

DYSPEPSIE FONCTIONNELLE ET HELICOBACTER PYLORI A DAKAR

M. MBENGUE*, DIOUF*, M.M. KA*, J.M. DANGOUE**, A. BA-SECK*,
M.F. NDIAYE*, T. MOREIRA-DIOP*, P.D. NDIAYE**, O. BAO

RESUME

La dyspepsie fonctionnelle est une affection fréquente mais encore floue. *Helicobacter pylori* joue un rôle déterminant dans la pathologie gastro-duodénale mais ce rôle reste à établir dans cette dyspepsie.

Dans notre pays la dyspepsie fonctionnelle serait fréquente mais il n'existe aucune étude publiée. C'est pourquoi nous avons tenté d'évaluer les facteurs épidémiologiques, les manifestations cliniques, les lésions histologiques gastriques et le rôle éventuel d'*Helicobacter pylori* dans la dyspepsie fonctionnelle.

Nous avons alors inclus 123 patients consécutifs qui ont subi une endoscopie digestive haute motivée par des symptômes localisés à la parie supérieure de l'abdomen entre octobre et décembre 1995. Des biopsies antrales et fundiques ont été effectuées pour un test rapide à l'urée et un examen anatomo-pathologique avec recherche d'*Helicobacter pylori*.

67,9 % de notre population d'étude ont présenté une dyspepsie fonctionnelle avec une prédominance chez la femme (sex-ratio = 0,72), l'alcoolique (66,7 %) et le non fumeur (63,6 %). le type de dyspepsie pseudo-ulcéreuse est plus fréquemment rencontré (49,5 %). Une gastrite chronique a été diagnostiquée dans 68,1 % et *Helicobacter pylori* a été mise en évidence dans 79,1 % des cas.

Dans notre série, la dyspepsie fonctionnelle est fréquente. Même si elle prédomine chez la femme, elle survient à tout âge. Sa manifestation clinique principale est le syndrome ulcéreux. L'existence de la gastrite chronique comme de l'infection à *Helicobacter pylori* ne présente aucune différence significative par rapport aux patients sans dyspepsie fonctionnelle.

Mots-clés : *Dyspepsie fonctionnelle, Helicobacter pylori, Sénégal.*

SUMMARY

Functional dyspepsia and Helicobacter pylori in Dakar

Functional dyspepsia is a hazy disease but very common. The role of *Helicobacter pylori* is deciding in gastroduodenal pathology but this role has to be proved.

*Clinique Médicale I - CHU Aristide le Dantec - BP 6243 DAKAR (Sénégal).

In our country, functional dyspepsia may be frequent but none study was published.

This study aimed to :

- appreciate the prevalence of functional dyspepsia in a symptomatic group of patients referred for an upper digestive endoscopy in Dakar,
- precise if there was any relationship between symptoms, gastritis and *Helicobacter pylori* infection.

In this prospective study, 123 consecutive patients have been included. Gastritis and *Helicobacter pylori* infection have been diagnosed by urease test and histological exam.

The prevalence of dyspepsia was 67,9 %. Dyspepsia is more common in female patients (58,2 %), alcoholics (66,7 %) and non smokers (63,8 %). Chronic gastritis *Helicobacter pylori* in subjects with dyspepsia is 79,1 %.

In this series, the functional dyspepsia is common between 11 and 75 years old. It is more frequently observed in female patients and the main symptoms are ulcer syndrome. There is non significant difference gastritis and *Helicobacter pylori* infection between patients with and without dyspepsia.

Key-words : *Functional dyspepsia, Helicobacter pylori, Senegal.*

INTRODUCTION

La dyspepsie fonctionnelle peut être définie comme la persistance ou la récurrence de douleur ou d'inconfort centrée sur la partie haute de l'abdomen (pesanteur ou brûlures épigastriques, de sensation de distension abdominale ou de satiété précoce et de nausées voire de vomissements) sans lésion organique à l'endoscopie digestive haute (1). Les symptômes, associés à des degrés divers, évoluent sur un mode chronique et ont en commun de survenir essentiellement en période postprandiale.

La dyspepsie fonctionnelle forme un ensemble hétérogène regroupant des entités différentes (1, 2). *Helicobacter pylori* (Hp) qui joue un rôle important dans la pathologie gastro-duodénale serait responsable du syndrome dyspeptique

** Laboratoire de Cytologie et Anatomie pathologiques de la Faculté de Médecine de Dakar - Dakar Fann (Sénégal).

de type hypersthénique alors que le syndrome dyspeptique de type hyposthénique serait secondaire à des troubles moteurs gastro-intestinaux (3, 4). Le rôle de l'infection à Hp n'apparaît pas clairement dans la plupart des mécanismes pathogéniques observés au cours de la dyspepsie fonctionnelle et l'intérêt de son éradication restent à établir.

En Afrique, aucune étude publiée n'a fait le point sur le sujet. Dans notre pays, la dyspepsie serait fréquente mais il n'existe aucune donnée sur sa prévalence. C'est pourquoi, nous avons décidé dans notre pays de préciser les caractéristiques de la dyspepsie fonctionnelle, la prévalence Hp et ses variations selon les sous-groupes syndromiques.

METHODOLOGIE

D'octobre à décembre 1995, 198 malades symptomatiques consécutifs ont subi une endoscopie œso-gastro-duodénale motivée par des symptômes localisés sur la partie haute de l'abdomen. Le jour même de l'endoscopie les malades sont soumis à un interrogatoire standardisé. Les biopsies ont été réalisées au niveau de l'antra, du fundus et de toute lésion circonscrite découverte. Un test à l'uréase est réalisé en salle d'endoscopie sur la première biopsie de la muqueuse antrale. Ont été considérés positifs les malades dont le virage au rouge du test a été effectif à 3 heures. Des coupes histologiques des différents fragments biopsiques ont été réalisées. La présence de Hp était affirmée par la mise en évidence de bacilles spiralées ou incurvées.

Ont été exclus de l'étude : 12 endoscopies incomplètes par sténose antro-pylorique soit 6,1 % ; 26 cas de troubles de l'hémostase soit 13,1 % ; 15 cas d'hémorragies digestives récentes de moins d'une semaine en l'absence de bilan de la coagulation soit 7,6 % ; 11 patients ayant reçu durant le mois précédent un traitement antibiotique ou un inhibiteur de la pompe à protons soit 5,5 % ; 11 patients adressés pour une hématomèse mais chez qui aucune lésion n'a été détectée au moment de l'endoscopie soit 5,5 %.

Ont donc été inclus 123 patients.

Nous avons défini 3 sous-groupes : dyspepsie pseudo-ulcéreuse (ou hypersthénique) avec des douleurs épigastriques pseudo-ulcéreuses ; dyspepsie motrice (ou hyposthénique) avec sensation de satiété précoce, pesanteur abdominal, ballonnement abdominal, nausées et vomissements ; dyspepsie non spécifique (ou idiopathique).

L'analyse statistique a été effectuée par le test du Chi² selon Mantel-Haenszel.

RESULTATS

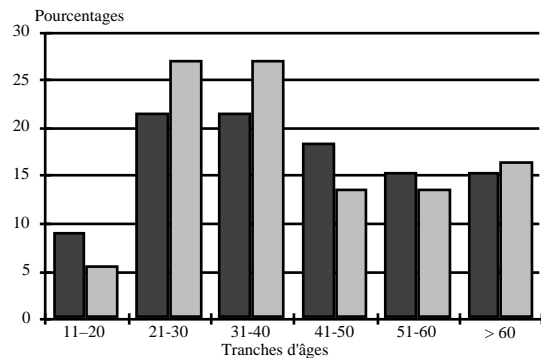
Les 91 patients qui ont présenté une dyspepsie fonction-

nelle représentent 67,9 % de notre population d'étude.

Toutes les tranches d'âge sont concernées, surtout celles de 21-40. La moyenne d'âge est de $41,2 \pm 16,4$ ans contre $38,7 \pm 16,3$ ans chez les non dyspeptiques.

La série est composée de 53 femmes (58,2 %) et 38 hommes (41,8 %) avec un sex-ratio de 0,72 (Figure I).

Figure I : Répartition de la dyspepsie selon l'âge et le sexe

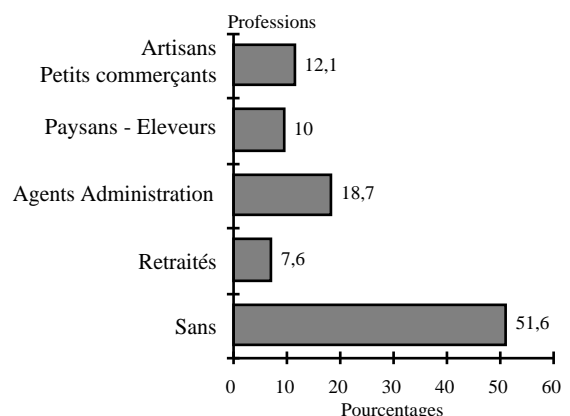


Les Wolofs et les Lébous représentent 47,3 % de la série loin devant les Poulars (25,3 %), les Sérères (12,1 %) et les Diolas (8,8 %). Les autres ethnies ne représentent que 6,6 % des dyspeptiques.

La dyspepsie fonctionnelle est trouvée chez 46 ruraux et 38 urbains soit respectivement 50,5 et 41,8 % des dyspeptiques.

Toutes les couches socio-professionnelles sont concernées par la dyspepsie fonctionnelle (Figure 2).

Figure 2 : Répartition de la dyspepsie selon la profession



Les conditions de vie de nos patients ont été appréciées sur le nombre d'individus ressources disposant d'un revenu dans une même famille, le taux d'occupation des chambres, la présence ou l'absence d'eau courante, de toilettes et de réfrigérateur dans la maison. Selon ces conditions de vie classées en 4 catégories, les taux de dyspepsie fonctionnelle de la catégorie privilégiée à la moins favorisée sont respectivement de 20,9 %, 22 %, 27,5 % et 29,7 %.

62,6 % des dyspeptiques déclarent être stressés contre 59,4 % en l'absence de dyspepsie.

36,4 % des fumeurs et 66,7 % des alcooliques présentent une dyspepsie fonctionnelle alors que 1 alcool-tabagique sur 2 est dyspeptique.

La dyspepsie fonctionnelle est répartie en :

- . 45 cas de dyspepsie pseudo-ulcéreuse (49,4 %),
- . 24 cas de dyspepsie hyposthénique (29,7 %),
- . 18 cas de dyspepsie non spécifique ou idiopathique (20,9%).

Les signes de reflux gastro-œsophagien sont associés 3 fois à la dyspepsie pseudo-ulcéreuse, 4 fois à la dyspepsie hyposthénique et 2 fois à la dyspepsie non spécifique.

Les vomissements sont notés dans 36 cas et l'anorexie seulement dans 25 cas. Selon la forme clinique, vomissements et anorexie sont retrouvés respectivement dans 14 et 3 cas de dyspepsie pseudo-ulcéreuse, 5 et 4 cas de dyspepsie hyposthénique, 6 et 2 cas de dyspepsie non spécifique.

Les lésions endoscopiques rencontrées au cours de la dyspepsie fonctionnelle représentent 18,7 % des patients dyspeptiques. Il s'agit de gastrites atrophiques (5,5 %), gastrites érythémateuses (3,3 %), gastrites hémorragiques (4,4 %), gastrites hyperplasiques (3,3 %).

68,1 % des patients dyspeptiques (62/91) ont une gastrite chronique confirmée. Selon la forme clinique de la dyspepsie fonctionnelle, la gastrite chronique est découverte dans 27 cas (43,5 %) de dyspepsie pseudo-ulcéreuse, 21 cas (33,9 %) de dyspepsie hyposthénique et 14 cas (22,6 %) de dyspepsie non spécifique.

La sévérité de la gastrite était légère dans 24 cas (38,7 %), modérée dans 28 cas (45,2 %) et intense dans 10 cas (16,1 %). L'activité de la gastrite était nulle dans 34 cas (54,8 %), légère dans 18 cas (29 %), modérée dans 8 cas (13 %) et intense dans 2 cas (3,2 %) (Tableau 1).

Tableau 1 : Sévérité et activité de la gastrite au cours de la dyspepsie fonctionnelle (DF)

	DF pseudo-ulcéreuse		DF hyposthénique		DF Non spécifique	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Inflammation légère	10	16,1	8	13	6	9,7
modérée	12	19,3	10	16,1	6	9,7
intense	5	8,1	3	4,8	2	3,2
Activité absente	13	20,9	12	19,3	9	14,5
présente	14	22,6	9	14,5	5	8,1
Total	27	43,5	21	33,9	14	22,6

Les dyspeptiques étaient infectés par Hp dans 79,1 % contre 90,6 % chez ceux qui ne présentaient pas de dyspepsie fonctionnelle. Ce taux varie en fonction du type de dyspepsie pseudo-ulcéreuse (80 %), hyposthénique (81,5 %), non spécifique (73,7 %).

COMMENTAIRES

La prévalence de la dyspepsie semble élevée ici comme ailleurs quel que soit le niveau de développement des régions (5, 6, 7, 8, 9).

La moyenne d'âge de 27 ans est plus basse dans l'étude de KATELARIIS et al (6) que dans notre série qui reste encore plus basse que celle des pays développés (4). Cette différence serait plutôt liée à la répartition selon l'âge de la population dans des pays.

La prédominance de la dyspepsie fonctionnelle chez les femmes ($p = 0,020$) de notre série n'a pas été retrouvée dans les rares études où le sexe a été analysé (4).

Les alcooliques présentent de manière statistiquement significative, plus de dyspepsie fonctionnelle que les non-alcooliques ($p = 0,001$) tandis que les fumeurs se plaignent moins de dyspepsie. Cette différence n'est pas retrouvée ailleurs (4).

Nous avons adopté la classification en 3 types évitant l'individualisation de la dyspepsie à type de reflux du reste très discutée (1, 2). Les signes sont dominés par le syndrome ulcéreux sans ulcère comme dans la plupart des études (1, 2, 4, 8, 9).

L'analyse détaillée des symptômes ou des sous-groupes syndromiques ne permet de prédire l'existence d'une dyspepsie fonctionnelle ni celle d'une parasitose digestive réputée fréquente dans nos régions.

Naturellement les lésions endoscopiques sont rares dans

cette série limitée à quelques gastrites atrophiques, érythémateuses, hémorragiques et hyperplasiques. La comparaison avec d'autres études est rendue difficile par l'inclusion des érosions prépyloriques et bulbaires dans les lésions de dyspepsie. En effet des lésions érosives gastriques et /ou duodénales sont retrouvées chez 15 % des dyspeptiques comme des patients asymptomatiques (10).

68,1 % de nos patients dyspeptiques étaient porteurs de gastrite chronique comme dans d'autres populations où les taux varient autour de 50% (3, 6). La plupart des patients qui se plaignent de dyspepsie fonctionnelle présentent également une gastrite chronique et cette différence est plus nette en cas de dyspepsie pseudo-ulcéreuse (11). Par contre la gastrite est moins active dans la dyspepsie que dans les autres pathologies gastro-duodénales. certains auteurs ont trouvé une corrélation positive entre la sévérité de la gastrite et la symptomatologie par contre elle n'a pas été retrouvée dans notre étude.

L'infection à Hp est ici moins fréquente dans la dyspepsie fonctionnelle que dans les autres gastro-duodéno-pathies comme rapportée ailleurs dans la littérature où elle oscille entre 40 et 87 % (3, 4, 6, 8, 9, 12). Elle serait par contre plus fréquente que dans la population générale asymptomatique (7).

Cette infection à Hp ne présente pas de différence significative selon les types de dyspepsies et entre les dyspeptiques et les sujets asymptomatiques. C'est dire qu'il est encore impossible d'établir les caractéristiques cliniques de la dyspepsie à Hp. Le rôle de Hp dans la dyspepsie est mineur même s'il ne devrait être écarté dans certains sous-groupes comme la dyspepsie pseudo-ulcéreuse (13).

79,3 % de nos dyspeptiques sont infectés par *Helicobacter pylori*. Ce taux est légèrement supérieur à celui des pays développés (8, 9, 12). Même dans ces régions, la comparaison est rendue difficile par les différences méthodologiques.

CONCLUSION

La dyspepsie fonctionnelle est une affection cosmopolite. La répartition, selon le sexe identique dans toutes les études, est ici en faveur des femmes. La symptomatologie prédominante est le syndrome ulcéreux sans ulcère. Elle s'accompagne volontiers de gastrite dans cette forme. L'infection à Hp est comparable à celle de la population sans dyspepsie subissant une endoscopie digestive haute. Son rôle ici paraît mineur.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - TALLEY NJ, COLIN-JONES D, KOCH KL, KOCH M., NYREN O., STANGELLINI V.
Functional dyspepsia : a classification with guidelines for diagnostic and management.
Gastroenterol Int. 1991 ; 4 : 145-60.
- 2 - BOMMELAER G.
Dyspepsie non ulcéreuse : définitions et classifications.
Med. Hyg. 1991 ; 49 : 2275-7.
- 3 - DE KORWIN JD
Dyspepsie et *Helicobacter pylori*.
La lettre de l'infectiologue 1995 ; 10 (suppl. 4) : 149-55.
- 4 - DELTENRE M, NYST J.F., JONAS C., GLUPCZYNSKI Y., DEPREZ C., BURETTE A.
Données cliniques, endoscopiques, histologiques chez 1100 patients dont 574 colonisés par *Campylobacter pylori*.
Gastroenterol. Clin. Biol. 1989 ; 13 : B89-95.
- 5 - HUDZIAK H.
Pathogénie de l'ulcère gastroduodéal et de la dyspepsie non ulcéreuse.
Hépatogastro 1996 ; 3 (2) (suppl.2) : 40-6.
- 6 - KATELARI PH, TIPETTE GHK, NORBU P., LOWE DG, BRENNEN R., FARTHING MJG
Dyspepsia, *Helicobacter pylori* and peptic ulcer in a randomly selected population in India.
Gut. 1992 ; 33 : 1462-6.
- 7 - MEGRAUD F., BRASSES-RABBE MP, DENIS F., BELBOURI A., HOA DQ
Seroepidemiology of *Campylobacter pylori*. Infection in various populations.
J. Clin. Microbiol. 1989 ; 1970-7.
- 8 - SOBOLA GM, DIXON MF, AXON ATR
Symptomatology of *Helicobacter pylori* associated dyspepsia.
Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 1990 ; 2 : 445-9.
- 9 - STRAUSS RM, WANG TC, KELSEY PB, COMPTON TC, FERRARO MJ, PERZ-PEREZ G. et al.
Association of *Helicobacter pylori* infection with dyspeptic symptoms in patients undergoing gastroduodenoscopy.
Am. J. Med. 1990 ; 89 : 464-9.
- 10 - RUSZNIEWSKI PH
L'endoscopie digestive haute au cours de la dyspepsie non ulcéreuse.
Med. Hyg. 1991 ; 49 : 2296-300.
- 11 - TRESPI E., BROGLIA F., VILLANI L., LUINETTI O., FIOCCA R., SOLCIA E.
Distinct profile of gastritis in dyspepsia subgroups. Their different clinical responses to gastritis healing of *Helicobacter pylori* eradication.
Scand. J. Gastroenterol. 1994 ; 29 : 884-8.
- 12 - SOBHANI I., FLOURIE B., LAVERGNE A., COLMION R., MIGNON M., MODIGLIANI R., RAMBAUD J.C.
Helicobacter pylori et pathologie gastro-duodénale II : aspects cliniques et thérapeutiques.
Gastroenterol. Clin. Biol. 1991 ; 15 : 412-20.
- 13 - BRULEY DES VARANNES, SCARPIGNATO C.
Infection à *Helicobacter pylori* : relations entre gastrite et symptomatologie clinique.
Gastroenterol. Clin. Biol. 1996 ; 20 : S84-S94.