Dispepsia funzionale: come affrontarla?

Data 03 agosto 2007
Categoria gastroenterologia

Nella dispepsia funzionale la strategia "test and treat" sembra quella da preferire.

In questo studio sono stati reclutati oltre 722 pazienti affetti da sintomi di tipo dispeptico, randomizzati a tre strategie diverse:
1. esomeprazolo 20 mg x 2/die per una settimana
2. urea breath test per ricerca Helicobacter Pylori ed eventuale eradicazione
3. esomeprazolo 20 mgx2/die per una settimana seguito da urea breath test ed eventuale eradicazione dell'Helicobacter Pylori
In seguito la gestione dei pazienti è stata lasciata alla libera decisione dei medici curanti (e questo è un limite dello studio in quanto non sappiamo come siano stati trattati i pazienti e se le terapie successive possoano o meno aver influenzato gli esiti anche se, trattandso di uno studio randomizzato, non dovrebbe è probabile che i trattamenti scelti dei medici curanti nei tre gruppi siano stati sovrapponibili).
Dopo 12 mesi sono stati valutati vari end-point: gravità dei disturbi, qualità di vita, numero di giorni liberi dai sintomi dispeptici. Non risultarono difefrenze statisticamente significative fra le tre strategie. Tuttavia il numero degli esami endoscopici e i costi erano significativamente maggiori nel gruppo trattato con terapia empirica (gruppo 1).
I pazienti eradicati perchè trovati portatori dell'Helicobacter Pylori riferivano più giornate libere dai sintomi, un minor uso di farmaci antisecretivi e una maggior soddisfazione rispetto ai pazienti Helicobacter negativi.

Fonte:
Jarbol DE et al. Proton pump inhibitor or testing for Helicobacter pylori as the first step for patients presenting with dyspepsia? A cluster-randomized trial. American Journal of Gastroenterology 2006 Jun; 101:1200-8

Commento di Renato Rossi

L'approccio alla dispepsia non ulcerosa non altrimenti indagata è ancora oggetto di discussione ma attualmente vi è un consenso generale nel seguire un algoritmo di questo tipo :
a) 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).
b) 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; se la ricerca di HP risulta negativa si dovrebbe tentare un PPI per 4-8 settimane.
c) per i pazienti che rispondono alla eradicazione o alla terapia con PPI non dovrebbe di solito essere necessario procedere ad ulteriori accertamenti
d) 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, tuttavia spesso viene richiesta sia per motivi medico-legali che per tranquillizzare il paziente.
e) 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 anche se l'utilità di tali approcci rimane da definire.
In realtà gli studi sulla eradicazioni di HP nella dspepsia hanno dato risultati in parte divergenti ma una revisione Cochrane conclude che nei pazienti HP positivi il beneficio seppur piccolo è statisticamente significativo (con un NNT = 14) e che, nonostante siano auspicabili ulteriori ricerche, è probabile che il rapporto costi/benefici sia favorevole.

Referenze

1. Gastroenterology. 2005 November ; 129:1753-1780
2.http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002096.html