



## La dyspepsie à l'urgence en toute simplicité

### QUESTION CLINIQUE

**Devrait-on ajouter la lidocaïne ou des antispasmodiques aux antiacides pour le traitement de la dyspepsie à l'urgence?**

### CONCLUSION

Les meilleures données probantes laissent croire qu'il est peu probable que la lidocaïne et/ou les antispasmodiques ajoutés aux antiacides soulagent pertinemment mieux la douleur que les antiacides seulement. Les données probantes sont contradictoires; une étude conclut que les antiacides seuls sont supérieurs, une autre conclut à l'absence de bienfait, alors qu'une troisième étude (non à l'insu, plus vieille) montre que la lidocaïne ajoute un bienfait. Il faut exclure un diagnostic cardiaque chez les patients (surtout les femmes) qui se présentent à l'urgence pour une nouvelle dyspepsie.

### DONNÉES PROBANTES

- Trois études avec répartition aléatoire et contrôlées ont comparé la monothérapie par antiacide à un antiacide et lidocaïne +/- antispasmodique chez des patients qui

s'étaient présentés à l'urgence pour des symptômes d'allure dyspeptique. Les patients étaient âgés de ~40 ans, 60 % étaient des femmes et avaient obtenu un score de douleur initial (lorsque rapporté) de ~65 sur une échelle de ~100 points (valeurs inférieures = plus favorable).

- 89 patients répartis aléatoirement à un antiacide (Gastrogel®), à un antiacide + solution de lidocaïne à 2 %, ou à un antiacide + lidocaïne visqueuse à 2 %<sup>1</sup>. À 30 minutes :
  - Amélioration du score moyen de la douleur : Aucune différence statistique entre les groupes (antiacide 24 points, antiacide + solution de lidocaïne 20 points, antiacide + lidocaïne visqueuse 15 points).
  - L'acceptabilité d'ensemble était significativement (13-25 points) supérieure sous l'antiacide seulement.
  - 14 % des patients ont au bout du compte reçu un diagnostic cardiaque.
- 113 patients répartis aléatoirement à un antiacide (Mylanta®), à un antiacide + antispasmodique (Donnatal®) ou à un antiacide + antispasmodique + lidocaïne<sup>2</sup>. À 30 minutes :
  - Amélioration du score moyen de la douleur : Aucune différence statistique entre les groupes (antiacide 25 points; antiacide + antispasmodique 23 points; antiacide, antispasmodique + lidocaïne 24 points).
- 73 patients répartis aléatoirement à un antiacide (Mylanta®) ou à un antiacide + lidocaïne visqueuse à 2 %<sup>3</sup>. À 30 minutes :
  - Amélioration du score moyen de la douleur : l'association antiacide + lidocaïne était supérieure à l'antiacide seul (41 points c. 9, statistiquement différent).
  - Soulagement « acceptable » de la douleur rapportée par les patients : 69 % sous antiacide + lidocaïne contre 35 % sous antiacide seul; nombre de patients à traiter = 3.
  - Limite : Les cliniciens n'étaient pas à l'insu.

## CONTEXTE

- La dyspepsie touche jusqu'à 16 % des personnes en bonne santé, la douleur abdominale représente jusqu'à 9 % des visites à l'urgence<sup>4,5</sup>.
  - Les femmes qui subissent un infarctus du myocarde aigu manifestent souvent des symptômes prodromiques et la douleur thoracique est moins prédictive de la maladie coronarienne :
    - Le symptôme dominant est gastro-intestinal chez jusqu'à 45 % des femmes comparativement à 34 % des hommes<sup>6</sup>.
  - La réponse aux antiacides ne fait pas la différence entre la douleur gastro-intestinale et la douleur d'origine cardiaque<sup>7</sup>.
-

## RÉFÉRENCES

1. Warren J, Cooper B, Jermakoff A et coll. Acad Emerg Med. 2020; 27(9):905-909.
2. Berman DA, Porter RS, Graber M. J Emerg Med. 2003; 25(3):239-244.
3. Welling LR, Watson WA. Ann Emerg Med. 1990; 19(7):785-788.
4. Ford AC, Mahadeva S, Carbone MF et coll. Lancet. 2020; 396(10263):1689-1702.
5. Emergency Department Visits. Centers for Disease Control and Prevention. Updated November 10, 2020. Accessible à : <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/emergency-department.htm> Réf. du 2 décembre 2020.
6. Nanna MG, Hajduk AM, Krumholz HM et coll. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2019; 12(10):e005691.
7. Chan S, Maurice AP, Davies SR et coll. Heart Lung Circ. 2014; 23:913-923.

## AUTEURS

**Jingyi Ma**, BMSc,  
**Michael R. Kolber**,  
MD CCFP MSc

*Les auteurs ne  
déclarent aucun  
conflit d'intérêts.*