

LA DISPEPSIA FUNZIONALE

1

La **dispepsia funzionale** (DF) è uno dei disturbi gastrointestinali più comuni (prevalenza nella popolazione mondiale del 10-30%). (1,2,3)

Il termine dispepsia significa “cattiva digestione” (dys cattiva; peptien digestione). Medici e pazienti da sempre hanno interpretato i sintomi relativi in modo eterogeneo e non univoco generando confusione. Peraltro, nella pratica clinica, molti pazienti presentano anche associati sintomi suggestivi di altri disordini gastrointestinali (malattia da reflusso gastro-esofageo, gastrite, sindrome dell’intestino irritabile), rendendo difficile la definizione del quadro ed anche la sua gestione.

Il fumo, l’obesità, l’eccessiva assunzione di alcolici e di cibi grassi, possono essere associati a sintomi dispeptici (4,5).

Oggi, in accordo con i criteri di Roma IV la DF è caratterizzata da uno o più dei quattro sintomi seguenti, non associati a patologia organica, sistemica o metabolica (6,7):

- sazietà precoce: sensazione di ripienezza immediatamente dopo l’inizio del pasto, indipendente dalla quantità di cibo tale da impedire il termine del pasto
- ripienezza postprandiale: sensazione spiacevole di persistenza prolungata del cibo nello stomaco
- dolore epigastrico
- bruciore epigastrico

Gli stessi criteri, in base ai sintomi, individuano tre categorie di DF:

- **Postprandial Distress Syndrome** (PDS) ove prevalgono la sazietà precoce e la ripienezza postprandiale (38% dei casi)
- **Epigastric Pain Syndrome** (EPS) ove prevalgono dolore e/o bruciore a digiuno o dopo pasto (27% dei casi)
- **Forme miste** a sovrapposizione sintomatica (35% dei casi)

I meccanismi fisiopatologici della DF si possono riassumere in due grandi categorie: anomalie della motilità intestinale, della sensibilità viscerale gastrointestinale associate ad una aumentata permeabilità della mucosa intestinale (ipersensibilità e/o infiammazione da varie cause), a cui si associano polimorfismi genetici, fattori psicosociali ed alterazioni dell’asse intestino-cervello. (8,9)

Peraltro, in circa 1/3 di casi di dispepsia cronica funzionale è implicato il reflusso biliare duodeno-gastrico; spesso succede nei soggetti colecistectomizzati; in questi casi la classica terapia con antiacidi è controindicata. (10)

L’approccio terapeutico parte con le rassicurazioni sulla natura benigna della sindrome (11). Solo in casi di segni e sintomi di allarme (calo ponderale, sanguinamento, disfagia, vomito...), si deve procedere a gastroscopia diagnostica.

Le modifiche dello stile di vita insieme alla sospensione di aperitivi, pomodoro, agrumi, legumi, spezie, caffè, fumo, alcool, FANS... sono comunemente raccomandate, anche se non ci sono ad oggi chiare evidenze a supporto (12).

Il trattamento e la eradicazione della eventuale concomitante infezione da *Helicobacter pylori* comporta un piccolo ma statisticamente significativo beneficio nei pazienti con DF.

I farmaci inibitori della pompa protonica (omeprazolo, rabeprazolo e similari) sono ampiamente utilizzati nel trattamento della DF, sebbene il valore della inibizione acida gastrica non sia stato confermato in maniera univoca e conclusiva. (13)

¹ Dott Basilico Mauro Via Val Maira 14 Milano

I farmaci procinetici (domperidone, metoclopramide) sono comunemente usati nel trattamento della DF. Ed hanno dimostrato superiorità terapeutica rispetto al placebo.

La terapia, di seconda linea, con psicofarmaci (amitriptilina) apporta un beneficio significativo nella DF.(14)

Modifiche dello stile di vita nelle forme di DF lievi o intermittenti possono essere sufficienti per migliorare i sintomi; gli inibitori di pompa ed i procinetici sono una appropriata scelta in tutte le altre condizioni cliniche per un periodo di 4-8 settimane. Nello specifico l'inibitore di pompa ha particolare indicazione nelle forme EPS con dolore/bruciore; nelle forme PDS prevale il beneficio del procinetico. Nei casi di inadeguata risposta la associazione con antidepressivo può essere considerata.

Tuttavia, oggi la terapia della DF risulta ancora troppo spesso insoddisfacente; sono ancora necessari ulteriori studi di approfondimento per individuare le terapie più appropriate.

Bibliografia

- 1) Mahadeva S, et al. Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective. *World J Gastroenterol* 2006;12,2661
- 2) Olafar S. Palsson, et al. Prevalence of Rome IV Functional Bowel Disorders among adults in United States, Canada and United Kingdom. *Gastroenterology* 158;1262: 2020
- 3) Ami D. Sperber, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders. Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology* 160;99: 2021
- 4) Ford AC et al. Dyspepsia. *BMJ* 2013;29:347
- 5) Enck P, et al. Functional dyspepsia. *Nat. Rev. Dis. Primers* 2017;3:17091
- 6) Sadowsky DC et al. Dyspepsia. *CMAJ* 2015; 187(4): 276
- 7) Stanghellini V, Talley NJ, et al. Rome IV – Gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1380
- 8) Van der Houte K et al. Mechanisms underlying food-triggered symptoms in disorders of gut-brain interactions. *Am J Gastroenterol* 2022; 117: 937
- 9) Brian E. et al . Update in functional dyspepsia and bloating. *Curr Opin Gastroenterol* 2022,38,613
- 10) Lake Andrew et al. Bile reflux gastropathy and functional dyspepsia. *J Neurogastroenterol Motil* 2021;27(3):400
- 11) Yamawaki H et al. Management of functional dyspepsia: state of the art and emerging therapies. *Therapeutic advances in chronic disease.* 2018;9(1):23
- 12) Popa S.L. et al: Exclusion diet in functional dyspepsia. *Nutrients* 2022; 14:2057
- 13) Moayyedi P, et al. The efficacy of proton pump inhibitors in non-ulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. *Gastroenterology* 2004;127:1329
- 14) Talley NJ, et al. Antidepressants in functional dyspepsia. *Ex.Rev.Gastroenterol Hepatol* 2010;4:5