



Un disturbo ampio, riferito alla cattiva digestione, che comprende vari sintomi: dal rigurgito acido, alla piroisi retro sternale, fino al dolore epigastrico

La dispepsia

Il paziente affetto da dispepsia riferisce spesso di essere “gonfio”, o “pieno d’aria”. Questi ultimi sintomi possono suggerire una aerofagia o possono indicare una sindrome del colon irritabile. Nella dispepsia, inoltre, è spesso presente la nausea e non occasionalmente un ulteriore sintomo associato può essere rappresentato dalla sonnolenza.

Al paziente che si reca in farmacia lamentando una sintomatologia di recente insorgenza è giustificabile il consiglio di un antiacido, un antimeteorico, fermenti lattici, ma sta alla sensibilità del professionista interpellato indirizzare il paziente dal suo medico curante per un approfondimento diagnostico o un perfezionamento della terapia ricorrendo all’esofagogastroduodenoscopia da

un lato, inibitori di pompa dall’altro, quali omeprazolo, lansoprazolo, pantoprazolo, rabeprazolo, esomeprazolo. Infatti, la dispepsia non è sempre qualcosa di benigno: i sintomi “pericolosi”, soprattutto nei pazienti ultracinquantenni, sono quelli di recente insorgenza accompagnati da dolore addominale. In più devono essere sempre indagati le forme anemiche, il vomito ripetuto, l’ittero, la melena o l’ematemesi, la disfagia, il calo ponderale e ovviamente dati che derivano da un esame obiettivo come ad esempio una massa addominale sospetta. Tutti elementi che fanno pensare ad un quadro neoplastico esofageo o gastrico, oppure ad un esofago di Barrett. Importante anche chiedere se si utilizzano antinfiammatori o cortisonici.

di Attilio Carli
medico

PRINCIPALI CAUSE

■ Gastroenteriche:

patologia esofago (esofagite, rge, mрге ecc), stomaco (gastrite, ulcera gastrico-duodenale, correlata o meno alla positività x Hp), patologie infettive e neoplastiche del tratto GE.

■ Non gastroenteriche:

malattie renali, tiroidee, iperparatiroidismo, diabete, utilizzo di farmaci, specie antinfiammatori non steroidei, antibiotici, estrogeni, forme ansioso-depressive.

Il disturbo

Riguardo la frequenza del disturbo, si ritiene che la dispepsia sia presente in circa il 10-20% della popolazione, una percentuale quindi molto alta. Non tutti questi soggetti si recano dal medico e per questa ragione si pensa che la percentuale sia sottostimata.

Si può definire la dispepsia come "funzionale" quando il paziente non ha una sottostante patologia organica ma ad esempio un quadro di discinesia della muscolatura di stomaco, piccolo intestino, colon e colecisti (come nel caso delle discinesie biliari). Nella genesi dei cosiddetti disturbi funzionali entrano alcune componenti: quella nervosa che alcuni valutano all'interno della funzione dei nervi motori (contrazione = dolore) e della sensibilità (le sensazioni "fisiologiche" che vengono percepite come abnormi oppure il concetto di ipersensibilità viscerale). Anche l'eventuale sviluppo di flora batterica intestinale può dar luogo a disturbi "funzionali".

Inoltre forme d'ansia e depressione diminuiscono la soglia fisiologica del dolore e della sua percezione. Come spesso accade in ambito medico, la distinzione tra disturbo funzionale e organico può essere sfocata. Da qui l'attenzione del sanitario nel non fornire un giudizio diagnostico a priori sui sintomi, senza aver approfondito il quadro generale del paziente.

Il decorso del disturbo è normalmente cronico; si possono presentare periodi con scarsa sintomatologia e periodi con un'accentuazione dei sintomi. I sintomi spesso sono in relazione con l'assunzione di alcuni cibi (latticini, cibi grassi, verdura, ecc). Occorre in questo caso fare chiarezza sul fatto che il paziente viene talvolta indirizzato ad effettuare test per presunte intolleranze alimentari: è necessario fare molta attenzione e valutare caso per caso, anche se indubbiamente può capitare che il sintomo "dispepsia" possa essere associato ad intolleranze alimentari.

La diagnosi

Una dispepsia che non convince il clinico deve essere indagata con un panel di esami che comprende: esami del sangue e delle feci, esofagogastroduodenoscopia (EGDS) + biopsia, colonscopia, ecografia anse intestinali, pH metria esofagea, ecografia addominale (colecisti): la scelta è in relazione alla situazione specifica.

Tali approfondimenti diagnostici sono effettuati allo scopo di identificare malattie di esofago, stomaco e intestino da un punto di vista anatomico e istologico al fine di valutare eventuali alterazioni.

Si può anche ricorrere a: esofagramma baritato, pasto opaco, clisma opaco, fino a TC o RM.

Le metodiche endoscopiche e radiografiche valutano problemi anatomici, ma solo l'EGDS permette di fare una diagnosi anche di carattere istologico. Da qui la diminuzione degli esami radiografici che prevedono un mezzo di contrasto baritato (rx pasto opaco e clisma opaco) da prevedere solo in casi selezionati, in quanto si corre molto spesso il rischio di dover effettuare un ulteriore esame endoscopico qualora l'esame radiografico non dia le risposte necessarie, con conseguente disagio per il paziente che deve effettuare due esami e due preparazioni. Inoltre, per la valutazione, per esempio, del piccolo intestino, alla diagnostica radiografica standard con mezzo di contrasto, che ha l'unico vantaggio di un costo più basso, si preferisce la tomografia assiale computerizzata o la risonanza magnetica, in casi comunque ben selezionati.

L'ecografia addominale, metodica diagnostica estremamente usata e forse anche abusata, identifica situazioni normalmente non intestinali. Esame semplice, di costo sociale moderato, questo esame viene di solito richiesto per una sospetta patologia della colecisti: la colelitiasi infatti è una forma che molto di frequente, si stima in più del 50% dei casi, non causa sintomi, ma può es-

SINTOMATOLOGIA

- dolore addominale sovra ombelicale
- eruttazioni
- nausea con o senza vomito
- distensione addominale oggettiva o riferita
- senso di ripienezza addominale anche senza aver introdotto molto cibo
- sensazione di sazietà precoce
- sonnolenza

approfondimento


disturbi gastro-intestinali

sere motivo di dispepsia. Nei soggetti con dispepsia, l'EGDS viene consigliata, a secondo delle linee guida, dai 45, 50, 55 anni in su (Maastricht European Consensus del 2000, American Digestive Health Foundation 1999), dopo aver iniziato una terapia empirica a base di inibitori della pompa protonica. Nel caso di una terapia inefficace, è giustificata la prescrizione dell'EGDS, anche allo scopo di valutare la presenza o meno dell'*Helicobacter pylori*.

Il consiglio

Effettuata diagnosi di dispepsia funzionale, dopo il doveroso iter clinico e anamnestico, il paziente deve essere informato sulla sintomatologia e sulle opzioni comportamentali. Il paziente deve essere a conoscenza che la dispepsia funzionale non implica una differenza nell'aspettativa

di vita, anche se può indubbiamente inficiarne la qualità. Per questo motivo l'approccio da parte del medico curante deve essere quanto più ampio possibile: ambito psicologico, alimentare (consigli dietetici), valutazione caso per caso per terapie complementari (es. agopuntura). Inoltre, la difficoltà di individuare una terapia specifica per la dispepsia deriva dal fatto che la sintomatologia è il più delle volte soggettiva con la conseguenza che, in ambito di ricerca, la risposta soggettiva è molto più difficile da valutare rispetto ad una risposta oggettiva del paziente. A ciò si aggiunge il fatto che la terapia odierna della dispepsia funzionale è sintomatologica e non eziologica, in quanto non ne è ben chiara ancora oggi la causa. Si può agire anche sull'alimentazione, consigliando una dieta povera di grassi e cibi complessi. Meglio preferire un'alimentazione

leggera, ovvero una dieta cosiddetta mediterranea, diminuendo la quantità di cibo per pasto e preferendo pasti leggeri e frequenti. Occorre inoltre evitare di coricarsi subito dopo i pasti e risulta utile svolgere una costante attività fisica. 

L'HELICOBACTER PYLORI

Anche nella dispepsia, non si può non accennare al ruolo di un batterio come l'HP, che è riconosciuto come la causa principale dell'ulcera peptica e la cui eradicazione porta alla guarigione della forma ulcerosa. La terapia eradicante prevede un'associazione triplice di farmaci (American Journal of Gastroenterology 2005 – De Vault et al.): inibitore della pompa protonica + claritromicina + amoxicillina o metronidazolo, due volte al dì per 7 giorni).

JALMA® collutorio

JALMA® collutorio antiplacca



*Grazie alla particolare formulazione e al contenuto di *Triticum vulgare* svolgono un'azione lenitiva e detergente, contribuiscono ad una corretta azione riepitelizzante della mucosa orale, rendono il microambiente orale fresco e sano, prevengono la formazione della carie, rinfrescano il cavo orale.*

JALMA® collutorio antiplacca contiene Triclosan che riduce la formazione della placca batterica e non provoca pigmentazione sui denti.



La linea JALMA® agisce su tutto il cavo orale e salvaguarda la salute della mucosa, dei denti e delle gengive. La linea JALMA® non contiene saccarosio nè glutine

Prodotto da: **FARMACEUTICI**
DAMOR

Via Scaglione n°27, 80 145 Napoli
Tel: +39 081 2389111 - Fax: +39 081 7405172
damor@farmadamor.it