Nuove linee guida americane sulla dispepsia

Data 09 novembre 2005
Categoria gastroenterologia

L'American Gastroenterological Association (AGA) ha aggiornato le sue linee guida sulla dispepsia, che datavano 1998.

Per dispesia si intende dolore o fastidio cronico o ricorrente ai quadranti addominali superiori. I pazienti con pirosi o rigurgito acido hanno di solito un reflusso gastro-esofageo (RGE) e non dovrebbero essere classificati come dispeptici, anche se vi sono numerosi casi di sovrapposizione sintomatologica. Circa il 10% dei soggetti con dispesia ha un'ulcera peptica, ma in molti casi non si trovano anomalie; in altri casi la dispesia può essere causata da Helicobacter Pylori (HP).
Per i soggetti > 55 anni con dispepsia di recente insorgenza oppure se vi sono segni di allarme (storia familiare di cancro gastrico, perdita di peso, emorragia digestiva, progressiva disfagia, odinofagia, anemia sideropenica inspiegata, vomito persistente, ittero, massa addominale palpabile o linfoadenopatia) è indicata una esofagogastroduodenoscopia (EGDS).
Per i soggetti < 55 anni e senza segni di allarme la strategia consigliata è l'esecuzione di un test per la ricerca di HP, eradicazione se positivo, seguita da soppressione gastracida se i sintomi persistono.
I test di scelta per l'HP sono l'urea breath test oppure la ricerca di antigeni fecali mentre i farmaci consigliati per la soppressione gastracida sono gli inibitori di pompa protonica (PPI).
Se la ricerca di HP risulta negativa si dovrebbe tentare un PPI per 4-8 settimane.
Per i pazienti che rispondono alla eradicazione o alla terapia con PPI non è di solito necessario procedere ad ulteriori accertamenti. Nei soggetti giovani che rimangono sintomatici nonostante la terapia eradicante o con PPI la EGDS generalmente non è utile perchè è bassa la probabilità di scoprire una malattia organica.
La EGDS è l'accertamento consigliato quando si deve procedere ad un esame strumentale in quanto è più accurata della radiografia delle vie digestive superiori e permette un prelievo bioptico e la ricerca di HP.
Le linee guida riconoscono che vi sono soggetti che, nonostante adeguato trattamento e appropriate indagini di laboratorio e strumentali, rimangono sintomatici e sono di difficile gestione. In tali casi sono possibili terapie alternative come i procinetici, gli antidepressivi, la terapia psicologica. Tuttavia l'utilità di tali approcci rimane da definire.
Infine un richiamo alla cautela: nelle popolazioni ad alta incidenza di cancro gastrico anche in individui giovani può essere necessario un approccio diverso.

Fonte: Gastroenterology. 2005; 129:1753-1780.

Commento di Renato Rossi

Queste linee guida sono un utile strumento per trattare il paziente dispeptico, con due osservazioni a margine:
1) prima di passare alla strategia test and treat può valere la pena di utilizzare una terapia empirica a base di antiacidi e/o procinetici per circa 10-15 giorni: non è raro assistere, nella pratica di tutti i giorni, alla scomparsa dei sintomi, con risparmio di denaro per il paziente (nella dispepsia i PPI non sono ammessi al rimborso del SSN); in quest'ottica si possono utilizzare anche gli anti H2 che, con l'avvento dei farmaci generici, non costituiscono per molti pazienti un aggravio di spesa importante
2) nei soggetti che non rispondono alla terapia eradicante o ai PPI è difficile non prescrivere una EGDS (ed eventualmente un' ecografia dell'addome superiore): anche nei soggetti giovani e senza segni di allarme l'esame infatti può avere una utilità non trascurabile nel rassicurare il paziente (e anche il medico) sulla bontà della diagnosi; e questo, a parere di chi scrive, rimane vero nonostante le linee guida affermino che la rassicurazione ottenuta è raramente efficace nei soggetti molto ansiosi.