

PNDS gastroparésie idiopathique de l'adulte et de l'enfant

FIMATHO / MARDI

Coordonateur: Pr G Gourcerol (Rouen)
Rédacteurs: Dr H Soliman (APHP)
Dr F Wuestenberghs (APHP)
Dr N Caron (HCL)
Dr A Zalar (HGE libéral, Rouen)

Groupe Français de NeuroGastroentérologie (GFNG)
Société Nationale Française de Gastro-entérologie (SNFGE)
Groupe Francophone d'Hépatogastroentérologie et Nutrition
Pédiatriques (GFHGNP)
Association « *vivre avec la gastroparésie* »

Liens d'interet

- Enterra medical
- Medtronic
- Laborie
- Biocodex

Participants

Comité de rédaction

- Pr G Gourcerol
- Dr H Soliman
- Dr F Wuestenberghs
- Dr N Caron
- Mme Coussaert (Fimatho)

GFNG

- Dr P Jouet
- Pr JM Sabaté
- Pr B Coffin
- Pr C Melchior
- Pr C Brochard
- Pr F Zerbib
- Pr V Vitton
- Pr F Mion
- Dr C Desprez

• SNFGE

- Pr S Roman
- Dr A Chryssostalis
- Dr G Macaigne

• GFHGNP

- Dr H Lengline
- Dr M Aumar
- Dr S Marotte

• HGE libéral: DR A Zalar

• MG: Dr V Ghéron

• Association de malades

- Mr Mazeau (Vivre avec la gastroparésie)

Recommandations européennes (2020)



Received: 21 November 2020 | Accepted: 28 December 2020
 DOI: 10.1002/ueg2.12060

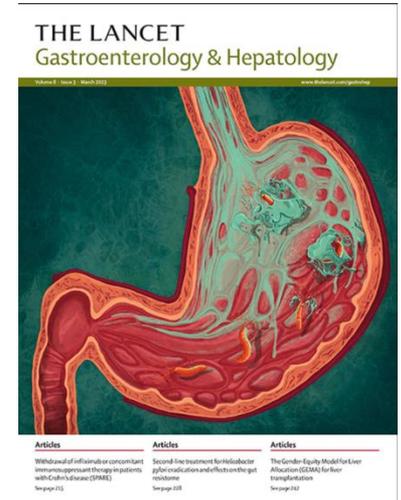
ORIGINAL ARTICLE

ueg journal WILEY

United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on gastroparesis

Jolien Schol¹ | Lucas Wauters¹ | Ram Dickman² | Vasile Drug³ |
 Agata Mulak⁴ | Jordi Serra⁵ | Paul Enck⁶ | Jan Tack¹ |
 the ESNM Gastroparesis Consensus Group

Recommandations internationales (2025)



THE LANCET
 Gastroenterology & Hepatology

Submit Article Log in Register

This journal Journals Publish Clinical Global health Multimedia Events About

Search for... Advanced search

REVIEW · Volume 10, Issue 1, P68-81, January 2025

Download Full Issue

Rome Foundation and international neurogastroenterology and motility societies' consensus on idiopathic gastroparesis

Jolien Schol, MD^{a,b} · J-Hsuan Huang, MD^{a,c} · Florencia Carbone, PhD^b · Luis Maria Bustos Fernandez, MD^d · Prof Guillaume Gourcerol, MD^e · Vincent Ho, MD^f · et al.

Show more

Affiliations & Notes Article Info Linked Articles (2)

Summary

To establish a consensus on the definition and management of idiopathic gastroparesis, international experts (selected by neurogastroenterology and motility societies and initiated by the Rome Foundation) devised 144 statements using the Delphi method, with at least 80% agreement required. This consensus defined idiopathic

Processus Delphi

- 3 tours de vote

A+ : agree strongly (= totalement d'accord)

A : agree with minor reservation (= d'accord avec réserves mineures)

A - : agree with major reservation (= d'accord avec réserves majeures)

D - : disagree with minor reservation (= en désaccord avec réserves mineures)

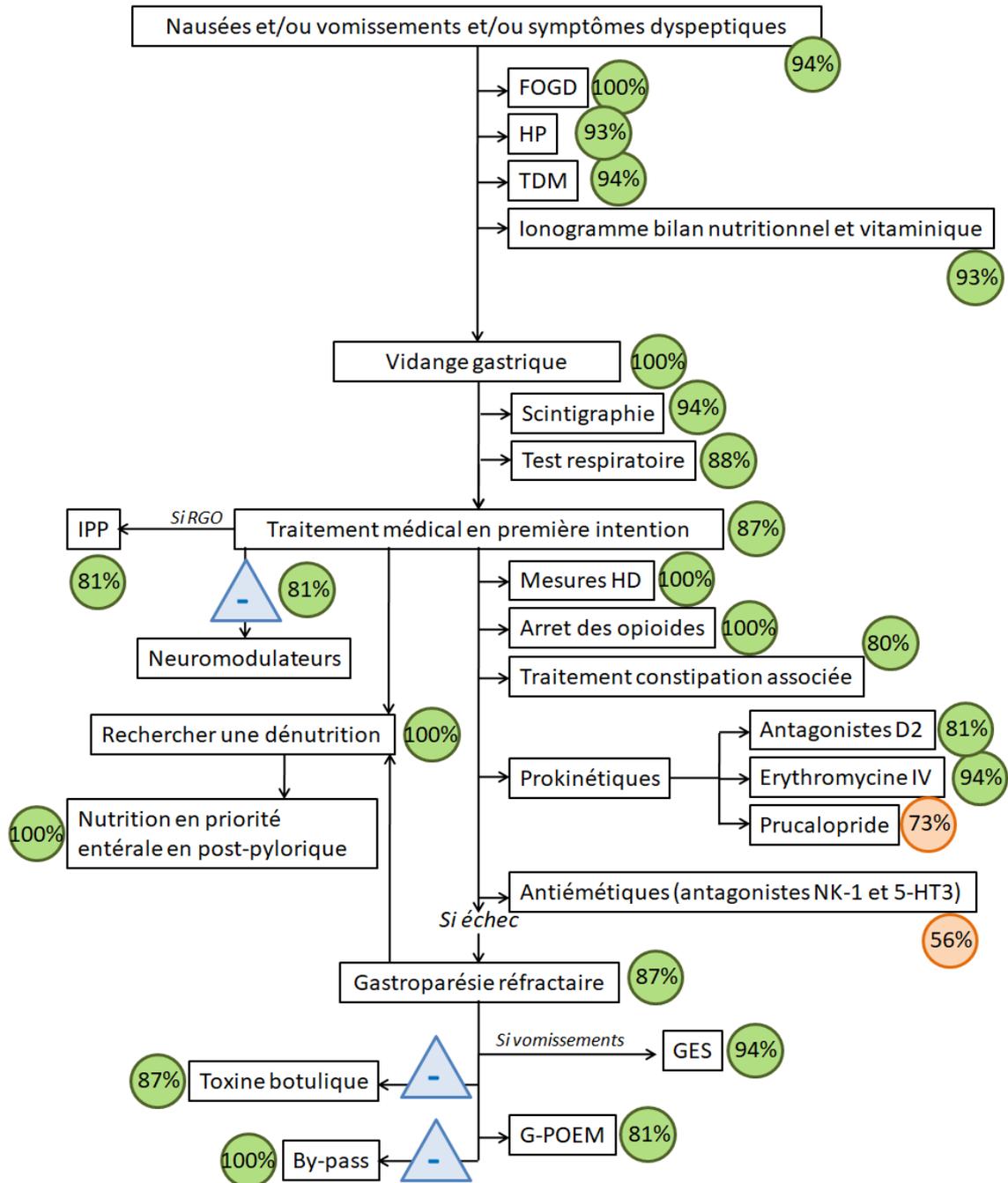
D : disagree with major reservation (= en désaccord avec réserves majeures)

D + : disagree strongly (= totalement en désaccord)

Retenu si > 80% d'accord

- 43 propositions
- 41 ont trouvé un consensus > 80%

1. La gastroparésie est définie par la présence de symptômes associée à un retard de vidange gastrique en l'absence d'obstacle mécanique.	100
2. Les nausées et les vomissements sont les symptômes cardinaux de la gastroparésie.	93,75
3. Les symptômes dyspeptiques tels qu'une plénitude postprandiale, une satiété précoce, des douleurs épigastriques et des ballonnements dans la partie supérieure de l'abdomen sont souvent présents chez les patients atteints de gastroparésie.	100
4. Les symptômes des patients atteints de gastroparésie se chevauchent avec ceux du syndrome de détresse postprandiale de la dyspepsie fonctionnelle.	100
6. La prévalence de la gastroparésie au sein de la population générale n'est pas connue avec certitude car elle nécessiterait la réalisation de tests de vidange gastrique au niveau de la population générale, mais les estimations basées sur les codages diagnostiques suggèrent qu'il s'agit d'une maladie rare.	93,75
7. Le caractère idiopathique de la gastroparésie est un diagnostic d'exclusion, posé après avoir exclu les causes secondaires de gastroparésie telles que le diabète (chez l'adulte), les antécédents chirurgicaux, certains médicaments, les maladies de système et des maladies neurologiques.	100
8. La gastroparésie est associée à une diminution significative de la qualité de vie.	100
9. Chez l'adulte, la gastroparésie est associée à une réduction de l'espérance de vie.	93,75
10. La réalisation d'une endoscopie digestive haute est indispensable en cas de suspicion de gastroparésie pour éliminer une cause obstructive.	100
11. La présence de résidus alimentaires à l'endoscopie ne permet pas de porter le diagnostic de gastroparésie.	93,75
12. La réalisation d'une imagerie complémentaire, idéalement par tomographie, n'est pas systématique mais doit être envisagée en cas de suspicion d'un syndrome occlusif associé ou en cas de perte pondérale.	93,75
13. La scintigraphie gastrique est l'examen de référence pour porter le diagnostic de gastroparésie	93,75
14. Le test respiratoire à l'acide octanoïque marqué au 13C est une alternative à la scintigraphie.	87,5
15. La mesure de vidange gastrique doit être effectuée sur au moins 4h après un repas test comportant idéalement une phase solide.	100
16. Le critère le plus reproductible et le plus spécifique pour porter le diagnostic de gastroparésie lors de la scintigraphie est la mesure de rétention des solides à 4h, qui est normalement en dessous de 10%.	100
18. La mesure de distensibilité du pylore n'est pas suffisamment validée pour discriminer les malades relevant d'une mesure thérapeutique ciblant le pylore.	87,5
19. L'objectif thérapeutique principal est l'amélioration des symptômes.	100
20. Une diminution d'au moins un point du score GCSI peut être utilisée comme définition du succès thérapeutique.	93,75
21. Bien que peu efficaces, les mesures diététiques constituent la première étape de la prise en charge de la gastroparésie.	100
22. Un traitement par IPP n'est utile dans la prise en charge qu'en cas de symptômes de reflux associés.	81,25
24. En cas de gastroparésie confirmée, il est recommandé d'éviter de prescrire des morphiniques et de procéder à leur sevrage si ceux-ci sont déjà utilisés.	100
25. Les antagonistes D2 dopaminergiques (métoclopramide, dompéridone) sont efficaces dans la prise en charge de la gastroparésie.	81,25
26. Les antagonistes D2 dopaminergiques (métoclopramide, dompéridone) sont considérés comme le traitement de 1re intention de la gastroparésie.	87,5
27. L'érythromycine par voie intraveineuse est efficace dans la prise en charge à court terme de la gastroparésie.	93,75
28. L'érythromycine par voie intraveineuse est efficace dans la prise en charge à court terme de la gastroparésie.	93,75
30. Les neuromodulateurs (dont les antidépresseurs tricycliques) ne sont pas efficaces dans la prise en charge de la gastroparésie.	81,25
31. La gastroparésie réfractaire au traitement médical est définie par la persistance des symptômes invalidants après un traitement prokinétique et antiémétique bien conduit.	87,5
32. L'efficacité de l'injection intra-pylorique de toxine botulique reste à démontrer dans la prise en charge de la gastroparésie réfractaire.	87,5
33. Chez l'adulte, la pyloromyotomie endoscopique (G-POEM) est efficace à court terme dans la prise en charge de la gastroparésie réfractaire.	81,25
34. La stimulation électrique gastrique est efficace dans la prise en charge des symptômes de nausées et vomissements dans la gastroparésie réfractaire.	93,75
35. L'efficacité de la gastrectomie partielle, subtotalaire, ou de dérivation Roux-en-Y n'est pas validée.	100
36. Un support nutritionnel entéral est nécessaire en cas de dénutrition sévère ou de vomissements réfractaires.	100
37. En cas de support nutritionnel, une nutrition entérale est à privilégier en première intention, de préférence avec administration en post-pylorique.	100



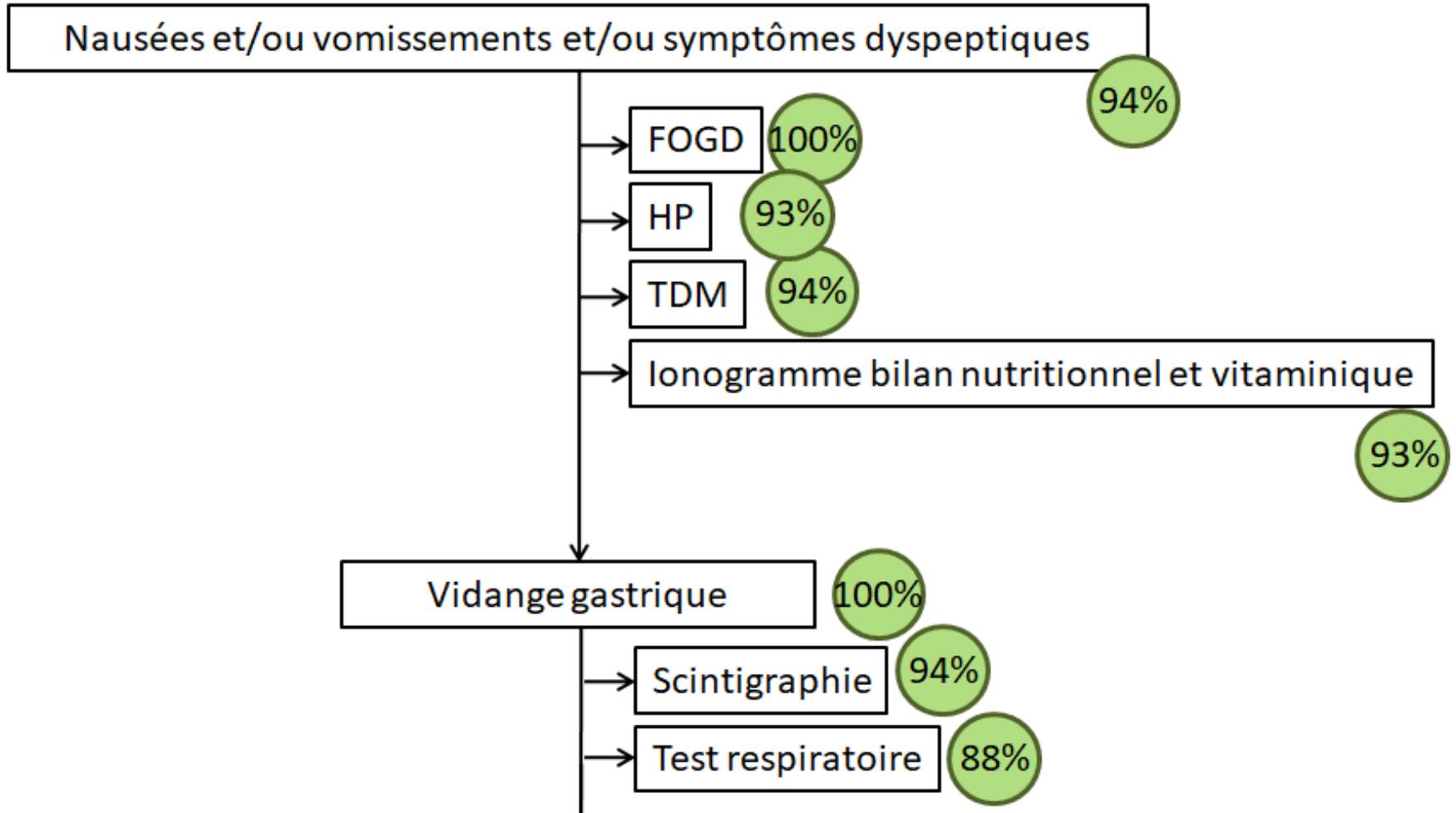
Diagnostic

- *La gastroparésie est définie par la présence de **symptômes associée à un retard de vidange gastrique** en l'absence d'obstacle mécanique*
- *Les **nausées** et les **vomissements** sont les symptômes cardinaux de la gastroparésie*
- *Chez **l'enfant**, le profil symptomatique de la gastroparésie varie avec l'âge*

Diagnostic

- *La réalisation d'une **endoscopie digestive haute** est indispensable en cas de suspicion de gastroparésie pour éliminer une cause obstructive*
- *La réalisation d'une **imagerie complémentaire**, idéalement par TDM, n'est pas systématique mais doit être envisagée en cas de suspicion d'un syndrome occlusif associé ou en cas de perte pondérale*
- *Un **bilan biologique** incluant au minimum un ionogramme, un bilan nutritionnel et vitaminique est recommandé dans le bilan d'une gastroparésie idiopathique*
- *La **scintigraphie gastrique** est l'examen de référence pour porter le diagnostic de gastroparésie*
- *Le **test respiratoire** à l'acide octanoïque marqué au ^{13}C est une alternative à la scintigraphie.*

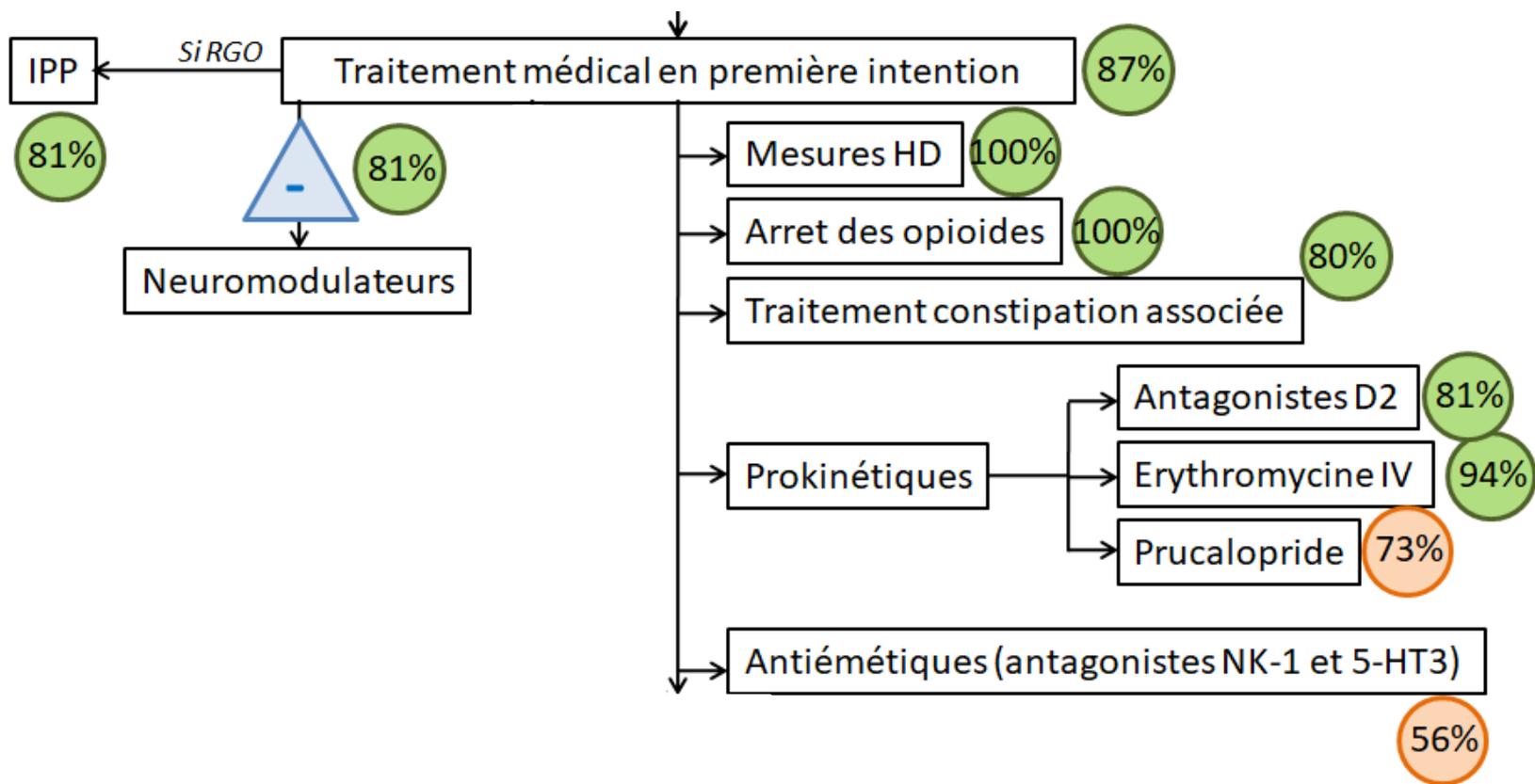
Diagnostic



Traitement médical

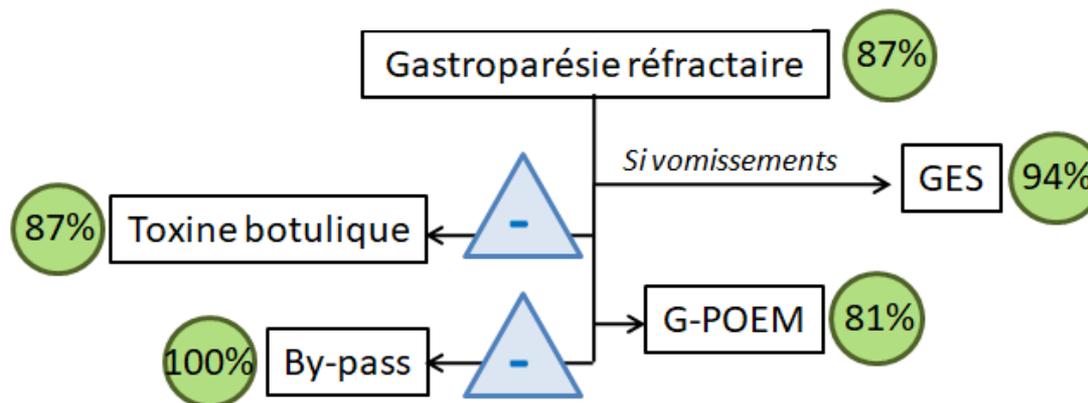
- *L'objectif thérapeutique principal est l'amélioration des symptômes*
- *Bien que peu efficaces, les mesures diététiques constituent la première étape de la prise en charge de la gastroparésie*
- *En cas de gastroparésie confirmée, il est recommandé d'éviter de prescrire des **morphiniques** et de procéder si possible à leur sevrage si ceux-ci sont déjà utilisés.*

Traitement médical



Traitements endoscopiques et/ou chirurgicaux

- *Les traitements endoscopiques et/ou chirurgicaux de la gastroparésie doivent être réservés à la **gastroparésie réfractaire** au traitement médical*
- *En cas de **gastroparésie pharmaco-induite**, les traitements endoscopiques et/ou chirurgicaux devraient être envisagés avec prudence, idéalement après sevrage du traitement responsable*



Progrès à réaliser

- Accès au tests de vidange gastrique
 - 1 malade sur 3 accède au test de vidange gastrique (scintigraphie) (1)
(1) Ye, Y et al. Gastroenterology. 2022;162:109-121

Progrès à réaliser

- Accès au tests de vidange gastrique
 - 1 malade sur 3 accède au test de vidange gastrique (scintigraphie) (1)
(1) Ye, Y et al. Gastroenterology. 2022;162:109-121
 - Marché de niche/marquage CE → rupture d'approvisionnement d'1 an en carbone 13

Progrès à réaliser

- Accès au tests de vidange gastrique
 - 1 malade sur 3 accède au test de vidange gastrique (scintigraphie) (1)
(1) Ye, Y et al. Gastroenterology. 2022;162:109-121
 - Marché de niche/marquage CE → rupture d'approvisionnement d'1 an en carbone 13
- Accès aux médicaments: tous hors AMM !
 - Dompéridone / métoclopramide → interdit au delà de 7j par HAS

FICHE

Médicaments antiémétiques dans le traitement symptomatique des nausées et des vomissements

Validée par le Collège le 17 novembre 2022

Mis à jour en

Progrès à réaliser

- Accès aux tests de vidange gastrique
 - 1 malade sur 3 accède au test de vidange gastrique (scintigraphie) (1)
(1) Ye, Y et al. Gastroenterology. 2022;162:109-121
 - Marché de niche/marquage CE → rupture d'approvisionnement d'1 an en carbone 13
- Accès aux médicaments: tous hors AMM !
 - Dompéridone / métoclopramide → interdit au delà de 7j par HAS
 - Antagonistes NK-1 et 5-HT3 (ondansetron/aprepitant) → ordonnance d'exception hors AMM

Arrêté du 2 mai 2016 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables ... : Annexe

[← Retour au Sommaire du JO](#)

[< Texte précédent](#)

[Texte suivant >](#)

1. Indications remboursables (*)

Adultes :

Prévention des nausées et vomissements aigus induits par la chimiothérapie moyennement émétisante.

Prévention et traitement des nausées et vomissements retardés induits par la chimiothérapie moyennement à hautement émétisante.

Prévention et traitement des nausées et vomissements aigus et retardés induits par la radiothérapie hautement émétisante.

Prévention et traitement des nausées et vomissements post-opératoires (NVPO).

Population pédiatrique :

Prise en charge des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie chez l'enfant âgé de 6 mois et plus (≥ 6 mois).

Prévention et traitement des nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) chez l'enfant de 4 ans et plus (≥ 4 ans).

Progrès à réaliser

- Accès aux tests de vidange gastrique
 - 1 malade sur 3 accède au test de vidange gastrique (scintigraphie) (1)
(1) Ye, Y et al. Gastroenterology. 2022;162:109-121
 - Marché de niche/marquage CE → rupture d'approvisionnement d'1 an en carbone 13
- Accès aux médicaments: tous hors AMM !
 - Dompéridone / métoclopramide → interdit au delà de 7j par HAS
 - Antagonistes NK-1 et 5-HT3 (ondansetron/aprepitant) → ordonnance d'exception hors AMM
- Remboursement
 - Antagonistes NK-1 et 5-HT3 (hors AMM)
 - Prucalopride (120€/mois)
 - Stimulation électrique gastrique (10-15 000€, demande en cours)



POUR
VOUS INSCRIRE,
C'EST ICI :



> MERCREDI 25 JUIN

Symposium sur les maladies rares touchant la motricité gastro-intestinale

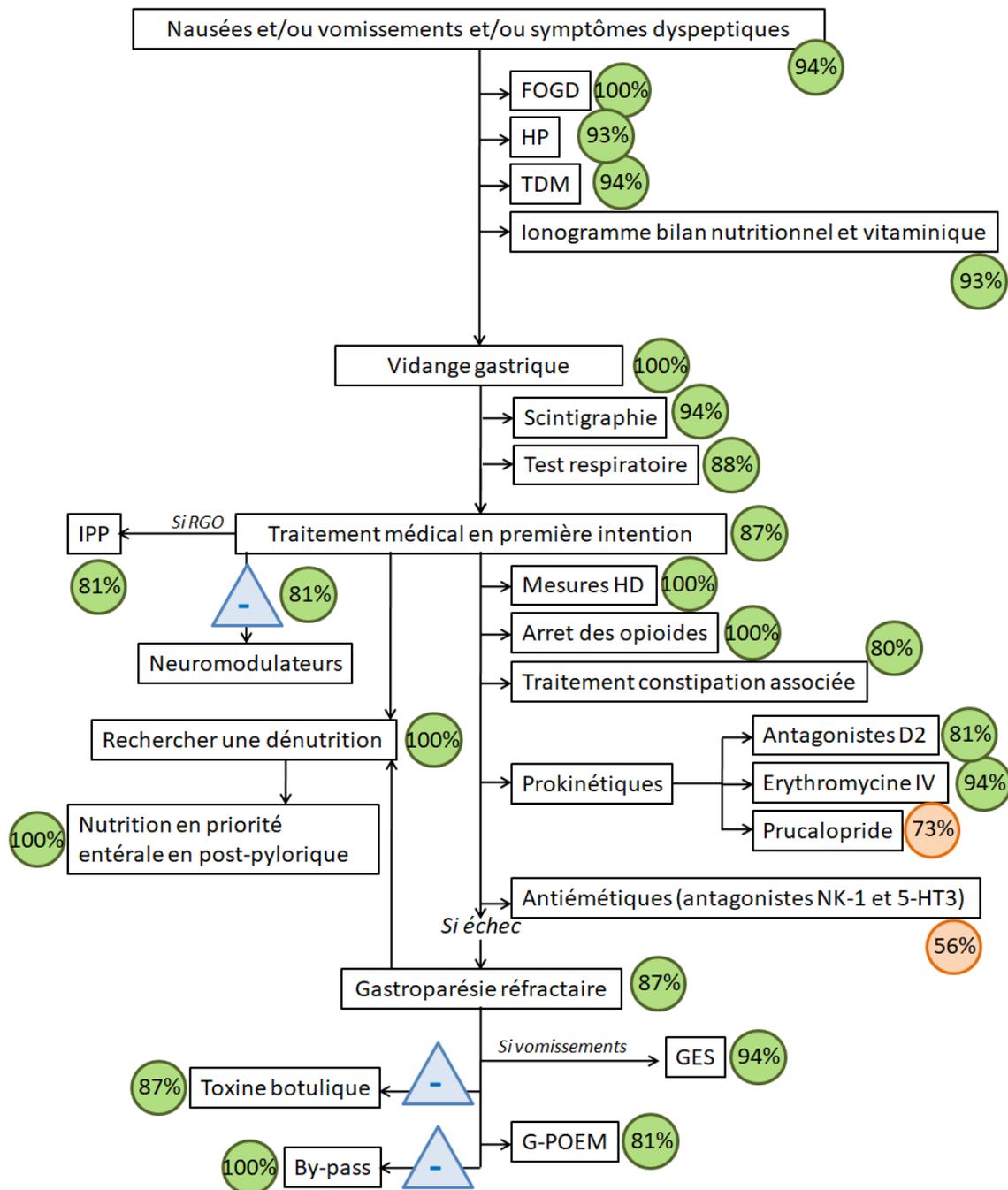
14h00 Maladies rares touchant la motricité gastro-intestinale : état des lieux

- Rendu du PNDS sur la gastroparésie. *Guillaume Gourcerol (Rouen)*
- Lancement du PNDS sur la POIC Adulte. *Francisca Joly (Paris)*
- Table ronde autour de l'accessibilité aux soins (attente des malades, AMM, remboursements, accès aux tests...)
 - Représentant association de malades. *Francis Mazeau pour « Vivre avec la gastroparésie »*
 - Représentant de l'industrie. *Emmanuel Jeanjean, Business Director, Medtronic (Paris)*
 - Représentant des autorités de santé. *Anne-Sophie Lapointe pour la DGOS (Paris), Marie-Françoise Merlin Bernard pour l'ARS (Caen)*
 - Représentant des soignants. *Guillaume Gourcerol (Rouen)*

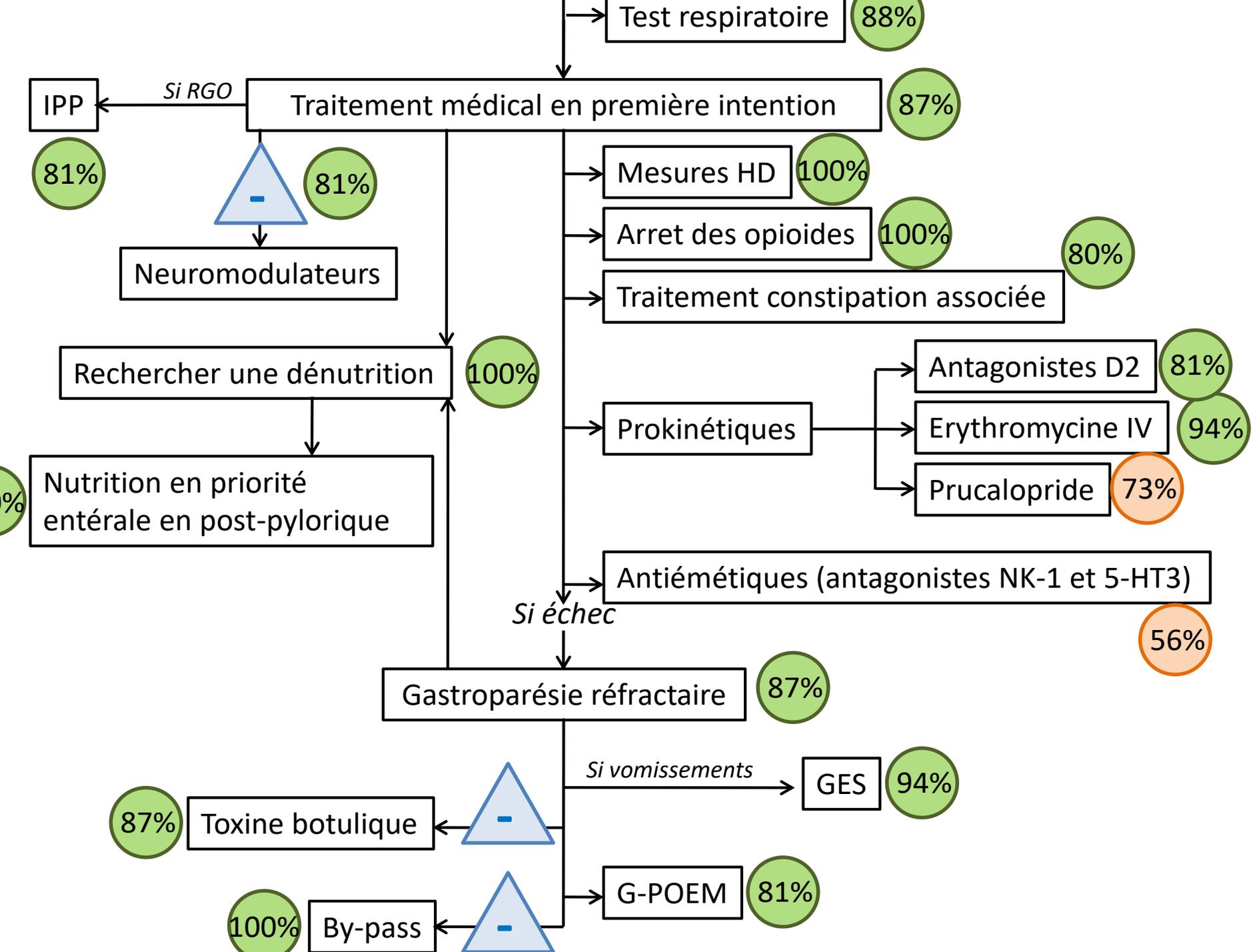
15h30 Pause au sein de l'exposition

16h00 Maladies rares touchant la motricité gastro-intestinale : progrès et innovation

- Données récentes sur le muscle lisse digestif et les maladies rares touchant la motricité gastro-intestinale. *Pascal de Santa Barbara (Montpellier)*
- Nouvelles explorations de la motricité. *Heithem Soliman (Leuven)*
- Stimulation électrique gastrique : accès et parcours de soin. *Benoit Coffin (Paris)*
- Place de l'endoscopie (GPOEM, Toxine botulique, etc...) dans le traitement de la gastroparésie. *Emmanuel Coron (Nantes)*



Merci aux participants!



Nausées et/ou vomissements et/ou symptômes dyspeptiques

94%

FOGD

100%

HP

93%

TDM

94%

Ionogramme bilan nutritionnel et vitaminique

93%

Vidange gastrique

100%

Scintigraphie

94%

Test respiratoire

88%