

μα, που χαρακτηρίζεται ή συνοδεύεται από επιγαστρική πληρότητα, πρώιμο κορεσμό, μετεωρισμό (φούσκωμα) ή ναυτία. Τα συμπτώματα πρέπει να έχουν διάρκεια τουλάχιστο 12 εβδομάδων, όχι απαραίτητα συνεχών, το παρελθόν έτος,<sup>1</sup> χωρίς αυτό να είναι αναγκαίο στην πρώτη προσβολή.

Ο οπισθοστερνικός καύσος, ως αποκλειστικό σύμπτωμα, και η «δυσπεψία» που συνοδεύει τις εναλλαγές των κενώσεων ασθενών με ευερέθιστο έντερο, δεν θεωρούνται λειτουργική δυσπεψία.<sup>1,2</sup>

Η διάκριση λειτουργικής και οργανικής δυσπεψίας είναι αδύνατη με βάση μόνο τη συμπτωματολογία. Η λειτουργική δυσπεψία διαγιγνώσκεται εξ αποκλεισμού, αν η ενδοσκόπηση (με ή χωρίς έλεγχο της λοιπής άνω κοιλίας) στην έξαρση των συμπτωμάτων χωρίς θεραπεία δεν αναδειξει οργανικές ή βιοχημικές αιτίες των συμπτωμάτων.<sup>1,2</sup>

Η λειτουργική δυσπεψία ταξινομείται βάσει του πλέον βασιανιστικού συμπτώματος ως *ελκωτική* (άλγος), *δυσκινητική* (δυσφορία) και *μικτή* (δεν κυριαρχεί κάποιο σύμπτωμα). Η διάκριση έχει μειονεκτήματα, επειδή το προέχον σύμπτωμα αλλάζει χαρακτήρα διαχρονικά, αλλά ενέχει ερευνητική και θεραπευτική αξία.<sup>1</sup>

Έχουν διατυπωθεί αρκετές αλλά ασαφείς αιτιοπαθογενετικές υποθέσεις,<sup>3</sup> όπως διαταραχές κυτταρικών μηχανισμών, της νευροορμονικής ομοιοστασίας, της νευρομεταβιβαστικής δραστηριότητας που ελέγχει τη σπλαχνική αισθητικότητα κ.ά. Ανάλογα με την υπόθεση, προτείνονται διαταραχές της κινητικής λειτουργίας<sup>3,4</sup> (π.χ. γαστρική υπερευαισθησία από μηχανική διάταση, ουσίες της τροφής ή υδροχλωρικό οξύ),<sup>5</sup> γαστρεντερικών αντανεκλαστικών,<sup>6</sup> ψυχολογικές<sup>7</sup> κ.ά. Μερικές υποθέσεις έχουν τεκμηριωθεί ερευνητικά, χωρίς τα δεδομένα να έχουν μεταφερθεί στην καθημερινή κλινική πράξη. Παραμένει ασαφές αν οι «τεκμηριωμένες» σωματικές ή ψυχολογικές διαταραχές είναι αίτιο ή επιφαινόμενα των πραγματικών διαταραχών.

Ο επιπολασμός του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού στη λειτουργική δυσπεψία είναι 30–60%.<sup>1-3</sup> Η λοίμωξη προκαλεί πιθανώς συμπτώματα λειτουργικής δυσπεψίας μέσω διαταραχών της γαστρικής ομοιοστασίας και της αντροπυλωρικής κινητικότητας. Η ένταση των διαταραχών ποικίλλει με τη χρονιότητα της λοίμωξης και τη βαρύτητα και έκταση της γαστρίτιδας. Η αποκατάστασή τους μετά την εκκρίζωση του επιπολασμού του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού είναι βραδεία.<sup>8</sup>

## Λειτουργική δυσπεψία

Η λειτουργική δυσπεψία (ΛΔ) ορίζεται ως άλγος ή «δυσφορία» στο ιδίως επιγάστριο. Η «δυσφορία» είναι υποκειμενικό, δυσάρεστο, αλλά ανώδυνο ενόχλη-

Η πλειάδα θεραπειών της λειτουργικής δυσπεψίας αντανακλά την ασαφή αιτιοπαθογένεια και τα πενιχρά θεραπευτικά αποτελέσματα.

Ποσοστό 20–60% των ασθενών βελτιώνεται με εικονική θεραπεία ή την ανακοίνωση της αρνητικής γαστροσκόπησης.<sup>1-3</sup>

Πολλοί ασθενείς δεν χρειάζονται φάρμακα αλλά ενασχόληση με τα προβλήματά τους και η απογοήτευση από τους «κλασικούς» γιατρούς αντανακλάται στο υψηλό ποσοστό (>50%) που προσφεύγει σε «εναλλακτικές» ή παραδοσιακές θεραπείες.

Συνιστώνται μικρά, συχνά γεύματα, αποφυγή καπνού, καφέ, οιοπνεύματος, λίπους και τροφών που προκαλούν συμπτώματα. Η αξία των μέτρων αυτών δεν έχει τεκμηριωθεί με κλινικές μελέτες.<sup>1</sup>

Τα αντιόξινα ανακουφίζουν μερικούς ασθενείς, αλλά δεν υπερέχουν της εικονικής θεραπείας.

Τα αποτελέσματα μελετών με ανταγωνιστές των H<sub>2</sub> υποδοχέων και ευκινητικά είναι αντικρουόμενα, αλλά μετα-αναλύσεις δείχνουν κατά 20% υπεροχή των ανωτέρω έναντι εικονικής θεραπείας.<sup>9</sup> Οι ανταγωνιστές της αντλίας πρωτονίων υπερέχουν επίσης της εικονικής θεραπείας.<sup>10</sup>

Η θεραπευτική αξία της βιοανάδρασης, της υπνοθεραπείας και φαρμάκων κατά διαταραχών της σπλαχνικής υπερευαισθησίας, κινητικότητας, ναυτίας και κατάθλιψης δεν έχει τεκμηριωθεί.<sup>1,3</sup>

Συνήθως χορηγείται εμπειρική θεραπεία για 2–4 εβδομάδες βάσει του τύπου της λειτουργικής δυσπεψίας και, συγκεκριμένα, ευκινητικά για δυσκινητική και αντιεκκριτικά για ελκωτική λειτουργική δυσπεψία. Αν εντός 2 εβδομάδων δεν αποδώσουν τα ευκινητικά, χορηγούνται αντιεκκριτικά και αντιθέτως. Αν τα συμπτώματα υποτροπιάσουν, χορηγείται ξανά το φάρμακο που ανακούφισε τον ασθενή. Για επίμονα συμπτώματα χορηγείται συνεχής θεραπεία.

Στο 2ο πλαίσιο ομοφωνίας του Maastricht, η εκρίζωση του επιπολασμού του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού θεωρήθηκε «επαρκώς αλλά όχι αναμφίβολα τεκμηριωμένη» θεραπεία ασθενών με λειτουργική δυσπεψία, που θα ανακουφίσει μακροπρόθεσμα τα συμπτώματα ασθενών με ελκωτική λειτουργική δυσπεψία.<sup>11</sup> Όντως, 10–15% των ασθενών βελτιώνονται μετά τουλάχιστον ένα έτος από την εκρίζωση του επιπολασμού του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού,<sup>8</sup> ποσοστό ανάλογο της υπεροχής των αντιεκκριτικών έναντι της εικονικής θεραπείας. Πολλοί ειδικοί όμως εναντιώνονται στη θεραπεία, αμφισβη-

τώντας την αξία της ή θεωρώντας ότι πρέπει να εκτιμηθεί ο βαθμός της προσδοκώμενης συμπτωματικής βελτίωσης έναντι πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών.

**Γ.Ι. Μάντζαρης**

*Α' Γαστρεντερολογική Κλινική,  
ΠΓΝΑ «Ευαγγελισμός»*

1. TALLEY NJ, STANGHELLINI V, HEADING RC, KOCH KJ, MALAGELADA JR, TYTGAT GNJ. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999, 45 (Suppl II):1137–1142
2. TALLEY NJ, SILVERSTEIN MD, AGREUS L, NYREN O, SONNENBERG A, HOLT-MANN G. AGA. Technical Review: Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998, 114:582–595
3. TALLEY NJ, COLLIN-JONES D, KOCH KJ, KOCH M, NYREN O, STANGHELLINI V. Functional dyspepsia: a classification with guidelines for diagnoses and management. *Gastroenterol Int* 1991, 4:141–160
4. MALAGELADA JR. Gastrointestinal motor disturbances in functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991, 26(Suppl 182):29–32
5. MEARIN F, CUCAL M, AZPIROZ F, MALAGELADA JR. The origin of symptoms on the brain-gut axis in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1991, 101:999–1006
6. LEMANN M, DEDERDING JP, FLOURIE B, FRANCHISSEUR C, RAMBAUD JC, JIAN R. Abnormal perception of visceral pain in response to gastric distention in chronic idiopathic dyspepsia: the irritable stomach syndrome. *Dig Dis Sci* 1991, 36:1249–1254
7. LANGELUDECKE P, GOULSTON K, TENNANI C. Psychological factors in dyspepsia of unknown cause: a comparison with peptic ulcer disease. *J Psychosom Res* 1990, 34:215–222
8. MCCOLL KEL. No *H. pylori*: Less dyspepsia? *Gut* 2000, 47:461–464
9. FINNEY JS, KINNERSLEY N, HUGHES M. Meta-analysis of antisecretory and gastrokinetic compounds in functional dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 1998, 26:312–320
10. TALLEY NJ, MEINICHE-SCHMIDT V, PAPE P, DUCK WORTH M, RAISANEN P, PAP A ET AL. Efficacy of omeprazole in functional dyspepsia: double-blind, randomized, placebo-controlled trials (Bond and Opera Studies). *Aliment Pharmacol Ther* 1998, 12:1055–1065
11. Current Concepts in the Management of *H. pylori* infection. The Maastricht Consensus Report 2-2000 (in preparation)