La dispepsia

Data 08 aprile 2018
Categoria gastroenterologia

Una messa a punto sull'iter diagnostico e sul trattamento del paziente con dispepsia.

Per dispepsia si intende una sindrome caratterizzata da disturbi localizzati all'addome superiore quali dolore epigastrico, bruciore, senso di ripienezza, distensione, sazietà precoce, eruttazioni e nausea. I sintomi debbono durare da almeno un mese, il che permette di escludere le dispepsie temporanea e autolimitate dovute a virosi, eccessi alimentari, etc.
La frequenza dei disturbi dispeptici varia a seconda delle casistiche e dei criteri diagnostici adottati, arrivando a colpire fino al 30-40% della popolazione adulta.

Altre condizioni cliniche possono però presentarsi con sintomi dispeptici: reflusso gastro-esofageo, ulcera peptica, neoplasia gastrica o esofagea, duodenite erosiva, colelitiasi, patologie pancreatiche.

Nell'inquadramento diagnostico bisogna porre attenzione all'eventuale presenza di sintomi di allarme: emorragia, calo ponderale, anemia. In questi casi è necessario richiedere esami strumentali (esofagogastroduodenoscopia, ecografia addominale, TC addome).

Anche in assenza di sintomi di allarme una esofagogastroduodenoscopia viene consigliata nei pazienti dispeptici di età >/= 60 anni onde escludere una neoplasia del tratto esofageo o gastroduodenale.

Nei pazienti di età inferiore ai 60 anni si consiglia invece di eseguire un test non invasivo per la ricerca di Helicobacter Pylori (Urea Breath Test o ricerca antigeni fecali di H. Pylori).
Se il paziente sta assumendo un inibitore di pompa protonica (PPI) prima di eseguire il test per la ricerca dell'H. Pylori il PPI va sospeso per due settimane.

Nel caso la ricera sia positiva si consiglia ciclo di terapia eradicante (strategia test and treat).
Dopo l'eradicazione non viene consigliato di routine l'esecuzione del test per confermare l'eradicazione stessa. Il controllo dell'eradicazione, tuttavia, può essere previsto in casi particolari (per esempio persistenza dei sintomi o recidiva a breve).
Se si ritiene di ripetere il test per H. Pylori dopo un tentativo di eradicazione conviene ricorrere all'UBT perchè non ci sono prove sufficienti per usare la ricerca di antigeni fecali per confermare l'eradicazione.

Nel caso, invece, il test risulti negativo si raccomanda un tentativo empirico con un PPI. Un tentativo analogo può essere proposto ai pazienti che non rispondono dopo un ciclo di eradicazione dell'H. Pylori.
Nel caso di mancata risposta al tentativo empirico con PPI si può effettuare una terapia con un procinetico oppure con un farmaco triciclico oppure con un antagonista del recettore H2.
Nel caso la terapia farmacologica non sia efficace si consiglia di ricorrere a cicli di psicoterapia.

Comunque se il paziente continua a lamentare disturbi nonostante eradicazione e/o PPI, H2 bloccanti, triclicici o procinetici, è opportuno prendere in considerazione una esofagogastroduodenoscopia anche nei pazienti con meno di 60 anni e senza sintomi di allarme. Comportamento analogo è consigliabile anche nei casi in cui il paziente presenti una recidiva a breve termine.
In questi pazienti è opportuno considerare anche l'opportunità di un'ecografia addominale per escludere patologie delle vie biliari o pancreatiche.
Nella diagnosi differenziale non va sottovalutata, infine, la possibilità che i disturbi epigastrici possano riconoscere una causa cardiaca.

Importante è anche approfondire l'anamnesi farmacologica perchè molti farmaci possono causare dispepsia (antinfiammatori non steroidei, cortisonici, calcioantagonisti, teofillinici, nitrati, bifosfonati, antibiotici etc.).

Alcuni pazienti possono richiedere una terapia long term. In questi casi è utile rivere il paziente almeno ogni anno e discutere la possibilità di sospendere il trattamento o di passare a dosi inferiori.

La terapia classica suggerita per l'eradicazione di H. Pylori prevede un ciclo di 7-10 giorni di PPI, amoxicillina e claritromicina (o metronidazolo). Nel caso di allergia alla penicillina lo schema prevede PPI, claritromicina e metronidazolo.
Comunque esistono numerosi altri schemi terapeutici . In questi ultimi anni, considerato che la frequenza di fallimento della terapia è andata aumentando nel tempo, si consiglia un ciclo di 14 giorni .

RenatoRossi

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 25/11/2026 alle ore 5:51 | Pagina 1 di 2

Bibliografia

1. Moayyedi PM et. American College of Gastroenterology and Canadian Association of Gastroenterology clinical guideline: Management of dyspepsia. Am Gastroenterol. Pubblicato online il 20 giugno 2017.

2. NICE Guidance. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. www.nice.org.uk/Guidance/CG184

3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5681

4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6390

5. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6574