez qui coexistent des symptômes significatifs d'anxiété ou la dépression »¹.

Thérapies « alternatives »

De petits ERC ont montré une supériorité significative de l'acupuncture vraie sur son placebo (*sham* acupuncture, sur points non référencés)¹.

Diverses préparations médicinales ont montré dans de petits ERC une efficacité à court terme meilleure que celle du placebo (proche de celle du cisapride): Iberogast (mélange d'herbes dont Ibéris Amara, menthe poivrée, mélisse, etc.), mélanges d'huiles de menthe poivrée et d'essence de carvi (proche de l'aneth)¹.

Aucun ERC n'a testé à ce jour les probiotiques¹.

Que conclure pour notre pratique ?

La dyspepsie est une maladie commune et récurrente. Rien ne permet d'affirmer qu'elle est responsable d'une quelconque surmortalité, sauf cancer gastro-oesophagien extrêmement rare quand il n'y a pas de symptômes d'alarme. Dans la plupart des cas, l'endoscopie ne montre pas de cause organique.

La plupart des traitements envisageables sont sans danger et bien tolérés.

Il y a peu de preuves qu'ils aient un effet bénéfique à long terme. En dehors du traitement d'éradication de HP, lorsqu'il est présent, le traitement médicamenteux de la dyspepsie repose essentiellement sur une suppression acide. Les IPP provoquent la plus intense. Si leur coût (génériques) n'est plus une raison valable de non-prescription, des traitements prolongés ont un ratio bénéfice/risque défavorable. Entre « moins c'est mieux » et « d'abord ne pas nuire », il faut parfois savoir laisser au temps le délai suffisant pour une guérison « spontanée »...

Références

- 1- Ford AC et al. Dyspepsia. *BMJ*. 2013;347:f5059.
- 2- HAS. Les IPP chez l'adulte. *BUM*. Décembre 2009.
- 3- Bourne C et al. Effets indésirables émergents des IPP. *Presse Med*. 2013;42:e53-e62.
- 4- Sigterman KE et al. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5.