



La dispepsia funzionale rivisitata

Data 03 marzo 2013
Categoria gastroenterologia

La dispepsia funzionale rivisitata

Che cosa s'intende per dispepsia funzionale?

Per dispepsia funzionale (o non ulcerosa) si intende una sindrome caratterizzata da sintomi di tipo digestivo in assenza di malattie organiche.

La diagnosi si basa sui criteri di Roma III:

- 1) almeno uno dei seguenti sintomi: ripienezza postprandiale, sazietà precoce, dolore o bruciore epigastrico
- 2) nessuna evidenza (anche all'esame endoscopico) di patologia organica
- 3) inizio dei sintomi da almeno sei mesi

Dal punto di vista clinico i criteri di Roma III distinguono due tipi di dispepsia funzionale: quella caratterizzata essenzialmente da dolore epigastrico e quella caratterizzata da senso precoce di ripienezza postprandiale.

Anche se nella dispepsia non ulcerosa possono coesistere sintomi indicativi di reflusso gastroesofageo, quest'ultimo viene considerato una entità nosologica separata.

Quanto è frequente la dispepsia funzionale?

Si tratta di una sindrome molto frequente che colpisce, nel corso di un anno, circa 4 soggetti adulti su 10.

Qual è la causa della dispepsia funzionale?

La causa non è nota anche se probabilmente entra in gioco una alterazione della motilità gastrica.

Spesso i pazienti con dispepsia funzionale presentano anche sintomi del colon irritabile (come meteorismo, stipsi o diarrea, dolore o fastidio ai quadranti addominali inferiori, etc.).

Altri meccanismi che possono essere responsabili, almeno in parte, della sindrome sono un' alterata secrezione gastrica e l'*Helicobacter Pylori* (anche se in realtà l'associazione tra *Helicobacter Pylori* e dispepsia non ulcerosa non è perfettamente chiara).

Come si diagnostica la dispepsia funzionale?

Il sospetto diagnostico nasce di fronte ad un paziente con sintomi tipici. Tuttavia la diagnosi di dispepsia non ulcerosa è, essenzialmente, una diagnosi di esclusione.

Pertanto è importante definire un approccio diagnostico che, in primis, escluda la presenza di una patologia digestiva organica potenzialmente grave.

Infatti sintomi simili a quelli della dispepsia non ulcerosa possono essere provocati da ulcera peptica, neoplasie esofagee, gastriche o duodenali, calcoli biliare, patologie pancreatiche, reflusso gastroesofageo, epigastralgie da farmaci, etc.

Management

Vi è consenso nell'adottare un approccio diagnostico terapeutico basandosi sull'età del paziente e sulla presenza o assenza di segni di allarme (perdita di peso, disfagia, vomito persistente, emorragia digestiva, storia familiare positiva per cancro del tratto digerente, anemia inspiegata, ittero, massa addominale palpabile).

a) Nel paziente giovane (< 55 anni, secondo altri < 45-50 anni) e senza segni di allarme si ritiene che il rischio di non diagnosticare una patologia grave sia basso e che, comunque, il ritardo diagnostico di qualche settimana non peggiori la prognosi, per cui si può evitare di richiedere subito un esame endoscopico.

Si consiglia di testare per *Helicobacter Pylori* (test sierologico, antigeni fecali o urea breath test) ed eradicare se positivo. In alternativa si può optare per un breve tentativo empirico con un antisecretivo, ricorrendo al "test and treat" se



il paziente rimane sintomatico o recidiva a breve.

Nel caso il paziente sia negativo al test per *Helicobacter Pylori* oppure rimanga sintomatico nonostante eradicazione si consiglia un tentativo con un antisecretivo. Se il paziente risponde si continua con l'antisecretivo, in caso contrario si deve richiedere una esofagogastroduodenoscopia.

Se anche questa dovesse risultare negativa e i sintomi persistessero bisogna approfondire gli accertamenti per escludere una patologia delle vie biliari, del pancreas, del colon, etc (esami di laboratorio, ecografia addominale, TC addominale, colonscopia).

b) Nel paziente con segni di allarme oppure più anziano (> 45-55 anni) va richiesta subito una endoscopia del tratto digerente superiore. L'iter ulteriore dipende dal risultato di quest'ultima. Se si trova una patologia probabilmente responsabile dei sintomi (ulcera peptica, neoplasia, etc.) si procede di conseguenza, se l'endoscopia risulta negativa si può effettuare un "test and treat" oppure una terapia empirica con antisecretivo o, ancora, approfondire gli accertamenti se vi sono segni di allarme.

Quali sono le terapie usate nella dispepsia funzionale?

Gli antisecretivi sono indicati soprattutto nelle varianti caratterizzate da dolore o bruciore epigastrico. I più usati sono gli inibitori di pompa protonica (PPI) e gli inibitori dei recettori H2 per l'istamina. In alternativa: sucralfato, misoprostol, sali di bismuto.

I procinetici possono trovare indicazione nelle varianti caratterizzate soprattutto da senso di ripenezza e gonfiore postprandiale e/o nausea e/o vomito. I farmaci più usati sono la metoclopramide e il domperidone.

L'eradicazione dell'*Helicobacter Pylori* è indicata nei casi in cui il test per l'HP risulti positivo.

Gli schemi proposti prevedono tutti l'associazione tra antisecretivi e antibiotici e hanno una durata variabile di 7-14 giorni (<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4081>).

Antidepressivi, ansiolitici e psicoterapia possono essere proposti qualora coesitano sintomi depressivi e/o ansia.

Renato Rossi