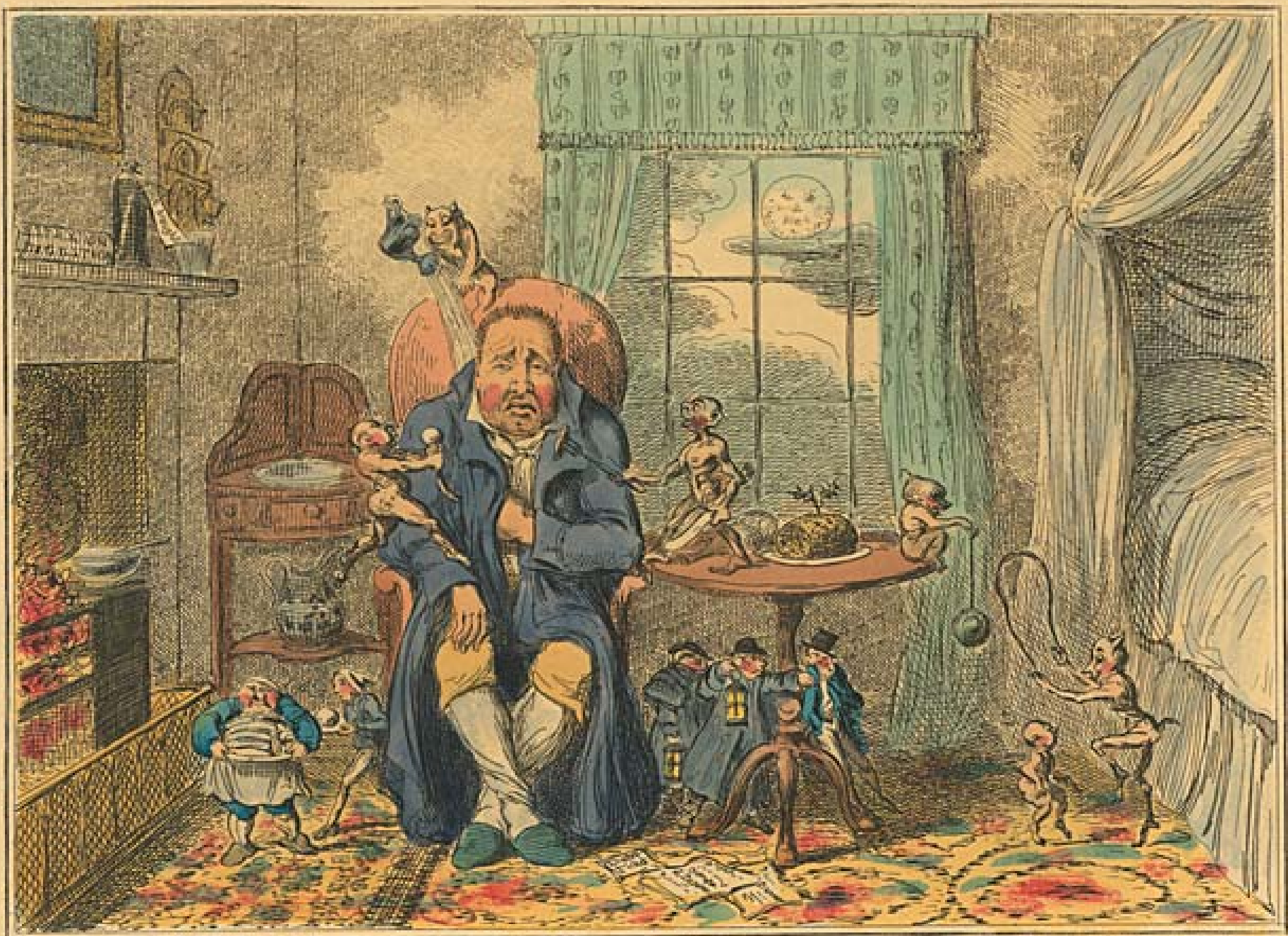




A. Cowgill Engr. del. by G.C.

Indigestion..

Pub. by J. J. & J. 1835 by Tho. M. L. & Co. 16 Regent St.



Δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων
με τις παρακάτω χορηγούς εταιρείες:

PFIZER, JANSSEN ONCOLOGY, SOFMEDICA,
NOVARTIS, ABBVIE, MSD, WINMEDICA,
GENESIS, ROCHE, TAKEDA, ASTELLAS,
AMGEN, ANGELINI, ANTISEL, SERVIER,
BRISTOL-MYERS SQUIBB, ABBOTT, GILEAD,
SANDOZ, BIANEΞ, RONTIS, MAVROGENIS,
AENORASIS, SPECIFAR, KARYO

Άνδρας 42 ετών

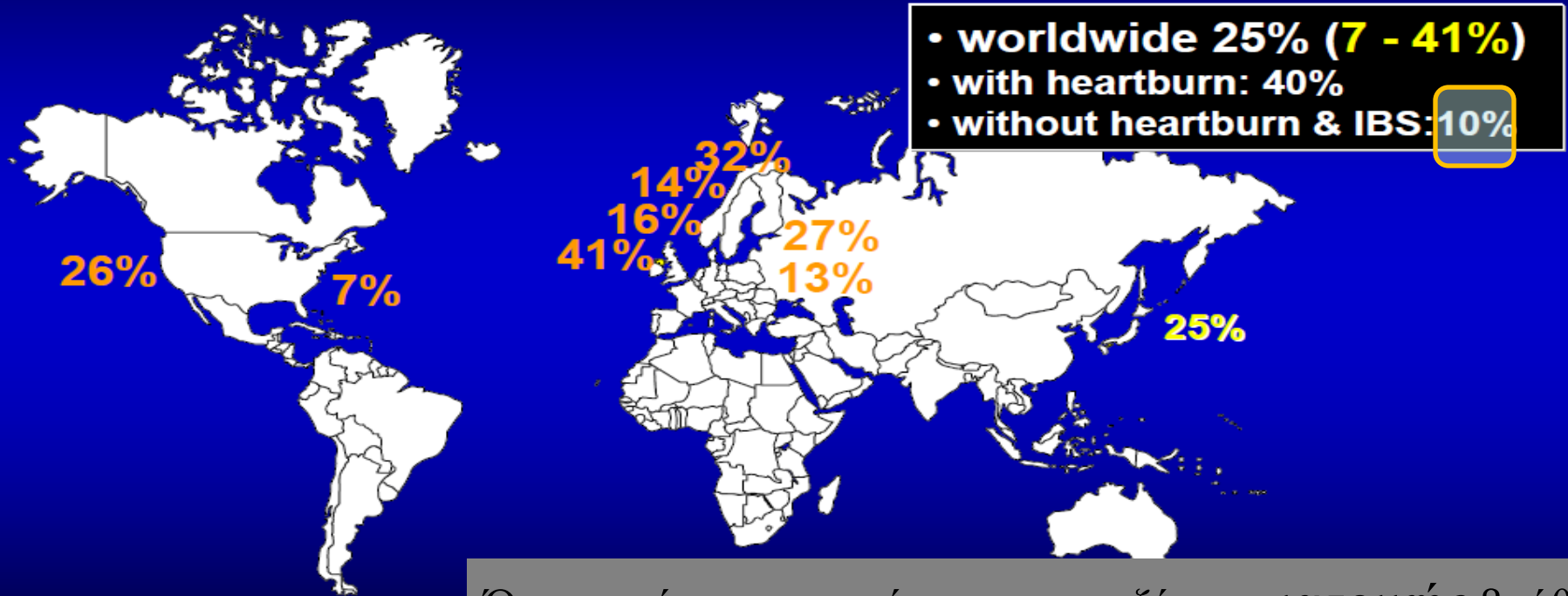
- Οδηγός ταξί : από 3 μήνου δυσπεπτικά ενοχλήματα: Επιγαστρικό βάρος, δυσφορία, ερυγές και πρώιμο κορεσμό σε βαθμό που αδυνατεί να ολοκληρώσει το γεύμα.
- Χωρίς σχέση με κάποιο φαγητό, αλλά δεν μπορεί να ανεχθεί λιπαρά γεύματα και του φούρνου.
- Έχει ερυγές συχνά με την αίσθηση ότι «γεύεται το φαγητό της προηγούμενης ημέρας»
- Δεν τα εμφανίζει καθημερινά, δεν το αφυπνίζουν αλλά είναι επίμονα και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής.
- Χωρίς ανορεξία ή απώλεια βάρους, εμετούς .
- Ανάλογη συμπ/γία και παλαιότερα χωρίς όμως έλεγχο
- Πήρε αντιόξινα χωρίς βελτίωση
- ΑΑ:Ήπια υπέρταση υπό β blockers
- ΟΑ:Μητέρα με έλκος βολβού υποβλήθηκε σε μερική γαστρεκτομή και ΒΠ

Τι πιστεύεται για το άτομο αυτό

1. Απαιτείται ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού
2. Απαιτείται ενδοσκόπηση κατωτέρου πεπτικού
3. Χρειάζεται έλεγχο για ΕΠ λοίμωξη
4. Θεραπεία με αντικαταθλιπτικά
5. Αξονική τομογραφία άνω κοιλίας
6. Κανένα από τα ανωτέρω

δυσπεψία

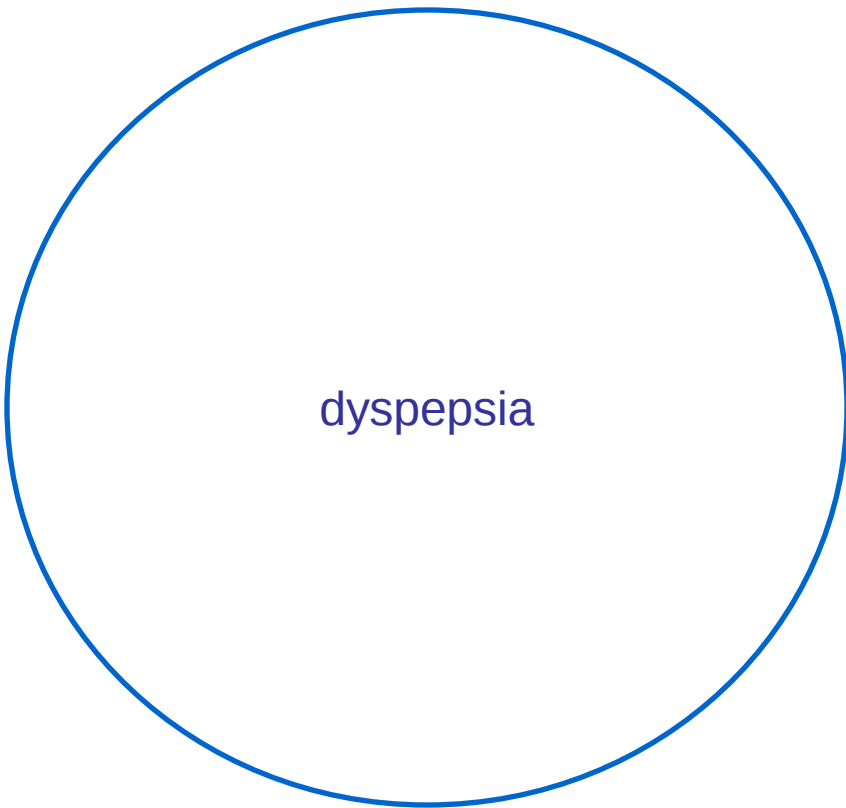
Δυσπεψία είναι κάθε σύμπτωμα από το ανώτερο ΓΕΣ όπως πόνος δυσφορία, αναγωγή, ναυτία και έμετος που ταλαιπωρεί τον ασθενή για αρκετό διάστημα Colin-Jones DG ,



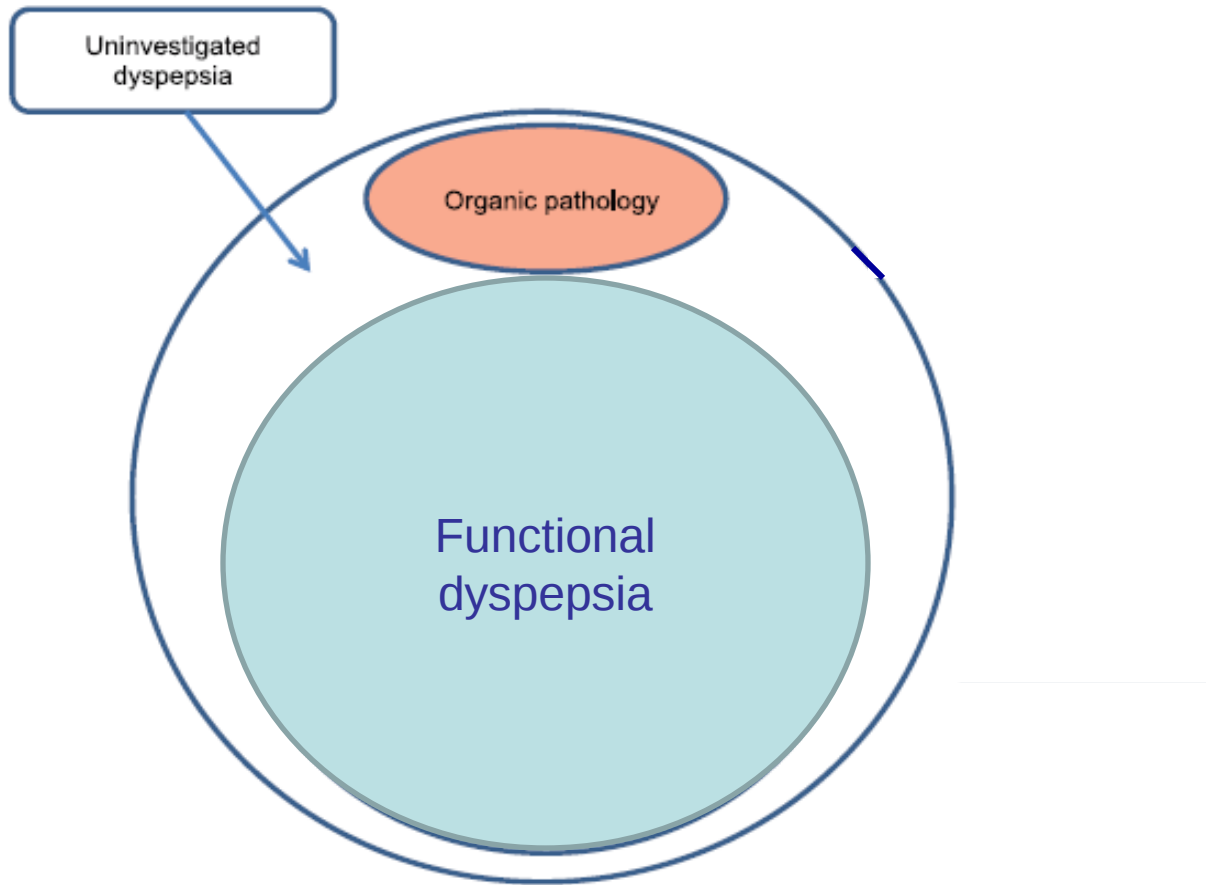
Όμως σπάνια καταφεύγουν σε αναζήτηση ιατρικής βοήθειας

Adapted from:
Locke, Bailliere's Clinical Gastroenterology 1998;12:435-41.

Μεγάλο κόστος: 18.000.000.000\$ μόνο στις USA Lacey BE APT 13



dyspepsia





• Χωρίς οργανική βλάβη- λειτουργική δυσπεψία (60-75%)

Με οργανική βλάβη

- Πεπτικό έλκος, ΓΟΠ, άλγος χοληφόρων, άλγος από κοιλιακό τοίχωμα,
- Κακοήθειες οισοφάγου στομάχου ήπατος παγκρέατος
- γαστροπάρεση
- Παγκρεατίτιδα, δυσαπορρόφηση υδατανθράκων
- φάρμακα (κάλιο, διγοξίνη, σίδηρος θεοφυλλίνη, αντιβιοτικά(αμπικιλίνη, ερυθρομυκίνη) ΜΣΑΦ, κολχικίνη, νιασίνη , γεμφιπροζίλη, ναρκωτικά, κινιδίνη, οιστρογόνα, λεβοντόπα)
- διηθητικές νόσοι (ν Crohn σαρκοείδωση)
- Μεταβολικές διαταραχές -Υπερασβαισταιμία υπερκαλιαιμία)
- Συστηματικές νόσοι (ΣΔ, παρα -και θυρεοειδοπάθειες, νόσοι κολλαγόνου)
- Παθήσεις εντέρου: παρασιτώσεις (λάμβλια, στρογγυλοειδές)-ισχαιμία-δυσαπορρόφηση

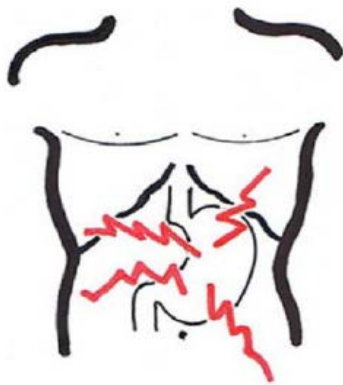
Talley NJ, Gastroenterology 1998 . Fisher RS, N Engl J Med 1998;

προσέγγιση

- Ιστορικό

- Ιστορικό φαρμάκων, χαρακτήρες του άλγους δδ ΣΕΕ.

ΕΟΠ



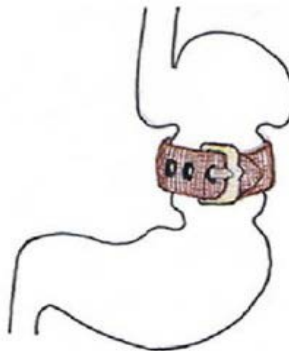
Επιγαστρικός πόνος



Επιγαστρικός καύσος



Μεταγευματινός φόρτος



Πρώιμος κορεσμός

προσέγγιση 2



φυσική εξέταση

Συνήθως φυσιολογική

Παρουσία ευαισθησία στο επιγάστριο:

οργανική = λειτουργική δυσπεψία

Μάζα, λεμφαδένες, ίκτερος, αναιμία, ασκίτης, καχεξία

Εργαστηριακός έλεγχος σχεδόν πάντα φυσιολογικός

- Αδρός έλεγχος συνήθως αρκεί: αποκλεισμός αναιμίας σιδηροπενίας , ηπατική βιοχημεία, ΣΔ, ↑ασβέστιο θυρεοειδοπάθειας

ενδοσκόπηση

- Σ' όλους?
 - Καθησυχάζει τον ασθενή (τουλάχιστον παροδικά)
 - Καθησυχάζει τον ιατρό
 - Πιθανά ευρήματα: σχετικά ή άσχετα με το σύμπτωμα
πχ οισοφαγίτιδα
- Όμως τεράστιο κόστος
- Απασχόληση ιατρικού προσωπικού
- Καθυστερήση ενδοσκόπησης σε εκείνους που πράγματι την χρειάζονται
- Τελικά για τους περισσότερους αρνητικά ευρήματα

Ενδείξεις άμεσης ενδοσκόπησης

Σημεία συναγερμού

Ηλικία (> 45)****

Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου-(φυλής ή οικογενιακό)

- Πρόσφατης έναρξη Δ (ιδίως στις ακραίες ηλικίες)
- Μη επιθυμητή απώλεια βάρους
- Αιμορραγία πεπτικού
- Δυσφαγία, οδυνοφαγία
- σιδηροπενία –αναιμία
- έμετος
- Ψηλαφητή μάζα ή λεμφαδενοπάθεια
- Έκτερος

Talley NJ, Gastroenterology 2005;

*** ηλικιακό όριο που αναφέρεται στην ως άνω Β αναφορά

Cutt off ηλικία για ενδοσκόπηση

- Διαφέρει ανάλογα με τον επιπολασμό γαστρικού καρκίνου στο εκάστοτε πληθυσμό αλλά και από επιλογές μη καθαρά ιατρικές (πχ cost effectiveness)
- Πχ AGA κατευθυντήριες οδηγίες: 55- 65 έτη, αλλά αν ασιατικής, ισπανικής ή αφρικανικής, καραϊβικής καταγωγής 45 -50 έτη Talley NJ, Am J Gastroenterol 2005
- Maastricht I πρότεινε τα 45 έτη Malfertheiner P, Gut 2007
- Maastricht IV πρότεινε τα 55

Limited Value of Alarm Features in the Diagnosis of Upper Gastrointestinal Malignancy: Systematic Review and Meta-analysis

NIMISH VAKIL,^{*,†} PAUL MOAYYEDI,[§] M. BRIAN FENNERTY,^{||} and NICHOLAS J. TALLEY[†]

^{*}Department of Medicine and [†]Section of Gastroenterology, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Wisconsin; [§]McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada; ^{||}Oregon Health and Science University, Portland, Oregon; and [¶]Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota

See CME Quiz on page 659.

Background & Aims: Alarm features such as dysphagia, weight loss, or anemia raise concern of an upper gastrointestinal malignancy in patients with dyspepsia. The aim of this study was to determine the diagnostic accuracy of alarm features in predicting malignancy by performing a metaanalysis based on the published literature. **Methods:** English-language studies were identified by searching MEDLINE, EMBASE, Cochrane Controlled Trials Register, and CINAHL. Cohort studies that measured alarm features and compared them with the endoscopic findings were included. Studies were screened for inclusion by 2 authors who independently extracted the data. Sensitivity, specificity, and likelihood ratios were calculated by comparing the alarm feature with the endoscopic diagnosis. The summary receiver operating characteristic curve method was used to summarize test characteristics across studies. Individual alarm features were also assessed when the study report permitted. **Results:** Eighty-three of 2600 studies met the initial screening criteria; 15 met inclusion criteria after detailed review. These 15 studies evaluated a total of 57,363 patients, of whom 458 (.8%) had cancer. The sensitivity of alarm symptoms varied from 0% to 83% with considerable heterogeneity between studies. The specificity also varied significantly from 40% to 98%. A clinical diagnosis made by a physician was very specific (range, 97%–98%) but not very sensitive (range, 11%–53%). **Conclusions:** Alarm features have limited predictive value for an underlying malignancy. Their use in dyspepsia management strategies needs further refinement and study.

tures is a heterogeneous condition currently labeled functional dyspepsia, an entity in which no explanatory abnormalities are found at endoscopy.

Upper gastrointestinal malignancies are an uncommon cause for dyspepsia but are the source of greatest concern for the treating physicians. Traditionally, clinicians are alerted to the possibility of malignancy by the history and physical examination; alarm features on the clinical

(range, 11%–53%). **Conclusions:** Alarm features have limited predictive value for an underlying malignancy. Their use in dyspepsia management strategies needs further refinement and study.

it is generally believed that these factors indicate a higher probability of malignancy being present.^{3,4}

The value of alarm features in predicting an underlying malignancy in patients with dyspepsia is, however, uncertain, yet these features are often used to drive a more intense diagnostic strategy.³ For example, recently published guidelines recommend that specialist referral for endoscopic investigation (within 2 weeks) is indicated for patients of any age with dyspepsia when presenting with alarm features.³ We performed a systematic review and metaanalysis of the available literature to evaluate the diagnostic accuracy of alarm features in predicting

ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia

Paul M. Moayyedi, MB, ChB, PhD, MPH, FACG¹, Brian E. Lacy, MD, PhD, FACG², Christopher N. Andrews, MD³, Robert A. Enns, MD⁴, Colin W. Howden, MD, FACG⁵ and Nimish Vakil, MD, FACG⁶

- ενδοσκόπηση όλων < 60 ετών με σημεία συναγερμού = χαμηλή ανεύρεση σημαντικών ευρημάτων
- Σε άτομα < 60 ετών με δυσπεψία πιθανότητα καρκίνου < 1%
- Με ανησυχητικά σημεία x2-3
- Ομοίως σε ασθενείς < 60 με δυσπεψία η πιθανότητα καρκίνου παγκρέατος 0,01%
- 1 περίπτωση κακοήθειας

STATEMENT 2. WE DO NOT SUGGEST ENDOSCOPY TO INVESTIGATE ALARM FEATURES FOR DYSPEPSIA PATIENTS UNDER THE AGE OF 60 TO EXCLUDE UPPER GI NEOPLASIA

Conditional recommendation, moderate quality evidence

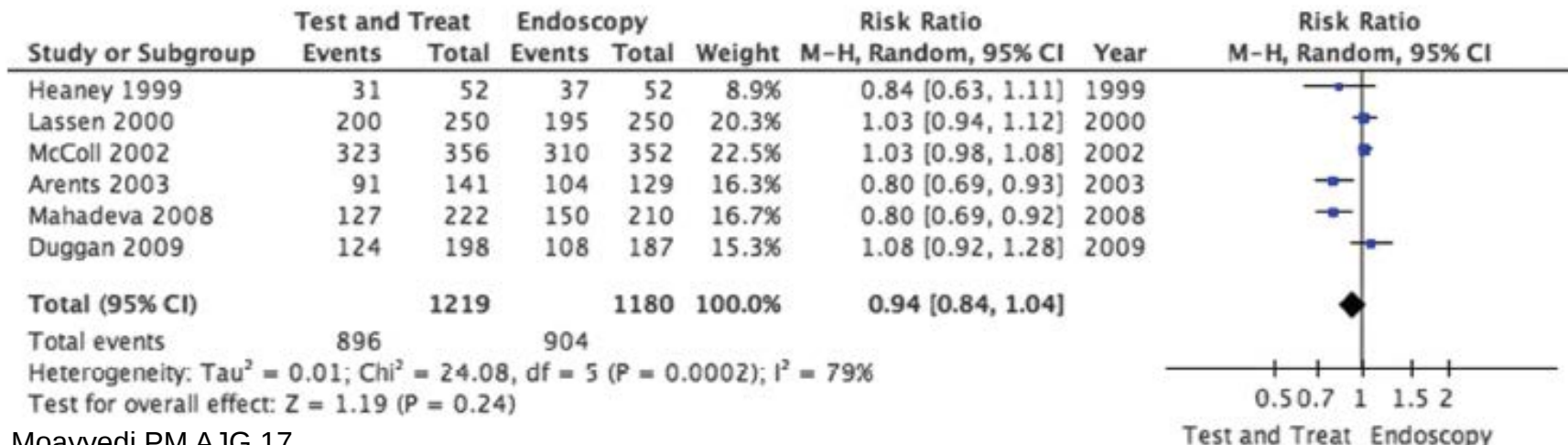
Previous guidelines (10–12) have typically recommended upper GI endoscopy at any age when alarm features (e.g., weight loss, anemia, dysphagia, persistent vomiting) are present. However, a systematic review of seven studies evaluating over 46,000 dyspepsia patients undergoing upper GI endoscopy found that alarm

Νέοι ασθενείς χωρίς ανησυχητικά σημεία

Ενδοσκόπηση ή έλεγχος για ΕΠ

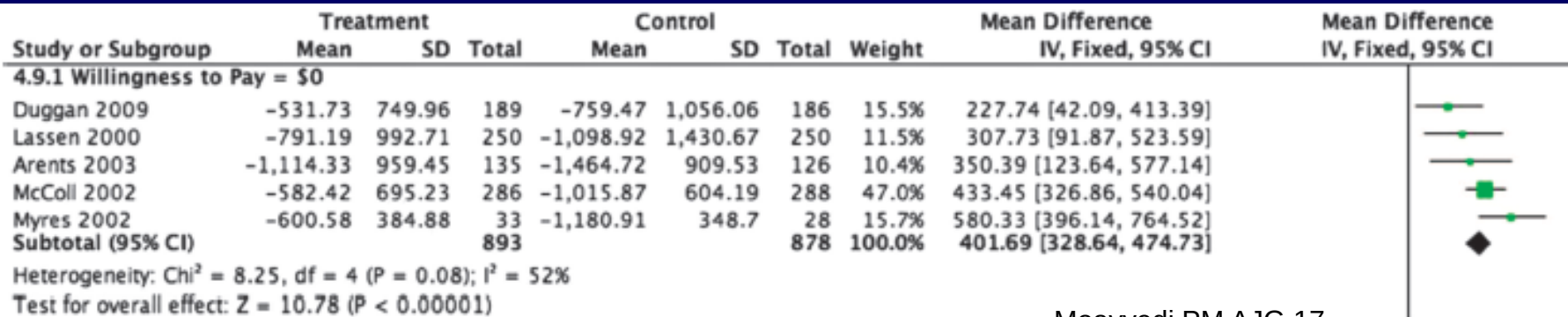
- **Test and treat vs. Ενδοσκόπηση:** 2,399 δυσπεπτικούς: χωρίς διαφορά στην συμπτωματολογία 1 χρόνο μετά , (74 vs. 77%), παρέμειναν συμπτωματικοί
 - Μικρότερο κόστος ο έλεγχος για ΕΠ
 - Σημειώνεται ότι τελικά $\frac{1}{4}$ ασθενείς στην ομάδα που ελέγχθηκε για ΕΠ τελικά υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση
 - NNT 9-14

Test and treat vs. ενδοσκόπηση



Moayyedi PM AJG 17 ,

Κόστος / αποτελεσματικότητα



Moayyedi PM AJG 17 ,

Νέοι ασθενείς χωρίς ανησυχητικά σημεία

έλεγχος ΕΠ vs. εμπειρική αγωγή

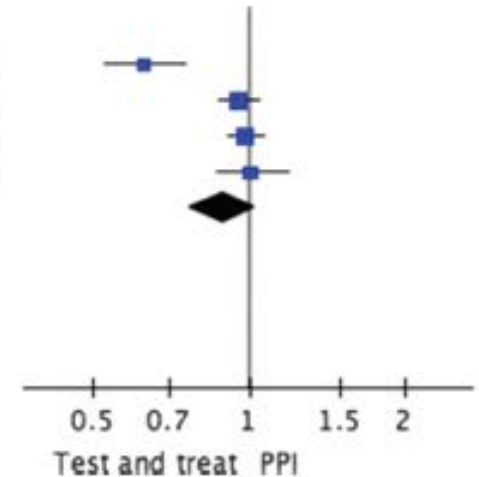
5.1.2 All patients randomised before testing

Manes 2003	61	110	96	109	21.4%	0.63 [0.53, 0.75]	2003
Jarbol 2006	195	250	181	222	27.4%	0.96 [0.87, 1.05]	2006
Delaney 2008	217	265	229	276	28.1%	0.99 [0.91, 1.07]	2008
Duggan 2009	124	198	110	178	23.1%	1.01 [0.87, 1.19]	2009
Subtotal (95% CI)		823		785	100.0%	0.89 [0.77, 1.04]	

Total events 597 616

Heterogeneity: $\text{Tau}^2 = 0.02$; $\text{Chi}^2 = 21.65$, $\text{df} = 3$ ($P < 0.0001$); $I^2 = 86\%$

Test for overall effect: $Z = 1.41$ ($P = 0.16$)



Moayyedi PM AJG 17 ,

της συμπτωματολογίας οδού και του συνολικού

κόστους

Ωστόσο όλες οι μελέτες έγιναν σε πληθυσμούς με

Πιθανά οφέλη με εκκρίωση
επιπολασμό ΕΠ 20—30%

Αν $< 15\%$ η εμπειρική αγωγή είναι
αποτελεσματικότερη

Ο ασθενής έχει τελειώσει την αγωγή προ
7ημερου. Αναφέρει την ίδια
συμπτωματολογία: Τι κάνετε άμεσα

1. U/S ΑΚΚ
2. Ενδοσκόπηση
3. Έλεγχος αποτελέσματος εκρίζωσης (test αναπνοής)
4. Τίποτα από τα ανωτέρω

Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis

Kentaro Sugano,¹ Jan Tack,² Ernst J Kuipers,³ David Y Graham,⁴ Emad M El-Omar,⁵ Soichiro Miura,⁶ Ken Haruma,⁷ Masahiro Asaka,⁸ Naomi Uemura,⁹ Peter Malfertheiner,¹⁰ on behalf of faculty members of Kyoto Global Consensus Conference

Gut 2015;**64**:1353–1367.

ABSTRACT

gastritis remain poorly understood. The discovery

Therefore, the only way in clinical practice is to eradicate the *H. pylori* infection and see whether symptoms resolve or whether additional treatments will be required. The symptomatic gain takes at least 6 months to become significant over no eradication and this has been attributed to the time it takes for gastritis to recover.^{12 59–61}

Ελέγχεται η εκκρίζωση?

- Ναι, αλλά.....

Dyspepsia and gastro-oesophageal reflux disease:

investigation and management of dyspepsia, symptoms suggestive of gastro-oesophageal reflux disease, or both

Clinical guideline (update)

Methods, evidence and recommendations

September 2014

*National Institute for Health and Care
Excellence*

2.9.8 Interventions for functional dyspepsia

41. Manage endoscopically determined functional dyspepsia using initial treatment for *H pylori* if present, followed by symptomatic management and periodic monitoring. [2004]
42. Offer eradication therapy to people testing positive for *H pylori*. [2004]
43. Do not routinely offer re-testing after eradication, although the information it provides may be valued by individual people. [2004]

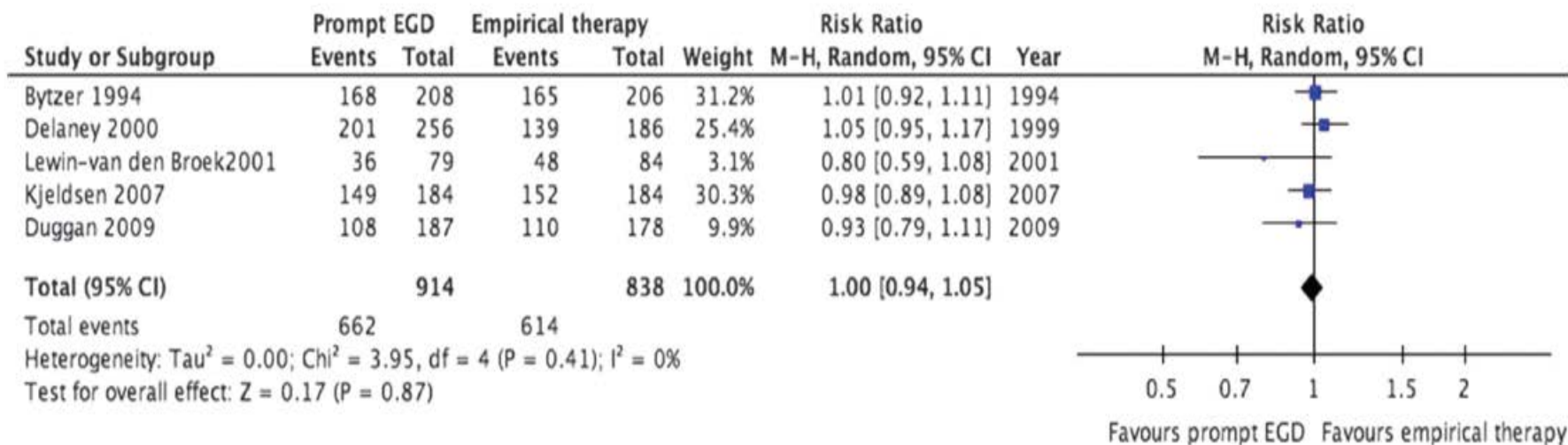
Δοκιμασία αναπνοής + έλαβε ΑΑΠ + κλαριθρομυκίνη + μετρονιδαζόλη + αμοξυκιλλίνη νέα δοκιμασία αναπνοής (40 μερες μετά) αρνητική. 2 μήνες μετά όμως παραμένει συμπτωματικός εναλλακτικά της ενδοσκόπησης Α πεπτικού, ο ασθενής πρέπει να λάβει

1. Χρήζει περαιτέρω διερεύνησης (πχ Α/Τ κοιλίας)
2. Χορήγηση ΑΑΠ
3. H2 RAs
4. Ενδοσκόπηση κατωτέρου πεπτικού
5. TCA

Νέος ασθενής χωρίς λοίμωξη από ΕΠ ή με επιμονή συμπτωμάτων μετά εκρίζωση

- Σε 6 μελέτες με 2,709 δυσπεπτικούς : ΑΑΠ έναντι placebo/αντιόξινα : μεγαλύτερη συμπτωματική βελτίωση με ΑΑΠ με NNT 6
- ΑΑΠ vs. H₂RAs: οι ΑΑΠ βρέθηκαν να υπερέχουν στις περισσότερες μελέτες

Επίσης σε 5 μελέτες με 1752 ασθενείς οι ΑΑΠ δεν βρέθηκαν να υπολείπονται της άμεσης ενδοσκόπησης



Moayyadi P AJG 17

Χαμηλότερο κόστος η εμπειρική αγωγή

Παραμένει συμπτωματικός παρά την αγωγή με ΑΑΠ (πχ ομεπραζόλη 20 mg/d)

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ενδοσκόπηση ΑΠ χωρίς ευρήματα (ΕΠ αρνητικός) . Αλλά παραμένει συμπτωματικός

1. Συνέχιση ΑΑΠ σε μεγαλύτερη δόση
2. Αλλαγή ΑΑΠ
3. Δομπεριδόνη
4. TCA
5. Ψυχοθεραπεία
6. Όλα τα ανωτέρω

Ενδοσκόπηση θετική

- Αντιμετώπισε εύρημα

Ενδοσκόπηση άρνητική (και λοιπός έλεγχος)

- Λειτουργική δυσπεψία

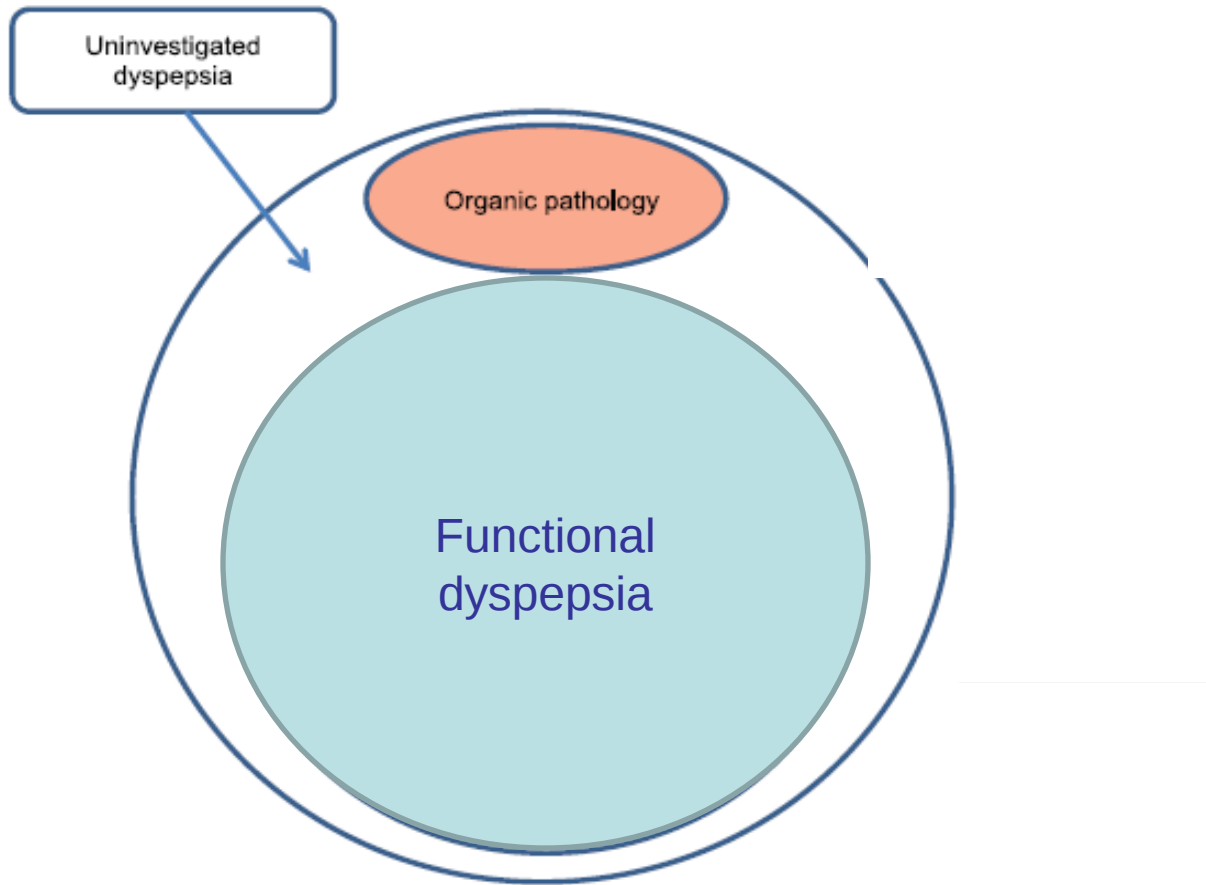
Λειτουργική Δυσπεψία (ή ιδιοπαθής ή μη ελκωτική Δ)

Λειτουργική δυσπεψία είναι η λειτουργική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως μεταγευματική πληρότητα, πρώιμο κορεσμό, επιγαστρικό πόνο ή καύσος.

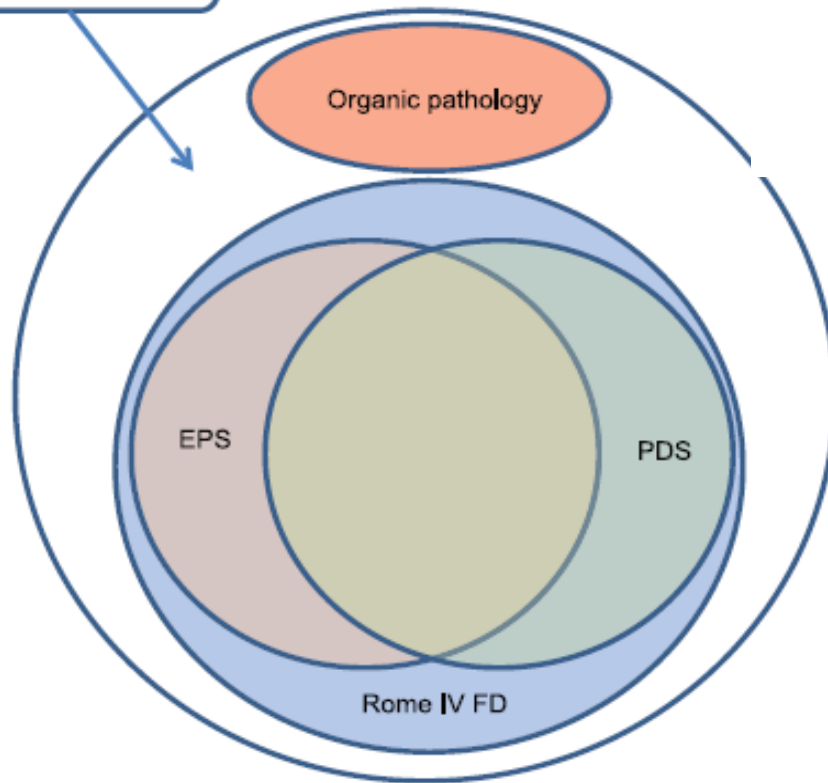
ενοχλήσεις επιγάστριο/άνω κοιλιά

Αν κυριαρχεί ναυτία ή εμετός (ξεχωριστή κατάσταση): λειτουργική ναυτία ή έμετος
αντίστοιχα Rome IV

- Αντίθετα με το ΣΕΕ η λειτουργική δυσπεψία παραμένει μια διάγνωση αποκλεισμού
 - 1452 άτομα με ενοχλήσεις από ΓΕΣ 50% πληρούσαν τα κριτήρια ΛΔ κατά Rome III όμως από αυτούς 24% βρέθηκε να έχουν οργανική *Ford AC Gastroenterology 2014*
 - 1655 άτομα με ενοχλήσεις από ΓΕΣ 47% πληρούσαν τα κριτήρια ΛΔ κατά Rome II όμως από αυτούς 36% βρέθηκε να έχουν οργανική *Fang YJ Gut 2015*



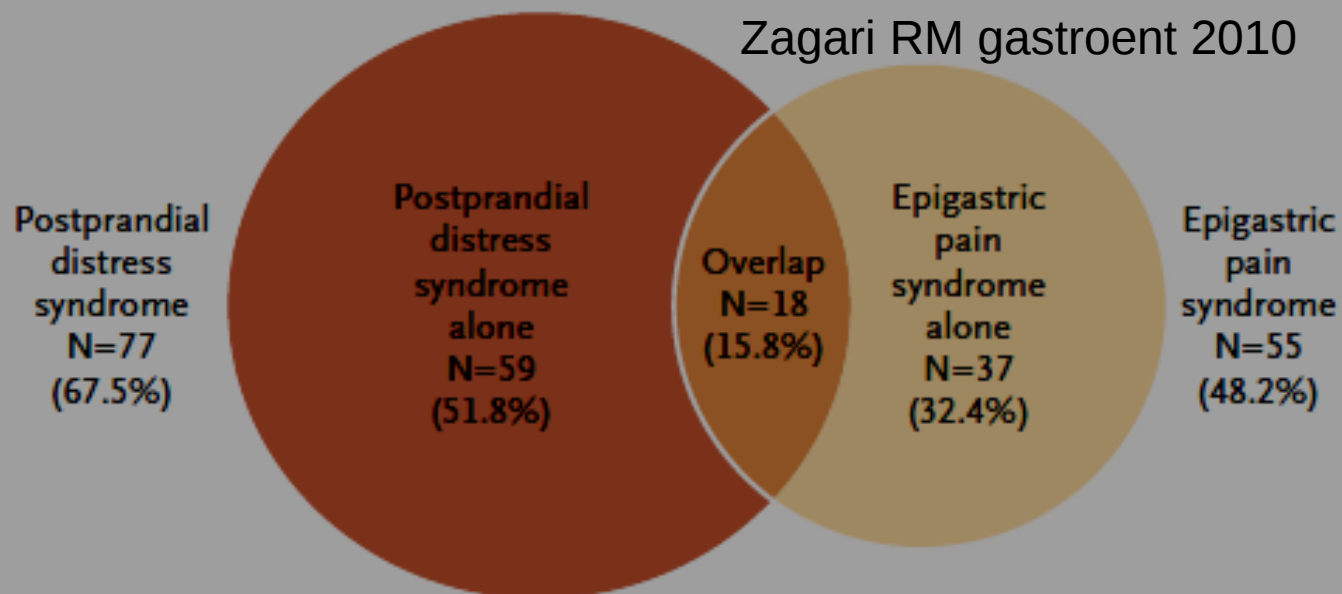
Uninvestigated
dyspepsia



Rome IV	
σ.μεταγευματινής δυσφορίας PDS	σ. επιγαστρικού άλγους EPS
για 3μέρες/εβδ για 3 μήνες τους προηγούμενους 6 μήνες $> 1 / 2$ 1) Ενοχλητική μεταγευματινή επιγαστρική πληρότητα 2)ενοχλητικός πρώιμος κορεσμός Συνηγορητικά I. Μεταγευματινό άλγος, καύσος μετεωρισμός ερυγές II. μπορεί να συνυπάρχει οπισθοστ. καύσος ΓΟΠ ή ΣΕΕ	για 1 μέρα/εβδομάδα για 3 μήνες τους προηγούμενους 6 μήνες $> 1 / 2$ 1)Ενοχλητικός επιγαστρικός πόνος Και /ή 2)Ενοχλητικός επιγαστρικός καύσος Συνηγορητικά: I. Μπορεί να εμφανίζεται μεταγευματινά II. Μεταγευμ. μετεωρισμός , ερυγές ναυτία μπορεί να υπάρχουν III. Όχι συχνοί έμετοι

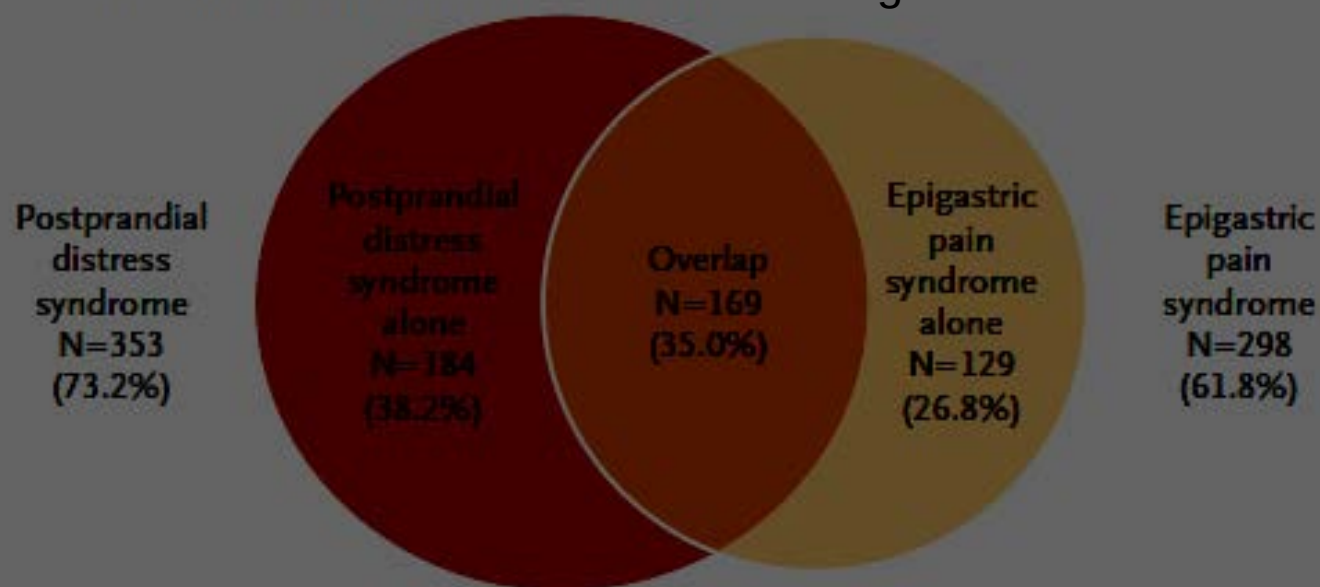
A Community-Based Study

Zagari RM gastroent 2010



B Study Conducted in a Referral Population

Fang YJ Gut 2015



Λειτουργική Δυσπεψία

- **PDS** συνυπάρχει συχνά με λειτουργικές παθήσεις του πεπτικού πχ ΣΕΕ
 - Ή με λειτουργικός καύσος
- **EPS** παραπονιούνται για άλλες παθήσεις σχετικά με πόνο όπως ινομυαλγία
 - Ή συνυπάρχει με NERD

Γαστρικά αίτια

- 1/3 των ασθενών : καθυστερημένη **γαστρική κένωση** (25%) αλλά και ταχεία κένωση(5%)
 - θα μπορούσε να εκθέσει 12λο σε μεγάλο όγκο όξινου περιεχομένου
- Παρόμοιο ποσοστό με διαταραχή γαστρικής χάλασης του θόλου (**accommodation**)
 - Η τροφή παραμένει στο άντρο και όχι στο θόλο
- **Υπερευασθησία** σε μηχανικά ερεθίσματα (διάταση στομάχου) αλλά και χημικά ερεθίσματα (Οξέα ή λίπη στο στόμαχο)

Οξύ (εκτός στομάχου)^{παθοφυσιολογία}

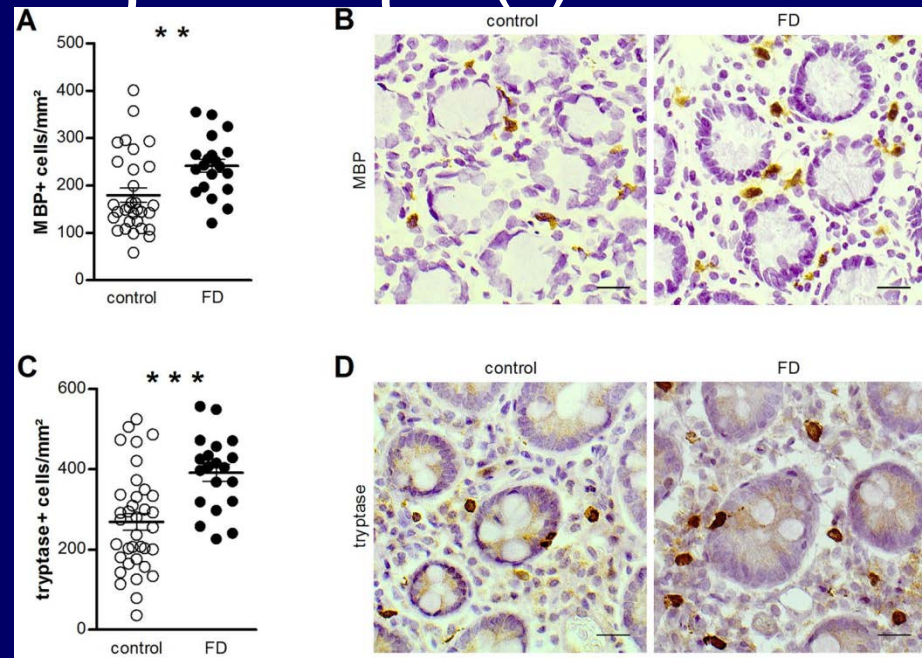
- Συσχέτιση με παλινδρομικά φαινόμενα
- Οξύ στο 12λο → καταστροφή → αυξημένη διαπερατότητα → διαταραχή ευαισθησίας στο οξύ
- Απάντηση στα ΑΑΠ

Λοιμώδη αίτια

- Σχέση με ενεργό ΕΠ λοίμωξη
- Εμφάνιση **μετά λοίμωξη** (πχ *giardia*, *Cl Difficile*, *salmonella* sp etc)
 - Κυριαρχούν συμπτ/τα γαστρεντερίτιδας από ανώτερο πεπτικό → μεταλοιμώδης Δυσπεψία
 - Κυριαρχούν συμπτ/τα γαστρεντερίτιδας από το κατώτερο πεπτικό → μεταλοιμώδεις ΣΕΕ
- De novo Δ μετά από έκθεση σε φυτοφάγα ζώα

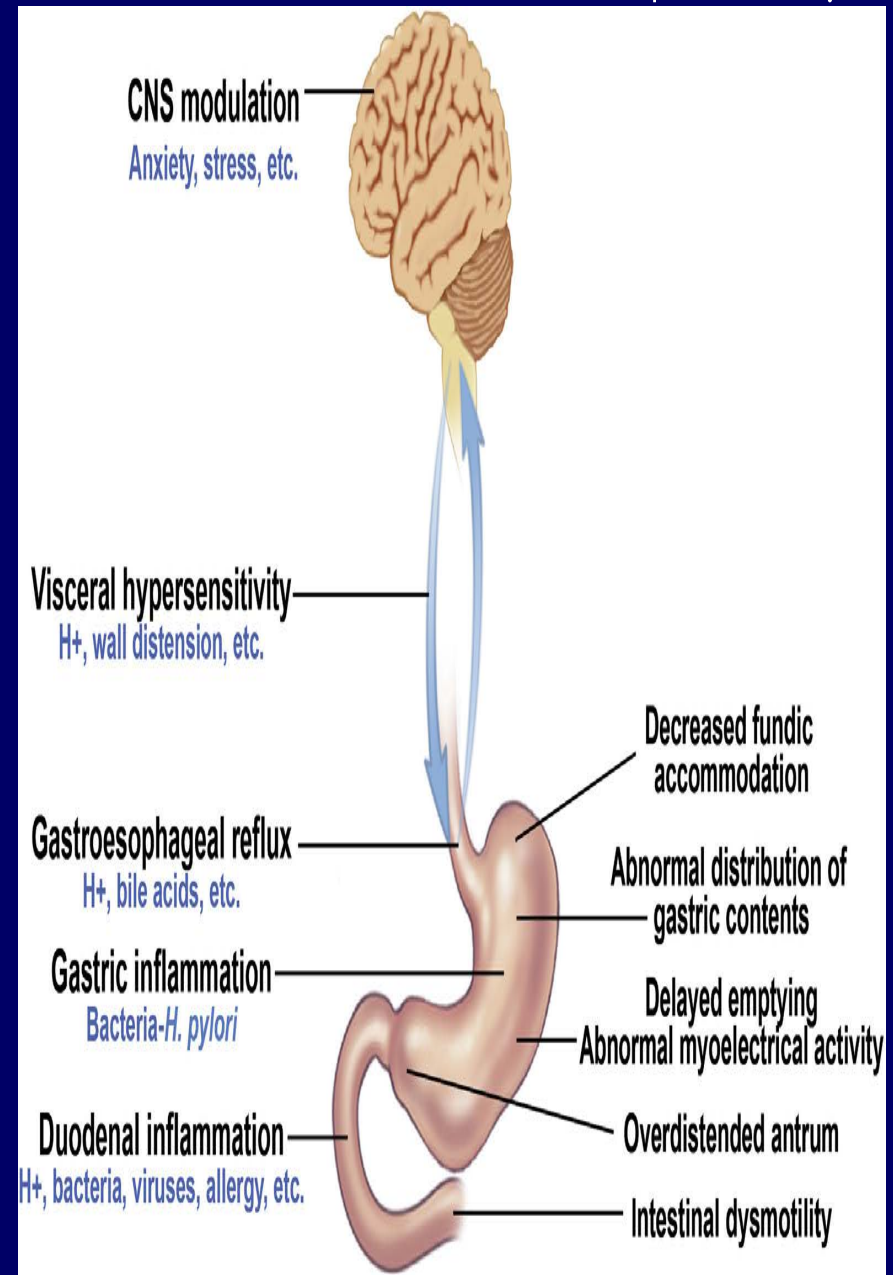
Ηωσινόφιλα στο 12/λο ή στόμαχο
Αλλά και ιστιοκύτταρα στον υποβλεννογόνιο
και πέριξ νεύρων → καταστροφή νευρών(?)
Αυξημένη εντερική διαπερατότητα(?)

VanHeel H scient reports18



ΚΝΣ

- Διαταραχές θυμικού κατάθλιψη άγχος νευρωτικά σημεία
- Υψηλή δράση placebo

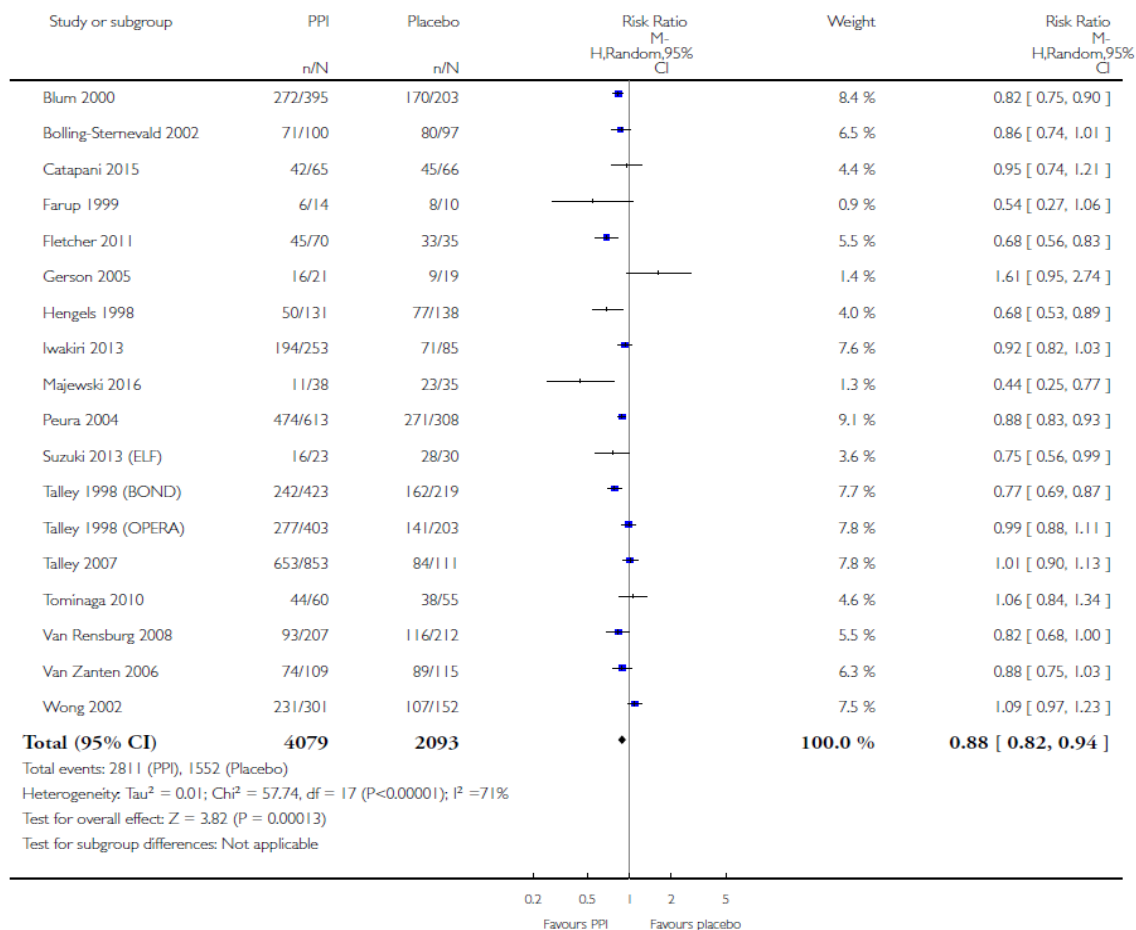


αντιμετώπιση

- Διαβεβαίωση: καλοήθης κατάσταση
- Μικρά συχνά γεύματα –καλό μάσημα τροφής
- Συζήτηση για τροφές καταστάσεις που προκαλούν τα συμπτώματα ,
 - Ειδικές δίαιτες πχ FODMAPs
- Σύσταση για αποφυγή ΜΣΑΦ, τροφών με πολλά λιπαρά- καυτερές τροφές, ανθρακούχα ποτά, αλκοόλ και καπνίσματος

αντιμετώπιση

- Διαβεβαίωση: καλοήθης κατάσταση
- Μικρά συχνά γεύματα –καλό μάσημα τροφής
- Συζήτηση για τροφές καταστάσεις που προκαλούν τα συμπτώματα
 - Ειδικές δίαιτες πχ FODMAPs
- Σύσταση για αποφυγή ΜΣΑΦ, τροφών με πολλά λιπαρά, αλκοόλ και καπνίσματος
 - Συστάσεις χωρίς καλή βιβλιογραφική τεκμηρίωση, ωστόσο με οφέλη και εκτός της Δ



Pinto Sanchez A Cochrane Database Syst Rev 2017

ΑΑΠ
Πιθανά υπερέχουν
των Η2ΡΑ

Αν δεν ανταποκριθεί σε συνήθη δόση δοκίμασε διπλάσια δόση
ή άλλο ΑΑΠ

Ευκινητικά



- Υπερέχουν του placebo, με NN = 6
- Ωστόσο τα καλά αποτελέσματα αφορούν κυρίως την **σιζαπρίδη** (που πρακτικά δεν κυκλοφορεί πλέον)
- **μετοκλοπραμίδη και δομπεριδόνη**: προβλήματα από ΚΝΣ
- **Tegaserod** δεν κυκλοφορεί
- Φάρμακα με καθαρά τοπική δράση (πχ **ερυθρομυκίνη** κλπ): ταχεία εμφάνιση ταχυφυλαξίας
- **Itopride** (anti-dopamine D2-receptors και αναστολέας της ακετυλχολινεστεράσης) βελτιώνει το μεταγευματινό φόρτο και πρώιμο κορεσμό με καλό προφίλ ασφάλειας

Κεντρικά δρώντα φάρμακα

- χαμηλή δόση **τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών** βοηθά ασθενείς με ΛΔ
 - Όχι όμως τα **SSRIs**
 - Μεγαλύτερη δράση σε EPS από PDS
- Μειωμένη γαστρική κένωση κακός προγνωστικός δείκτης ανταπόκρισης Talley NJ

Gastroenterology. 2015

Νεότερα φάρμακα

- **Acotiamide** παράγοντας που προκαλεί χάλαση του θόλου και ευοδώνει την γαστρική κινητικότητα έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση δυσπεψίας (NNT=6)
- άλλοι παράγοντες που δρουν παρόμοια είναι η **tandospirone** και η **buspirone** (5-HT_{1A} receptor agonists) η **sumatriptan** (5HT_{1B/D} receptor)



βότανα

- **STW5.** : με γάλα, γαιδουράγκαθο, χαμομήλι μέντα, και γλυκόριζα STW5 > placebo von Arnim U, *Am J Gastroenterol* 2007;
- Κινέζικα βότανα (μη μελετηθέντα επαρκώς)
- **Rikkunshito**: σε βρέθηκε να υπερέχει του placebo (33.6% *v s* 23.8%) Lan L. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;



Ψυχολογικές μέθοδοι



- Ψυχοθεραπεία : αποτελεσματική με NNT 3 με κυρίως μελετηθείσα την συμπεριφοριολογική ψ/θεια. Moayyedi PM, *Am J Gastroenterol* 2017;
- Υπνοθεραπεία : ευρήματα ελλειπή , Calvert EL *Gastroenterology* 2002;
- Βελονισμός : μεταανάλυση δεν κατέληξε σε σαφή ευρήματα Lan L, . *Cochrane Database Syst Rev* 2014





Ευχαριστώ για την προσοχή σας!