

Commissione Linee Guida Della Federazione Delle Malattie Digestive AIGO-SIED-SIGE

LINEE GUIDA SULLA DISPEPSIA

- 1) Definizione della dispepsia
- 2) Prevalenza e Cause della dispepsia
- 3) Classificazione delle forme di dispepsia funzionale
- 4) Fattori di rischio per la presenza di dispepsia organica
- 5) Strategia diagnostica
- 6) Strategia Terapeutica

1) Definizione della dispepsia: sindrome caratterizzata da dolore/fastidio, ricorrente o cronico, localizzato ai quadranti superiori dell'addome (1,2).

NB : Quando il quadro clinico è dominato da altri sintomi quali la piroisi, il dolore retrosternale e il rigurgito acido, esso non andrebbe incluso nella dispepsia perchè indicativo di malattia da reflusso gastro-esofageo.

La dispepsia è uno dei più rilevanti problemi clinici che il medico generico e lo specialista incontra quotidianamente, sia per l'elevata frequenza nella popolazione, sia per il rischio potenziale che costituisca la manifestazione clinica di malattia molto gravi come le neoplasie gastriche e pancreatiche.

2) Prevalenza e Cause della dispepsia: studi effettuati in Italia, Norvegia, Gran Bretagna, USA suggeriscono una prevalenza della dispepsia nella popolazione generale che oscilla tra il 20 e il 40%. La maggior parte dei pazienti dispeptici non è affetta da malattie organiche, si tratta pertanto di **dispepsia funzionale**. Secondo il Progetto Italiano Dispepsia (3) le cause più frequenti di dispepsia sono: dispepsia funzionale 63%, ulcera peptica 17%, il cancro gastrico rappresenta l' 1% dei casi.

I due problemi fondamentali posti dalla dispepsia sono: da una parte identificare rapidamente le malattie organiche causa di dispepsia, dall'altra gestire il più correttamente possibile i pazienti i cui sintomi dispeptici non riconoscono cause organiche. Gli ostacoli principali alla risoluzione di questi due problemi principali sono: la limitatezza delle risorse disponibili che rende inattuabile l'impiego indiscriminato delle metodiche diagnostiche strumentali e la indeterminatezza dei meccanismi fisiopatologici alla base della maggior parte delle forme di dispepsia funzionale che costringe ad un trattamento prevalentemente sintomatico dei pazienti e non sempre soddisfacente.

3) Classificazione delle forme di dispepsia funzionale: in base ai sintomi è possibile suddividere la dispepsia funzionale tre sottogruppi:

1) Dispepsia simil-ulcerosa: dispepsia in assenza di lesioni organiche suggestiva per ulcera peptica in cui il sintomo predominante è il dolore/fastidio ai quadranti superiori. Devono essere presenti almeno 3 delle caratteristiche seguenti: sede epigastrica,

miglioramento con l'assunzione del cibo o dopo l'assunzione di farmaci antiacidi o antisecretori, dolore/fastidio notturno, andamento periodico con remissioni e recidive.

2) **Dispepsia simil-motoria:** dispepsia in assenza di lesioni organiche suggestiva per disturbo dello svuotamento gastrico in cui il sintomo predominante è il fastidio ai quadranti superiori. Devono essere presenti almeno 3 dei sintomi seguenti: sazietà precoce, sensazione di ripienezza post-prandiale, nausea, conati e/o vomito, gonfiore localizzato ai quadranti superiori *non* accompagnato a evidente distensione addominale, fastidio aggravato dai pasti.

3) **Dispepsia non determinata:** dispepsia i cui sintomi non rientrano nei criteri di definizione delle forme precedenti.

NB La classificazione suddetta va considerata come un tentativo di nomenclatura, utile ai fini del trattamento. Essa non indica che i meccanismi patogenetici siano sempre definiti (dispepsia simil ulcerosa = ipersecrezione acida, dispepsia simil-motoria = ritardato svuotamento gastrico). Inoltre può esistere in certi pazienti una sovrapposizione di sintomi provenienti da entrambi i tipi.

4) Fattori di rischio per la presenza di dispepsia organica: la presenza di malattia organica è più probabile se il paziente presenta uno o più seguenti fattori di rischio.

- a) età > 45 anni, in particolare se non è mai stata effettuata una endoscopia
- b) in presenza di "segni di allarme" : anemia, calo ponderale non spiegato, vomito ricorrente, disfagia, masse addominali, sanguinamento GI
- c) consumo regolare di aspirina e/o FANS
- d) anamnesi familiare positiva per cancro gastrico
- e) anamnesi personale positiva per ulcera peptica
- f) mancata risposta della sintomatologia ad un adeguato ciclo terapeutico con antisecretivi e/o procinetici , o rapida recidiva dei sintomi alla sospensione della terapia.

In presenza di uno o più di questi fattori di rischio si raccomanda di procedere ad approfondimento diagnostico.

5) Strategia diagnostica

1) pazienti con età < 45 anni senza sintomi di allarme: è in genere indicato un ciclo di terapia sintomatica non superiore alle 2 settimane (4).

Nei pazienti che rispondono a questo trattamento non sono necessari ulteriori accertamenti.

Nei pazienti che non rispondono o che recidivano alla sospensione della terapia, si pone l'indicazione ad eseguire accertamenti : o l'esame endoscopico, o , alla luce dell'importanza dell'infezione da H pylori nella patogenesi delle malattie del tratto GI superiore, è stato suggerito di ricercare la presenza di infezione da H pylori mediante test non invasivo: esame sierologico o breth-test all'urea (5). Il breath test è preferibile perché più attendibile nel segnalare un'infezione in atto. In caso di negatività del test di ricerca per l'H pylori è consigliabile eseguire l'esame endoscopico.

NB : Nei pazienti con test per l'H pylori positivo si sta progressivamente affermando l'indicazione ad eseguire un ciclo di terapia eradicante senza eseguire preventivamente l'esame endoscopico (6, 7). Questa strategia si basa su alcuni assunti: l'eradicazione del germe comporta la guarigione dell'ulcera se presente e comunque elimina la diatesi ulcerosa, l'infezione da H pylori non è comunque elevata (circa il 30% dei dispeptici giovani), il cancro gastrico al di sotto dei 45 aa è molto raro, infine, si riduce notevolmente il numero degli esami endoscopici effettuati.

2) in tutti i pazienti con età > 45 anni, nei pazienti con età < 45 anni con mancata risposta alla terapia eradicante, nei pazienti con età < 45 anni con uno o più sintomi di allarme, è indicata l'esecuzione, come primo esame diagnostico, dell'esofagogastroduodenoscopia con test rapido all'ureasi e biopsie gastriche multiple (in antro, angulus e corpo gastrico)

6) Strategia Terapeutica

In caso di positività dell'esame endoscopico il trattamento sarà mirato alla patologia riscontrata.

Accertata la natura funzionale della dispepsia, il trattamento farmacologico è indicato quando la qualità di vita del paziente risulta condizionata dalla sintomatologia, nonostante le rassicurazioni sulla natura non organica dei sintomi e dopo l'adesione a direttive non farmacologiche (consigli dietetici, astensione dal consumo di alcol e tabacco etc) (8, 9).

La terapia farmacologica della dispepsia funzionale è sostanzialmente empirica, basata sul sintomo prevalente:

- 1) in caso di dispepsia simil-ulcerosa l'uso di antiacidi da scarsi risultati mentre l'impiego di antisecretori può essere utile.
- 2) in caso di dispepsia simil-motoria l'impiego di farmaci procinetici può essere utile.

NB: Considerazione particolare merita il gruppo di pazienti affetti da dispepsia funzionale (assenza di lesioni endoscopiche) con positività per H pylori. La presenza del batterio si associa strettamente alla gastrite cronica, l'eradicazione dell'infezione comporta un netto miglioramento del quadro istologico della gastrite. Tuttavia non è stata stabilita in modo definitivo l'esistenza di un chiaro nesso tra la gastrite istologica e i sintomi dispeptici (10, 11).

Dai dati disponibili la dispepsia funzionale è una condizione che tende a persistere nel tempo: studi prospettivi hanno segnalato come a distanza di 5 anni dalla diagnosi quasi il 70% dei pazienti mostra una persistenza dei sintomi (12, 13), nel trattamento della dispepsia funzionale permane pertanto una serie di questioni aperte su quanto debba durare il trattamento, se sia preferibile un trattamento continuo o intermittente, se rivedere o approfondire la diagnosi in caso di mancata risposta al trattamento.

In quest'ultimo caso può essere necessario un più sollecito approfondimento diagnostico:

- a) nei pazienti con età > 45 anni quando affiorino "sintomi di allarme"
- b) quando l'esordio della dispepsia sia recente
- c) quando la sintomatologia dispeptica, invariata per molto tempo, presenti delle modificazioni significative
- d) quando i sintomi risultino refrattari ad ogni tipo di trattamento.

Riferimenti bibliografici dispepsia

- 1) Koch M, Capurso L: La dispepsia definizione ed epidemiologia. Educazione permanente Malattie Digestive . Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1996
- 2) Talley NJ, Colon-Jones DG, Koch KL et al: Functional dyspepsia: a classification with guidelines for diagnosis and management. Gastroenterol Int 1991; 4: 145-60
- 3) Capurso L, Koch M, Dezi A, et al: Towards a quantitative diagnosis of dyspepsia: The value of clinical symptoms . The Dyspepsia Project Report. Ital J Gastroenterol 1988; 20: 191-202
- 4) American College of Physicians Health and Public Policy Committee. Endoscopy in evaluation of dyspepsia. Ann Intern Med 1985; 102: 266-69
- 5) Talley NJ, Silverstein MD, Agrèus L et al: AGA Technical Review: Evaluation of Dyspepsia. Gastroenterology 1998; 114, 3:582-95
- 6) The European Helicobacter Pylori Study Group. Current European concepts in the management of Helicobacter Pylori infection. The Maastricht Consensus Report. Gut 1997; 41: 8-13
- 7) American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of Dyspepsia Gastroenterology 1998; 114: 579-81
- 8) Dobrilla G: Terapia farmacologica della dispepsia. Educazione permanente Malattie Digestive. Il pensiero Scientifico Editore, Roma 1996
- 9) Malagelada JR: Dispepsia funzionale. Analisi dei meccanismi e delle strategie terapeutiche. In Camilleri M ed, La motilità gastrointestinale nella pratica clinica: Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1996: 115-24
- 10) Blum AL et al: Lack of effect of treating H pylori infection in patients with non ulcer dyspepsia. Omeprazole plus Clarithromycin plus Amoxicilline effect one year treatment (O.C.A.Y.) Study Group. New Engl J Med 1998. 24; 339: 1875-81
- 11) Mc Coll K et al: Symptomatic benefit from eradicating H pylori infection in patients with non ulcer dyspepsia. New Engl J Med 1998. 24; 339: 1869-74
- 12) Heatley RV, Rathbone BJ: Dyspepsia: a dilemma for doctors ? Lancet 1987; 2: 779-82
- 13) Jones R, Lydeard S: Dyspepsia in the community: a follow-up study. Brit J Clin Pract 1992; 46: 95- 7