

DISPEPSIA



**Sevizio di Gastroenterologia ed Endoscopia
Digestiva - Garbagnate Milanese**

Dr. D. Redaelli

LA SINDROME DISPEPTICA

DEFINIZIONE

**Dolore o fastidio persistente/ricorrente
localizzato ai quadranti addominali superiori**

Criteria di Roma I, 1991

DISPEPSIA

SINTOMI

dolore epigastrico

pirosi

rigurgito

peso epigastrico
post-prandiale

sazietà precoce

nausea

vomito

eruttazioni

DISPEPSIA SIMIL-ULCEROSA

prevalente dolore/bruciore
in sede epigastrica, a digiuno
o post-prandiale, e miglioramento
dopo il pasto o l'antiacido

DISPEPSIA tipo 'DISMOTILITA'

gonfiore epigastrico post-prandiale,
eruttazioni, nausea, sensazione
di digestione laboriosa, sazietà precoce

DISPEPSIA SIMIL-REFLUSSO

bruciore epigastrico/retrosternale,
rigurgiti acidi

DISPEPSIA INDEFINITA

associazione varia di sintomi

LA SINDROME DISPEPTICA

EPIDEMIOLOGIA

- ne è affetto fino al 25% della popolazione (dati USA)
- andamento ciclico ricorrente
- è causa di almeno il 5% delle visite del MMG (ma solo 1/4 dei pz. si rivolge al medico !)
- grande quantità di 'autoprescrizione'



GRANDE IMPATTO ECONOMICO

IL PROBLEMA DEL PAZIENTE DISPEPTICO



ho di fronte un paziente con una
dispepsia organica o 'funzionale' ???

In Italia (Capurso, 2000)

DISPEPSIA 'FUNZIONALE' 63%

DISPEPSIA ORGANICA 37%

malattia ulcerosa 17%

litiasi 7%

cancro gastrico 1.1%

abuso alcolico 2%

esofagite 6%

altro 4%

In Italia (Capurso, 2000)

DISPEPSIA 'FUNZIONALE' 63%

DISPEPSIA ORGANICA 37%

malattia ulcerosa 17%

litiasi 7%

cancro gastrico 1.1%

abuso alcolico 2%

esofagite 6%

altro 4%

ALTRE CAUSE DI DISPEPSIA

- patologia neoplastica o flogistica del pancreas
- malassorbimento
- patologia del colon
- farmaci
(FANS/ASA, teofillina, antibiotici, digitale, sali di potassio, alendronato...)

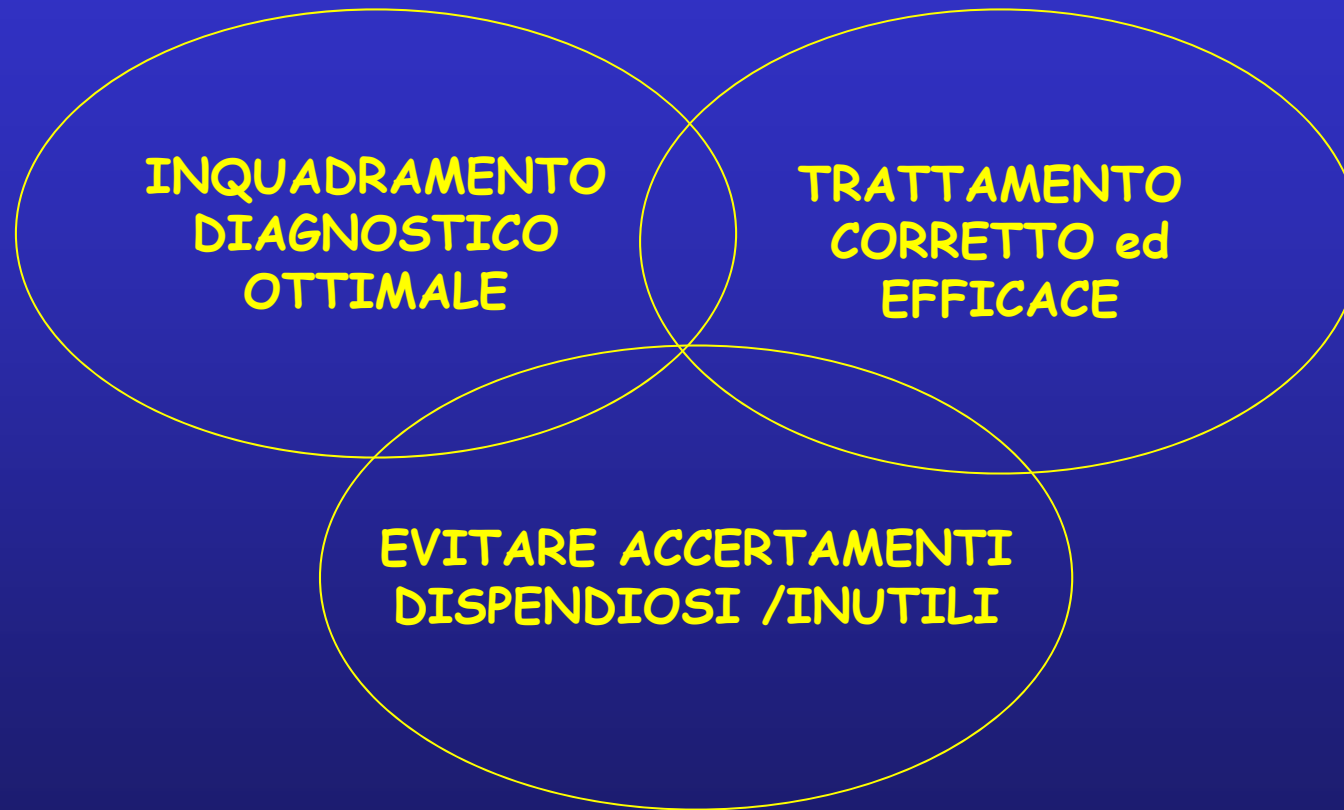
DISPEPSIA FUNZIONALE

ASPETTI EZIOLOGICI / FISIOPATOLOGICI

- ritardato svuotamento gastrico
- ipersensibilità viscerale alla distensione
- alterata motilità duodeno-digiunale
- gastrite H. pylori correlata
- disfunzione del SNC
- alterata accomodazione gastrica post-prandiale
- ipersecrezione acida gastrica
- stress, profilo psicologico

DISPEPSIA

GESTIONE DEL PAZIENTE



APPROCCIO DIVERSIFICATO

DISPEPSIA - GESTIONE DEL PAZIENTE

APPROCCIO DIVERSIFICATO

Anamnesi accurata del quadro sintomatologico

- qual è il sintomo prevalente
- da quanto tempo dura
- caratteristiche e sede del dolore
- comorbilità
- assunzione di farmaci
-

SEGNI E SINTOMI D'ALLARME NELLA DISPEPSIA

- età > 45 anni
- calo ponderale rilevante (> 10% del peso corporeo)
- vomito
- melena, rettorragia
- disfagia
- ittero
- familiarità per neoplasie digestive superiori
- pregressa gastroresezione
- pregressa ulcera peptica



esecuzione degli accertamenti più idonei (EGDS)

APPROCCI 'GESTIONALI' NEL PZ. DISPEPTICO

- 1) trattamento empirico con un farmaco che agisce sul sintomo principale (antisecretori gastrici, procinetici) con successiva EGDS in caso di mancata risposta
- 2) esecuzione immediata di EGDS e trattamento della patologia eventualmente riscontrata
- 3) ricerca dell'*H. pylori* (modo non invasivo) e trattamento eradicante in caso di positività (TEST AND TREAT)

APPROCCI 'GESTIONALI' NEL PZ. DISPEPTICO

TRATTAMENTO EMPIRICO CON UN FARMACO CHE AGISCE SUL SINTOMO PRINCIPALE (antisecretorio gastrico, procinetico) CON SUCCESSIVA EGDS IN CASO DI MANCATA RISPOSTA

preferibile nei soggetti giovani senza sintomi d'allarme, specie con sintomi simil-ulcerosi o a tipo reflusso gastro-esofageo

preferibile l'uso di PPI a dose 'standard'

svantaggio: 'mascheramento' sintomatologico di una patologia neoplastica con rischio di ritardo diagnostico (?)

APPROCCI 'GESTIONALI' NEL PZ. DISPEPTICO

ESECUZIONE IMMEDIATA DI EGDS E
TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA
EVENTUALMENTE RICONTRATA

vantaggio: diagnosi corretta e in tempi brevi con un
esame piuttosto semplice e poco costoso
in Italia → rassicurazione del pz.

rischio di praticarlo 'a tappeto' includendo giovani
senza sintomi d'allarme

→ costi non necessari

→ scarso orientamento sulla causa della dispepsia

APPROCCI 'GESTIONALI' NEL PZ. DISPEPTICO

RICERCA NON INVASIVA DELL'H. PYLORI
E TRATTAMENTO ERADICANTE SE POSITIVITA'
(APPROCCIO 'TEST AND TREAT')

eliminazione di gastrite cronica o ulcera peptica come
eventuali responsabili di sintomi dispeptici

ma

scomparsa di sintomi dispeptici in pz. H.p. +
trattati ed eradicati —————> c.a 50% con recidiva
a breve del 30%

significato di 'prevenzione' nei confronti
di ulcera peptica e cancro gastrico

QUALE APPROCCIO E' PREFERIBILE ?

Scegliere in base a

paziente (età, sintomi prevalenti)

costi (dell'esame endoscopico, dei farmaci)

prevalenza nella popolazione di ulcera peptica
e infezione da H. pylori

IL DISPEPTICO CHE NON RISPONDE AL PRIMO APPROCCIO TERAPEUTICO

- *rivalutazione dei sintomi*
- *nuovi accertamenti (eco addome, pH-metria 24 ore, tests di svuotamento gastrico ecc.)*
- *nuove ipotesi diagnostiche (celiachia, ca del pancreas, m. di Crohn, intolleranza al lattosio, diabete mellito, tireopatie, iperparatiroidismo, squilibri elettrolitici)*
- *eventuale nuova terapia 'empirica' (PPI a doppia dose, PPI + procinetico, antidepressivo)*

FARMACI E DISPEPSIA

ANTIACIDI, SUCRALFATO

frequente utilizzo da parte del MMG o come autoprescrizione; non mostrano significativo vantaggio rispetto al placebo

H2 BLOCCANTI

i più usati prima dell'avvento dei PPI; superiori al placebo

FARMACI E DISPEPSIA

INIBITORI DI POMPA PROTONICA (PPI)

- superiori al placebo, agli antiacidi e agli H2 bloccanti
- beneficio indipendente dalla presenza di *H. pylori*
- miglioramento persistente anche dopo la fine della terapia
- riduzione successiva del numero di consulti medici e del consumo di farmaci

FARMACI E DISPEPSIA

PROCINETICI

efficacia dimostrata solo con la cisapride; per gli altri farmaci gli studi clinici sono controversi

ALTRI FARMACI

- *rilassanti del fondo gastrico* (sumatriptan, buspirone, paroxetina, donatori di NO, tegaserod, clonidina)
- *analgesici viscerali* (alose tron)

→ in attesa di verifica

Algoritmo gestionale nella Dispepsia

Dispepsia mai investigata



Valutazione clinica

- Anamnesi, esame obiettivo
- Motivo della visita (sintomi prevalenti)



Considerare

- Eccessi alimentari
- Farmaci
- Cardiopatie
- Cause di gastroparesi
- Malattie epatobiliari
- Malattie sistemiche



Se il paziente ha almeno uno dei seguenti:

- Eta' > 45
- Sintomi d'allarme
- Variazione di sintomi cronici
- Timore di cancro/malattia organica

Endoscopia

Dispepsia
funzionale

Patologia organica:
-Ulcera,cancro,MRGE

- Considerare MRGE** (se prevale pirosi)
- Terapia empirica con IPP o test and treat
- Considerare colon irritabile** (terapia empirica)

Se il paziente ha:

- Eta' < 45
- Sintomi lievi, cronici
- Precedente ampia valutazione

Vedi
algoritmo 2

- Considerare MRGE** (se prevale pirosi)
- Trattamento empirico con IPP
- Considerare colon irritabile**

Rassicurazione/Cambiamento
modo di vivere

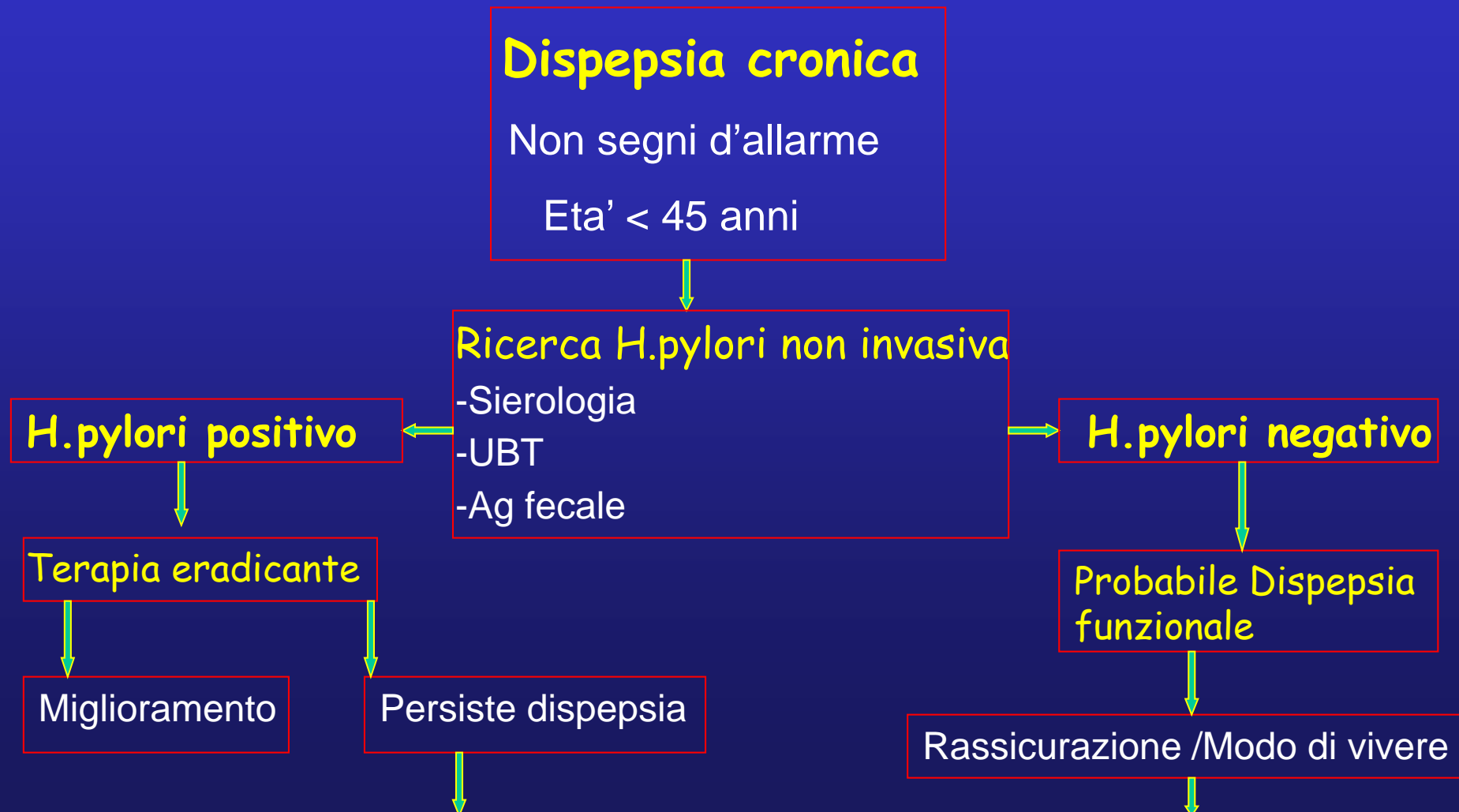
I sintomi persistono:

- terapia empirica con IPP
- terapia empirica con procinetici
- mettere in dubbio la diagnosi
- tentativo con antidepressivo
- eradicazione di H. pylori, se presente

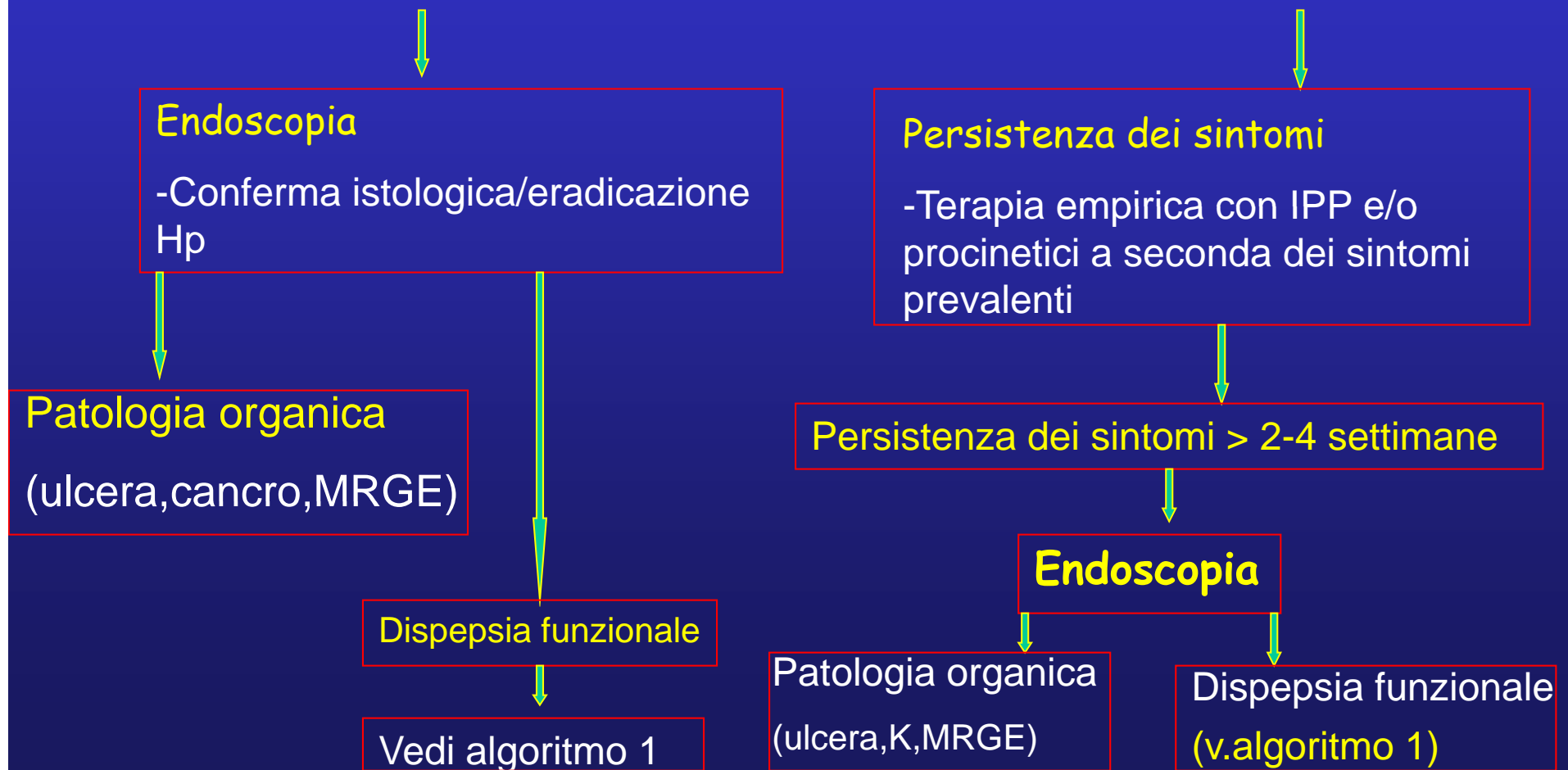
-Sintomi refrattari/ invalidanti

- valutazione psicologica
- terapie antistress

Algoritmo gestionale nella Dispepsia: "Test and treat"



Algoritmo gestionale nella Dispepsia: "Test and treat"



Donna , 32 anni, ricorre al MMG per
dispepsia persistente da almeno 3
mesi caratterizzata da :

Gonfiore epigastrico ed addominale

Digestione laboriosa

Meteorismo

Anamnesi fisiologica: No alcool, no fumo, riferite irregolarità del ciclo mestruale con episodi di polimenorrea

Anamnesi patologica remota:

- Due aborti spontanei
- Riscontro ad una ecografia eseguita 6 mesi prima di calcolo isolato della colecisti del diametro di 1 cm
- Esami ematochimici di 6 mesi prima:
ALT 60, AST 58, (imputate alla colelitiasi)
Emocromo: GB 6700, GR 3.870.000 Hb 11,2 VCM 76

COSA FARE?

- Egds
- Test and treat
- IPP
- Procinetico
- IPP + procinetico

◎ Eseguito HP test = NEGATIVO

Prescritto IPP a dosi standard senza beneficio

Dopo 4 settimane IPP a dose doppia e
successivamente associazione di IPP e
procinetico (domperidone).

Dopo periodo di relativo beneficio, ricomparsa
dei sintomi

Esegue EGDS = normale

Rivalutazione del caso

- E' realmente una dispepsia funzionale motoria?
- L'alterazione dei tests epatici è giustificabile con una colelitiasi asintomatica?
- La lieve anemia microcitica è giustificabile solo con i rari episodi di polimenorrea?
- La presenza di due aborti spontanei ?

◎ L'alterazione dei tests epatici è giustificabile con una colelitiasi asintomatica?

◎ La lieve anemia microcitica è giustificabile solo con i rari episodi di polimenorrea?

◎ La presenza di due aborti spontanei ?

- Markers epatite B eC assenti
- Ferritina ai limiti inferiori
- Autoanticorpi assenti
- Cupremia e alfa1antitripsina normali

- Ab antiendomiso positivi
- Ab antitransglutaminasi positivi

CELIACHIA

Esgue egds con biopsie in D2 <0
confermata da biopsie al duodeno distale

A 3 mesi

Scomparsa delle turbe dispeptiche

Correzione dell'anemia

Normalizzazione di AST e ALT

Biosie in D2 a 6 mesi = incremento dei villi.

Riduzione dell'infiltrato linfocitario