

ατόμων με δυσπεψία σε προγράμματα και δράσεις φορέων και συλλόγων προκειμένου να κινητοποιηθούν και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Level of evidence IV

Οι συστάσεις έγιναν αρχικά δεκτές στο πλαίσιο της προσπάθειας αναβάθμισης του ρόλου τόσο της διατήρησης αρχείων όσο και της συνεργασίας με άλλους φορείς εκτός δομών ΠΦΥ αλλά και με ομάδες ασθενών.

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης αποφασίστηκε οι συστάσεις 21 και 22 που αφορούσαν την κατ' οίκον νοσηλεία και της εφαρμογές της τηλεϊατρικής να καταργηθούν γιατί δεν εφαρμόζονται σε ασθενείς με δυσπεψία.

Τελική θέση:(Σύσταση 20 έγινε σύσταση 18/ Σύσταση 23 έγινε σύσταση 19)

Στην τελική μορφή των συστάσεων αποφασίστηκε να μην υπάρχουν συντομογραφίες.

6.1 Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο

A) Παραπομπή

Σύσταση 1

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να παραπέμπουν άμεσα για γαστροσκόπηση, ασθενείς με νεοεμφανιζόμενη δυσπεψία που είναι πάνω από 45 ετών ή έχουν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα συναγερμού:

1. Οξεία αιμορραγία από το γαστρεντερικό.
2. Δυσκαταποσία.
3. Οδυνοφαγία.
4. Δυσφαγία.
5. Ανεξήγητη προοδευτική απώλεια βάρους.
6. Επιμένοντες εμέτους.
7. Σιδηροπενική αναιμία (εξαιρούνται οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας).
8. Ψηλαφητή επιγαστρική μάζα.
9. Οικογενειακό ιστορικό γαστρικού καρκίνου ανεξαρτήτως ηλικίας.

Βαθμός τεκμηρίωσης:III-3/ IV

Βαθμός σύστασης: B

Το ηλικιακό όριο για την παραπομπή προς γαστροσκόπηση, ασθενών με πρωτοεμφανιζόμενη δυσπεψία ορίζεται, με βάση τον κίνδυνο για καρκίνο του στομάχου, σύμφωνα με τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές στην ΠΦΥ και με τα κριτήρια Maastricht IV^{21,22,23}. Σε πληθυσμούς με αυξημένο επιπολασμό γαστρικού καρκίνου το όριο για άμεση γαστροσκόπηση είναι τα 45 έτη. Στις περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες που προέρχονται από δυτικά κράτη τα ηλικιακά όρια είναι υψηλότερα εξαιτίας της μείωσης που παρατηρείται στην επίπτωση του γαστρικού καρκίνου σε αυτές τις χώρες^{24, 25,26}.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με δεδομένα από τον ΠΟΥ, ο καρκίνος του στομάχου, αποτελεί την 11^η αιτία θανάτου (2.18%) και η χώρα κατατάσσεται στην 90^η θέση παγκοσμίως για τον συγκεκριμένο καρκίνο²⁷. Από διάφορες αναδρομικές μελέτες φαίνεται ότι η επίπτωση του γαστρικού καρκίνου τροποποιείται ανάλογα με την περιοχή της χώρας με αυξητικές τάσεις τις τελευταίες δεκαετίες^{28,29}. Επειδή και ο επιπολασμός του Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού είναι υψηλός, αποφασίστηκε από την ομάδα ομοφωνίας να υιοθετηθεί το όριο των 45 ετών ως το ασφαλέστερο με βάση την επίπτωση του γαστρικού καρκίνου.

Όσον αφορά στα συμπτώματα συναγερμού, ειδικά στην ΠΦΥ έχουν διαγνωστική αξία κυρίως όταν απουσιάζουν (negative predictive value >97%/ positive predictive value <11%^{24, 30}).

Η ευαισθησία των συμπτωμάτων συναγερμού κυμαίνεται από 0 έως 83%, η ειδικότητα από 40 έως 98% σε σύγκριση με την υψηλή ειδικότητα (97-98%) αλλά χαμηλή ευαισθησία (11-53%) που έχει η κλινική διάγνωση από έναν γιατρό²³. Γενικότερα από αναδρομική μελέτη σε έλληνες ασθενείς, φαίνεται ότι κατά τη διάγνωση, παραπάνω από τους μισούς (52.4%) δεν έχουν συμπτώματα συναγερμού, ποσοστό που αυξάνεται (64.7%) των στους μικρότερους των 45 ετών³¹.

Σε τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη στην ΠΦΥ ελέγχτηκε η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών διαγνωστικής προσέγγισης της δυσπεψίας, καθαρά και μόνο από πλευράς κόστους οφέλους ανεξάρτητα από την παρουσία συμπτωμάτων συναγερμού³². Η άμεση ενδοσκόπηση σε ασθενείς μεγαλύτερους των 50, ανεξαρτήτως συμπτωμάτων, είναι καλύτερη από πλευράς κόστους οφέλους.^{33, 21} Επί παρουσίας συμπτωμάτων συναγερμού σε ασθενείς μικρότερους των 45 ετών φαίνεται ότι η χρήση σταθμισμένου ερωτηματολογίου για την ΠΦΥ, σε συνδυασμό με την εξέταση της αιμοσφαιρίνης αίματος είναι ικανή να μειώσει την ανάγκη για ενδοσκόπηση έως 55%³⁴. Επειδή σε μετα-ανάλυση μελετών για τη διαχείριση της δυσπεψίας στην ΠΦΥ, με τη χρήση ερωτηματολογίων, δεν αποδείχτηκε η ικανότητα διάγνωσης μέσω αυτών, λόγω της μεγάλης ετερογένειας των μεθόδων και των ερωτηματολογίων που είχαν χρησιμοποιηθεί⁵.

Σύσταση 2

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, να παραπέμπουν για γαστροσκόπηση όσα άτομα με δυσπεψία, χωρίς Ελικοβακτηρίδιο Πυλωρού, έλαβαν εμπειρική αγωγή με Αναστολείς Αντλίας Πρωτονίων και δεν ανταποκρίθηκαν.

Βαθμός τεκμηρίωσης: III

Βαθμός σύστασης: C

Η σύσταση αναφέρεται σε ασθενείς που δεν εμπίπτουν στις κατηγορίες της σύστασης 1. Όσοι ασθενείς δεν ανταποκριθούν στην εμπειρική θεραπεία, συστήνεται να παραπέμπονται για γαστροσκόπηση για τον κίνδυνο άλλης νόσου ή επιπλοκής από το γαστρεντερικό παρά το γεγονός ότι η πιθανότητα για οργανική νόσο είναι πολύ μικρή^{21,30,35}. Σημειώνεται ότι σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται ως πάσχοντες από λειτουργική δυσπεψία και δεν παραπέμπονται για περεταίρω έλεγχο. Με βάση τα Κριτήρια Ρώμης III¹⁹ η διάγνωση της λειτουργικής δυσπεψίας απαιτεί κάποια μορφή παρεμβατικής διαγνωστικής εξέτασης όπως η γαστροσκόπηση, για το λόγο αυτό και παρά τις υποδείξεις των εκπροσώπων του ευρωπαϊκής εταιρείας υιοθετήθηκε η τακτική της ενδοσκόπησης, μετά από αποτυχία των ΑΑΠ.

Σύσταση 3

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να παραπέμπουν για γαστροσκόπηση όσα άτομα με δυσπεψία έλαβαν επιτυχή θεραπεία εκρίζωσης για Ελικοβακτηρίδιου του Πυλωρού αλλά συνεχίζουν να παρουσιάζουν συμπτώματα.

Βαθμός τεκμηρίωσης: III- IV[Σύσταση ειδικών]

Βαθμός σύστασης: C

Παρόλο που και σε αυτήν την περίπτωση, η πιθανότητα για άλλη νόσο ή γαστρική επιπλοκή, στα άτομα που δεν έχουν άλλους παράγοντες κινδύνου είναι μικρή, συστήνεται σε δύο ΚΟ και μία τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, η επανεξέταση για ΕΠ και η παραπομπή για γαστροσκόπηση εφόσον αυτό έχει εκριζωθεί^{21,30,35}. Σύμφωνα με τους εκπροσώπους του European Society for Primary Care Gastroenterology, και αυτή η κατηγορία ασθενών θεωρούνται πάσχοντες από λειτουργική δυσπεψία και δεν παραπέμπονται για περεταίρω έλεγχο. Σημειώνεται ότι στις πιο πρόσφατες ΚΟ συστήνεται γενικά να αποφεύγεται νέα προσπάθεια για εξέταση και εκρίζωση του ΕΠ αλλά γίνεται αναφορά για τις περιπτώσεις επίμονων συμπτωμάτων παρά την πρώτη προσπάθεια εκρίζωσης. Στις περιπτώσεις αυτές, εφόσον δεν έχει γίνει ενδοσκόπηση προτείνεται ως εναλλακτική λύση, ενώ αν υπάρχει αρνητική ενδοσκόπηση (λειτουργική δυσπεψία) και αποτυχία και της δεύτερης γραμμής θεραπείας εκρίζωσης τότε συστήνεται στους γιατρούς να τονίζουν τον μη κακοήγη χαρακτήρα των συμπτωμάτων και να προτρέπουν τους ασθενείς να δίνουν περισσότερο βάρος στις αλλαγές του τρόπου ζωής και στη διαχείριση του άγχους^{24,36,37,38,39}. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν μελέτες που να υπολογίζουν το έμμεσο κόστος της γαστροσκόπησης, το οποίο σχετίζεται με τη μετακίνηση του ασθενούς, από αγροτικές και απομονωμένες περιοχές της Ελλάδας (το χρόνο που αυτό απαιτεί, την πιθανότητα να χρειάζεται συνοδό, το κόστος μεταφοράς), ενώ υπάρχουν δεδομένα ότι οι ασθενείς στην ΠΦΥ στην Ελλάδα, είναι γενικά αρνητικά προδιατεθειμένοι στην πραγματοποίηση γαστροσκόπησης ακόμα και όταν υπάρχουν ισχυρές για αυτήν ενδείξεις⁸ η ομάδα ομοφωνίας υιοθέτησε την πρακτική ως την πιο ασφαλή για τους ασθενείς.

Bi) Θεραπευτική Προσέγγιση

Σύσταση 4

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, να εξετάζουν για την παρουσία Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού και να θεραπεύουν, περιπτώσεις ατόμων με νεοεμφανιζόμενη δυσπεψία που δεν ανήκουν στις κατηγορίες της σύστασης 1.

Βαθμός τεκμηρίωσης:II

Βαθμός σύστασης: B

Στη χώρα μας το ποσοστό λοίμωξης με ΕΠ κυμαίνεται από > 34% ως και πάνω από 50% σε ειδικές ομάδες πληθυσμού^{40,41}. Υπό αυτές τις συνθήκες προτείνεται η

επέκταση της τακτικής σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται με συμπτώματα δυσπεψίας σε μονάδες ΠΦΥ στην Ελλάδα. Η στρατηγική ελέγχω και θεραπεύω για ΕΠ στην ΠΦΥ έχει καλά αποτελέσματα τόσο ως προς τη βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων, όσο και ως προς το κόστος όφελος σε πληθυσμούς με αυξημένη επίπτωση λοίμωξης από ΕΠ²¹. Εξάλλου η εκκρίωση του ΕΠ φαίνεται να έχει σημαντικά κλινικά οφέλη ακόμη και για τους ασθενείς με λειτουργική Δυσπεψία στην ΠΦΥ³⁹.

Σύσταση 5

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, να εξετάζουν για την παρουσία Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού και να θεραπεύουν, περιπτώσεις ατόμων με νεοεμφανιζόμενη δυσπεψία που δεν ανήκουν στις κατηγορίες της σύστασης 1 και αναφέρουν ιστορικό δωδεκαδακτυλικού έλκους.

Βαθμός τεκμηρίωσης:II

Βαθμός σύστασης: B

Η σύσταση υπάρχει στις κατευθυντήριες οδηγίες από τη Δανία αλλά και τις ΗΠΑ^{42,35}. Στις περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες για το ΕΠ, προτείνεται σε ασθενείς με γνωστό γαστρικό έλκος και εμφάνιση δυσπεπτικών συμπτωμάτων να γίνεται έλεγχος και εκκρίωση του ΕΠ για την αποφυγή κυρίως των επιπλοκών που προκαλεί η επιλοίμωξη^{24,36,23}. Για τους ασθενείς με έλκος στομάχου ή απροσδιόριστο ιστορικό έλκους η ομάδα ομοφωνίας επισημαίνει την αναγκαιότητα παραπομπής για νέα γαστροσκόπηση.

Σύσταση 6

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για την ανίχνευση του Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού, να χρησιμοποιούν τη δοκιμασία αναπνοής (Urea Breath Test UBT) ή εναλλακτικά την εξέταση αντιγόνου στα κόπρανα (HpSA Test).

Βαθμός τεκμηρίωσης:II

Βαθμός σύστασης: B

Σε περιοχές με υψηλό επιπολασμό ΕΠ, όπως η Ελλάδα, η χρήση επεμβατικών μεθόδων για την ανίχνευση του μικροβίου δεν είναι αποτελεσματικές λόγω του κόστους. Σε αυτές συστήνεται ακόμα και να θεωρείται δεδομένη η παρουσία του μικροβίου σε όλους τους συμπτωματικούς ασθενείς και να χορηγείται θεραπεία εκκρίωσης⁴³.

Το τεστ αναπνοής (UBT) έχει ευαισθησία 88-95% και ειδικότητα 95%, PPV 95% η εξέταση με χρήση μονοκλωνικό αντισώματος για αντιγόνο κοπράνων (HpSA test) φαίνεται να είναι επίσης ακριβής (ευαισθησία 92% και ειδικότητα 92%, PPV 84%)^{23, 36, 43, 44}. Η ορολογική εξέταση όμως λόγω της χαμηλότερης διαγνωστικής ακρίβειας (ευαισθησία 82-92%, ειδικότητα 79-83%/ PPV 64%) δεν συνίσταται από τις περισσότερες ΚΟ^{23, 36,44}. Λόγω της υψηλής πιθανότητας για λοίμωξη από ΕΠ στην

Ελλάδα οι μη επεμβατικές δοκιμασίες θεωρούνται αξιόπιστες για την ΠΦΥ^{45,46}, με μία επιφύλαξη σχετικά με την εφαρμοσιμότητα της δοκιμασίας αντιγόνου κοπράνων στην ΠΦΥ στην Ελλάδα δεδομένων των αντιστάσεων των ασθενών στη συλλογή κοπράνων αλλά και της σχετικά πολύπλοκης διαδικασίας της εξέτασης (αποστειρωμένο δοχείο συλλογής κοπράνων/ πλακίδιο ανοσοφθορισμού). Η διαθεσιμότητα των δύο τεστ αλλά και η στάση των ασθενών απέναντι στις δύο δοκιμασίες θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη λήψη της απόφασης για εξέταση ΕΠ. Η προτίμηση στη δοκιμασία αναπνοής, έναντι του τεστ κοπράνων είναι γνωστή από μετα-ανάλυση δεδομένων βοριοευρωπαϊκών πληθυσμών, επίσης⁴⁷. Πριν τις δύο δοκιμασίες θα πρέπει να γίνεται διακοπή της αντιεκκριτικής αγωγής για 2 εβδομάδες και της αντιβιοτικής θεραπείας για 4 τουλάχιστον εβδομάδες πριν την εξέταση^{23,35,44}. Σημειώνεται ότι οι επεμβατικές μέθοδοι ανίχνευσης του ΕΠ έχουν ιδιαίτερη σημασία όταν δεν είναι γνωστή η αντοχή του μικροβίου στα αντιβιοτικά και συστήνονται για το λόγο αυτό σε ασθενείς που η αγωγή εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου απέτυχε^{23,30,42, 48}.

Σύσταση 7

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σε άτομα με νεοεμφανιζόμενη δυσπεψία που δεν ανήκουν στις κατηγορίες της σύστασης 1 και χωρίς λοίμωξη από Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού, να συνταγογραφούν συνήθη δόση αναστολέα αντλίας πρωτονίων για ένα μήνα, εξατομικεύοντας κατά περίπτωση.

Βαθμός τεκμηρίωσης:II

Βαθμός σύστασης: B

Εφόσον η δοκιμασία ανίχνευσης για ΕΠ είναι αρνητική προτείνεται ένα σχήμα 4 έως εβδομάδων με αναστολέα αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ)^{30,35}. Η αποτελεσματικότητα σε κλινικά συμπτώματα φαίνεται να είναι παρόμοια είτε γίνεται προοδευτική αύξηση της δόσης του ΑΑΠ είτε προοδευτική μείωση του (step-up vs step-down) [van Marrewijk CJ, 2009(RCT)]. Η χορήγηση συνήθους δοσολογίας θεωρείται εξίσου αποτελεσματική με την μέγιστη δόση ΑΑΠ. Εξατομίκευση θα πρέπει να γίνεται στο χρόνο λήψης ΑΑΠ και η χρόνια χορήγηση τους θα πρέπει να γίνεται μόνο σε ασθενείς που πραγματικά έχουν ανάγκη (πχ χρόνια λήψη ΜΣΑΦ) ώστε να αποφεύγονται οι παρενέργειες κυρίως στους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς⁴⁹.

Σύσταση 8

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στα άτομα με νεοεμφανιζόμενη δυσπεψία που δεν ανήκουν στις κατηγορίες της σύστασης 1 και με λοίμωξη από Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού, να αποφεύγεται η συνταγογράφηση τριπλής θεραπείας με Αναστολείς Αντλίας Πρωτονίων, κλαριθρομυκίνη (500 mg x2) και αμοξυκλίνη (1000mg x2) ή μετρονιδαζόλη (500 mg x3) στις περιοχές που υπάρχει υψηλή αντοχή στην κλαριθρομυκίνη.

Βαθμός τεκμηρίωσης:IV

Βαθμός σύστασης: B

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας. Στην χώρα μας, όπως και σε αρκετές άλλες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, η αντοχή του ΕΠ στην κλαριθρομυκίνη και τη μετρονιδαζόλη είχε από το 1996 προοδευτική αύξηση⁵⁰. Σε πρόσφατη μελέτη⁵¹ αναφέρεται ότι η αντοχή του ΕΠ στη χώρα μας έχει ξεπεράσει το 20% για την κλαριθρομυκίνη και το 40% για τη μετρονιδαζόλη, γεγονός που καθιστά την κλασσική τριπλή 7 ήμερη θεραπεία εκρίζωσης αναποτελεσματικές με ποσοστό εκρίζωσης <80%. Ανεξάρτητα από τις αντοχές του ΕΠ είναι σημαντικό, οι γιατροί ΠΦΥ να λαμβάνουν υπόψη παράγοντες που μπορούν να μειώσουν την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε θεραπείας. Οι παράγοντες αυτοί είναι: η προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών και οι αντοχές του ΕΠ στην κάθε περιοχή καθώς και η συμμόρφωση των ασθενών στην όποια θεραπευτική αγωγή³⁹.

Σύσταση 9

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως πρώτη επιλογή για την εκρίζωση του Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού:

Η «Συνακόλουθη θεραπεία» (Concomitant therapy): χορήγηση για 10 ημέρες θεραπεία με Αναστολείς Αντλίας Πρωτονίων (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2), κλαριθρομυκίνη (500 mg x2), αμοξυκιλλίνη (1g x2) και μετρονιδαζόλη (500mg x2),

Ή

Η «Συνεχόμενη θεραπεία»(Sequential therapy): χορήγηση για 5 ημέρες διπλής θεραπείας με Αναστολείς Αντλίας Πρωτονίων (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2) και αμοξυκιλλίνη (1g x2) και ακολούθως 5 ημέρες τριπλής θεραπείας με Αναστολείς Αντλίας Πρωτονίων (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2), κλαριθρομυκίνη (500mgB x2), και μετρονιδαζόλη (500mg x2).

Βαθμός τεκμηρίωσης:III

Βαθμός σύστασης: A

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας.

Λόγω των υψηλών ποσοστών αντοχής σε κλαριθρομυκίνη και μετρονιδαζόλη, στην Ελλάδα⁵¹ προτείνεται, η τετραπλή χωρίς βισμούθιο θεραπεία ως καταλληλότερη για την Ελλάδα (concomitant therapy). Η θεραπεία έχει εφαρμοστεί από το 2009 και έχει θεραπευτικό εύρος 91.6% στην πρόθεση θεραπείας (ITT) και 94.5% στην ανάλυση «ανά πρωτόκολλο» (per PP analysis) (grade B)^{52,53}. Η θεραπεία είχε καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στην ανοχή της και την ασφάλεια της στους ασθενείς συγκριτικά με την κλασσική τριπλή θεραπεία.

Από την ίδια Ελληνική μελέτη ανασκόπησης⁵² προτείνονται οι 4 εναλλακτικές θεραπείες πρώτης γραμμής (συμπεριλαμβανόμενης και της

«Συνακόλουθης» concomitant therapy) που είναι κατάλληλες για περιοχές με αυξημένη αντίσταση στην κλαριθρομυκίνη και μετρονιδαζόλη, όπως η Ελλάδα. Μελέτη της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας που πρόκειται να δημοσιευτεί σύντομα φαίνεται να επικροτεί τα δύο παραπάνω θεραπευτικά σχήματα ως ισοδύναμα.

Παρά τις αντιρρήσεις των εκπροσώπων της Ευρωπαϊκής Εταιρείας, οι Έλληνες εκπρόσωποι υποστήριξαν ότι η δεύτερη προσπάθεια εκρίζωσης πρέπει να είναι στοχευμένη μετά από καλλιέργεια γαστρικού υγρού, και ως εκ τούτου πρότειναν τα δύο θεραπευτικά σχήματα να χρησιμοποιούνται για την πρώτη προσπάθεια εκρίζωσης του ΕΠ, ως ισοδύναμα κατ' επιλογή του γιατρού λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες που μπορούν να μειώσουν την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε θεραπείας, όπως: η προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών και οι αντοχές του ΕΠ στην κάθε περιοχή καθώς και η συμμόρφωση των ασθενών στην όποια θεραπευτική αγωγή³⁹.

Λόγος γίνεται τα τελευταία χρόνια για το ρόλο της λεβοφλοξασίνης σαν πρώτης ή δεύτερης γραμμής αγωγή εκρίζωσης. Αρκετές κλινικές μελέτες έχουν εντοπιστεί στην Ελλάδα και στο εξωτερικό^{39, 54}. Αλλά τόσο στις Αμερικάνικες ΚΟ³⁰ όσο και στα κριτήρια Maastricht IV, 2012²³ δεν ενσωματώθηκε οδηγία για ευρεία χρήση της. Στην μελέτη του Γεωργόπουλου⁵² η λεβοφλοξασίνη προτείνεται στους συνδυασμούς δεύτερης γραμμής εξαιτίας της άγνωστης αντοχής του ΕΠ σε αυτήν.

Σύσταση 10

Συστήνεται στους γενικούς γιατρούς και τους άλλους γιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σε περίπτωση αποτυχίας της θεραπείας εκρίζωσης (σύσταση 9) το παρακάτω σχήμα: Αναστολείς Αντλίας Πρωτονίων (συνιστώμενη τυποποιημένη δόση x2), άλατα βισμούθιου (τυποποιημένη δόση x4), τετρακυκλίνη (500mg x4), μετρονιδαζόλης (500mg x3) για 14 ημέρες, ή παραπομπή σε γαστρεντερολόγο.

Βαθμός τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: B

Η σύσταση αποτελεί προϊόν ομοφωνίας. Σε υπάρχουσες ΚΟ συστήνεται η χορήγηση δεύτερης γραμμής θεραπείας εκρίζωσης με τετραπλό σχήμα^{23,36}. Στην περίπτωση της Ελλάδας η ομάδα ομοφωνίας λαμβάνοντας υπόψη τη δυσκολία εφαρμογής του σχήματος λόγω ελλείψεων στα άλατα βισμούθιου και την τετρακυκλίνη, πρόσθεσε την παραπομπή για γαστροσκόπηση ως άμεση εναλλακτική που θα μπορούσε να δώσει λύση με την καλλιέργεια του μικροβίου και τη χορήγηση στοχευμένης αντιβιοτικής αγωγής.

Bii) Θεραπευτική Προσέγγιση – Μη φαρμακευτική Αγωγή

Σύσταση 11

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, να προτρέπουν τα άτομα με δυσπεψία, να έχουν μικρά και συχνά γεύματα, να αποφεύγουν τροφές με πολλά λιπαρά ή τροφές που επιδεινώνουν τα συμπτώματα, να ελέγχουν τη λήψη αλκοόλ και να διακόψουν το κάπνισμα, εξατομικεύοντας κατά περίπτωση.

Βαθμός τεκμηρίωσης:IV

Βαθμός σύστασης:B

Η συγκεκριμένη σύσταση δεν έχει υψηλή τεκμηρίωση και δεν βρέθηκαν άρθρα με βάση τα αρχικά κριτήρια αναζήτησης. Στις ΚΟ του NICE 2007³⁶ γίνεται λόγος για τη σημασία της συμβουλευτικής. Σε ασθενείς με δυσπεψία παρά την απουσία μελετών υψηλής ερευνητικής ακρίβειας προτείνονται κάποιες διαιτητικές παρεμβάσεις και κυρίως μικρά και συχνά γεύματα και αποφυγή τροφών με πολλά λιπαρά ή τροφών που επιδεινώνουν τα συμπτώματα των ασθενών^{55, 36}.

Σύσταση 12

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σε άτομα με λειτουργική δυσπεψία, να εξετάζουν ως εναλλακτική συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση τη χρήση των προϊόντων της «μαστίχας Χίου».

Βαθμός τεκμηρίωσης:III

Βαθμός σύστασης:C

Λόγο του μικρού αριθμού μελετών και σε αυτό το κλινικό ερώτημα έγινε επανέλεγχος της βιβλιογραφίας αφαιρώντας από τα κριτήρια αναζήτησης τόσο τη χρονική περίοδο όσο και τις συνθήκες ΠΦΥ και RCTs ή Meta analysis. Η αναζήτηση με τα νέα κριτήρια ανέδειξε κάποιες κλινικές μελέτες σε επίπεδο δευτεροβάθμιας φροντίδας ή εργαστηριακές μελέτες In vitro αποτελεσματικότητας της μαστίχας Χίου.

Ο ρόλος της μαστίχας Χίου [*Pistacia lentiscus* var. Chia] σαν αντιοξειδωτικό και αντιβακτηριδιακό χρήσιμο στην εκρίζωση του ΕΠ έχει αναδειχτεί σε εργαστηριακές μελέτες και τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες τα τελευταία χρόνια^{56,57,58,59}. Η βέλτιστη δοσολογία ωστόσο δεν είναι ξεκαθαρισμένη.

Γ) Αντιμετώπιση της Δυσπεψίας σε ειδικές ομάδες ασθενών

Σύσταση 13

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σε άτομα που χρήζουν χρόνιας λήψης Μη Στεροειδών Αντιφλεγμονωδών / ασπιρίνης και εμφανίζουν συμπτώματα δυσπεψίας, που δεν ανήκουν στις κατηγορίες της σύστασης 1, να διακόπτουν τη χρήση του Μη Στεροειδούς Αντιφλεγμονώδους όπου είναι εφικτό, ειδάλλως να εξετάζουν και

Θεραπεύουν για Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού και να χορηγούν Αναστολείς Αντλίας Πρωτονίων.

Βαθμός τεκμηρίωσης:II

Βαθμός σύστασης:B

Σε ασθενείς με ιστορικό πεπτικού έλκους, η εκκρίωση του ΕΠ πριν την έναρξη αγωγής με ΜΣΑΦ ή ασπιρίνη φαίνεται να είναι ευεργετική, ενώ στους χρήζοντες χρόνια λήψη συστήνεται ο συνδυασμός εκκρίωσης και παράλληλης λήψης PPI^{23,36,60}.

Σύσταση 14

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σε άτομα με δυσπεψία που δεν ανήκουν στις κατηγορίες της σύστασης 1, κατά τη λήψη του ιστορικού, να δίνεται έμφαση στην πιθανή λήψη φαρμάκων που προκαλούν τα συμπτώματα και όταν η διακοπή τους δεν είναι εφικτή, η εμπειρική διαχείριση της δυσπεψίας.

Βαθμός τεκμηρίωσης:II- III

Βαθμός σύστασης: B

Η σύσταση αυτή αφορά τους ασθενείς με νεοεμφανιζόμενη δυσπεψία και υποστηρίζεται από δύο ομάδες ΚΟ^{35,36} η αναθεώρηση της λήψης φαρμάκων όπως και η σύσταση για αλλαγές στον τρόπο ζωής θεωρούνται από τους βασικούς άξονες στην αντιμετώπιση της δυσπεψίας παρόλο που δεν υπάρχει ισχυρή τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

Σύσταση 15

Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην περίπτωση ατόμων με λειτουργική δυσπεψία να ελέγχουν την παρουσία ψυχολογικών παραγόντων και να τις αντιμετωπίζουν ανάλογα.

Βαθμός τεκμηρίωσης:IV

Βαθμός σύστασης:C

Σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές έχει βρεθεί ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής των ασθενών και στην διαχείριση του άγχους βελτιώνει τα συμπτώματα ειδικά σε ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία⁶¹. Συστήνεται στους γιατρούς στις περιπτώσεις αυτές να τονίζουν τον μη κακοήγη χαρακτήρα των συμπτωμάτων και να προτρέπουν τους ασθενείς προς την παραπάνω κατεύθυνση^{24,36,37, 38 39}.

Δ) Ρόλος άλλων επαγγελματιών υγείας

Σύσταση 16

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να συνεργάζονται με τους φαρμακοποιούς της κοινότητας για

την αντιμετώπιση της δυσπεψίας , ώστε να συμβουλεύουν τους ασθενείς και να καταγράφουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων.

Βαθμός τεκμηρίωσης: *δεν υπάρχει τεκμηρίωση για τη δυσπεψία.*

Βαθμός σύστασης: *D*

Ιδιαίτερη αναφορά στο ρόλο των φαρμακοποιών της κοινότητας γίνεται στις ΚΟ που προέρχονται από τη Βρετανία^{24,36}. Δεν βρέθηκαν κλινικές μελέτες που να αναλύουν το ρόλο των φαρμακοποιών στη διαχείριση της δυσπεψίας. Σε πρόσφατη μελέτη από την Cochrane⁶² αναφέρεται ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν οι φαρμακοποιοί στους ασθενείς μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα όσον αφορά στα επίπεδα γλυκόζης αίματος, αρτηριακής πίεσης χοληστερόλης και γενικότερα να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των διαβητικών, υπερτασικών και ασθενών με άσθμα. Επίσης βρέθηκε ότι οι φαρμακοποιοί μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και κυρίως τις επισκέψεις σε ιατρούς Γενικής Ιατρικής και τις νοσηλείες αυτών των ασθενών. Τα αποτελέσματα αυτά προήρθαν από χώρες μεσαίας οικονομικής κατάστασης και ενδεχομένως να μην μπορούν να γενικευτούν σε χώρες με χειρότερη οικονομική κατάσταση.

Σύσταση 17

Για την καλύτερη αντιμετώπιση ατόμων με δυσπεψία, προτείνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους γιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η συνεργασία σε ομάδα με άλλους επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες/ριες, επισκέπτες/ριες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, διαιτολόγους /διατροφολόγους, κ.α.).

Βαθμός τεκμηρίωσης: *δεν υπάρχει τεκμηρίωση για τη δυσπεψία.*

Βαθμός σύστασης: *C*

Δεν βρέθηκαν άμεσες αναφορές, ούτε δεδομένα για τις νοσηλεύτριες/ νοσηλευτές της κοινότητας και τους άλλους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά τη διαχείριση ασθενών με δυσπεψία στην ΠΦΥ. Μία τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη που σύγκρινε το ρόλο των νοσηλευτών του γαστρεντερολογικού εξωτερικού ιατρείου νοσοκομείου, με τον ρόλο των γιατρών ΠΦΥ, έδειξε ότι οι νοσηλευτές μπορούσαν να παρακολουθήσουν την πορεία ενδοσκοπημένων ασθενών εξίσου καλά με τους γιατρούς⁶³. Δεδομένα για το ρόλο των νοσηλευτών σε άλλες νοσολογικές οντότητες αποδεικνύουν ότι αυτός μπορεί να είναι σημαντικός και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση τους καθώς και στην αποσυμφόρηση των ιατρικών ΠΦΥ^{64,65,66}.

Πρόσθετες συστάσεις

Ε) Αρχείο

Σύσταση 18

Συνιστάται στους γενικούς ιατρούς και στους ιατρούς της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να τηρούν φάκελο του ατόμου με δυσπεψία με σκοπό τον έλεγχο και την παρακολούθηση της φροντίδας του.

Βαθμός τεκμηρίωσης: δεν υπάρχει τεκμηρίωση για τη δυσπεψία.

Βαθμός σύστασης: Β

Δεν υπάρχουν δεδομένα ειδικά για τη δυσπεψία, όμως η ομάδα ομοφωνίας στα πλαίσια της ανάδειξης της σημασίας τήρησης ιατρικού φακέλου επικρότησε τη σύσταση αυτή με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ιατρικής παρακολούθησης στην ΠΦΥ.

ΣΤ) Υπηρεσίες Υγείας και μη κυβερνητικές οργανώσεις

Σύσταση 19

Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς καθώς και στους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των ατόμων με δυσπεψία σε προγράμματα και δράσεις φορέων και συλλόγων προκειμένου να κινητοποιηθούν και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

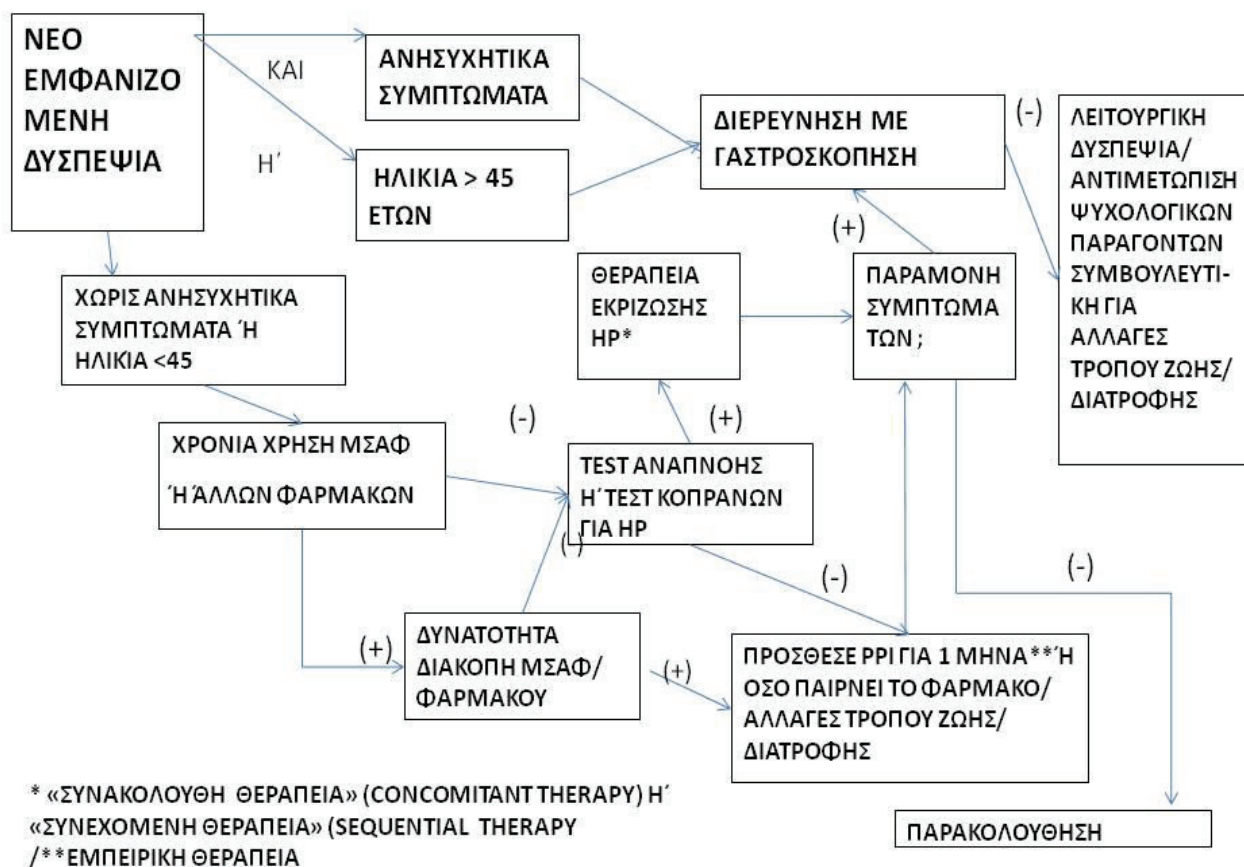
Βαθμός τεκμηρίωσης: δεν υπάρχει τεκμηρίωση για τη δυσπεψία.

Βαθμός σύστασης: Β

Δεν υπάρχουν επίσης δεδομένα ειδικά για τη δυσπεψία. Η ομάδα ομοφωνίας στα πλαίσια της ανάδειξης του ρόλου των συλλόγων και φορέων των ασθενών σε προγράμματα και δράσεις φορέων και συλλόγων προκειμένου να κινητοποιηθούν και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους επικρότησε τη σύσταση στοχεύοντας στην κινητοποίηση των ασθενών.

7. Πρακτικός Αλγόριθμος

Αλγόριθμος αντιμετώπισης δυσπεψίας



8. Επίλογος

Η παρούσα ΚΟ συνοψίζει και αξιολογεί όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα για τη Δυσπεψία με σκοπό να βοηθήσει το γενικό ιατρό, τους άλλους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ στην παροχή φροντίδας που να βασίζεται στην τεκμηρίωση, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αν και εκδίδονται σε τακτική βάση διεθνείς ΚΟ υψηλής τεκμηρίωσης, υπήρχε μεγάλη ανάγκη σύνταξης εθνικών οδηγιών που να είναι προσαρμοσμένες στις συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα, ως προς τους παράγοντες κινδύνου της νόσου, τις αντιλήψεις, τον τρόπο ζωής, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τη δομή του συστήματος υγείας.

Αναμένεται ότι οι ιατροί γενικής ιατρικής και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας στη ΠΦΥ, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους θα χρησιμοποιήσουν τις οδηγίες στη καθημερινή πρακτική και ιδιαίτερα στις κλινικές αποφάσεις τους. Αναμφίβολα, αυτές δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τον θεράποντα ιατρό και την επιστημονική του κρίση, όπως επίσης και την ευθύνη στη διαχείριση των ασθενών του, ωστόσο αποτελούν ένα ευέλικτο εργαλείο για την υποστήριξη της κλινικής απόφασης που βασίζεται στη σύγχρονη επιστημονική γνώση και πληροφορία.

Εκ μέρους της ομάδας του έργου του Πανεπιστημίου Κρήτης, της ομάδας ανασκόπησης και της Ελληνικής Εταιρίας Γενικών Ιατρών θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια να καταστεί αποτελεσματική η εφαρμογή της παρούσας ΚΟ από τις δομές ΠΦΥ της χώρας μας, μέσω της διανομής έντυπου υλικού με τις συστάσεις για τη διαχείριση της Δυσπεψίας που θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας και σε όλους τους πιθανούς αποδέκτες, την ηλεκτρονική διάθεση της από ειδικό ιστότοπο που θα δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό. Φυσικά η διάδοση και χρήση της οδηγίας αυτής εναπόκειται και στις ενέργειες του Υπουργείου Υγείας και ιδιαίτερα της Διεύθυνσης ΠΦΥ που μετά της επιδοκιμασία από το ΚΕ.Σ.Υ. αναλαμβάνει και τη συνολική ευθύνη της επιδοκιμασίας και διανομής. Δέσμευση του Πανεπιστημίου Κρήτης, του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της ομάδας σύνταξης αποτελεί ο εμπλουτισμός και η αναθεώρηση της παρούσας ΚΟ με βάση τα νέα ερευνητικά και επιστημονικά δεδομένα στο μέλλον, καθώς και η συμβολή της, σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής στην αξιολόγηση της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας αυτής της ΚΟ.

9. Βιβλιογραφία

1. RP Knill-Jones **Geographical differences in the prevalence of dyspepsia.** *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1991;182:17-24.
2. Mahadeva S, Goh KL. **Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective.** *World J Gastroenterol.* 2006;12(17):2661-2666.
3. Mason JM, Delaney B, Moayyedi P, *et al.* **Managing dyspepsia without alarm signs in primary care: new national guidance for England and Wales.** *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1135-1143
4. Farup PG, Vandvik PO, Aabakken L. **How useful are the Rome II criteria for identification of upper gastrointestinal disorders in general practice?** *Scand J Gastroenterol.* 2005, **40**:1284-1289.
5. Fraser A, Delaney B, Moayyedi P. **Symptom-based outcome measures for dyspepsia and GERD trials: a systematic review.** *Am J Gastroenterol.* 2005 Feb;100(2):442-52.
6. Papatheodoridis GV, Karamanolis DG. **Prevalence and impact of upper and lower gastrointestinal symptoms in the Greek urban general population.** *Scand J Gastroenterol.* 2005 Apr;40(4):412-21.
7. Lionis C, Olsen-Faresjo A, Anastasiou F, Wallander MA, Johansson S, Faresjo T: **Measuring the frequency of functional gastrointestinal disorders in rural Crete: a need for improving primary care physicians' diagnostic skills.** *Rural Remote Health.* 2005;5(3):409. Epub 2005 Aug 17. PMID: 16108701
8. Oikonomidou E, Anastasiou F, Pilpilidis I, Kouroumalis E, Lionis C; Greek General Practice Dyspepsia Group. **Upper gastrointestinal endoscopy for dyspepsia: exploratory study of factors influencing patient compliance in Greece.** *BMC Gastroenterol.* 2011 Feb 14;11:11.
9. Haycox A, Einarson T, Eggleston A. **The health economic impact of upper gastrointestinal symptoms in the general population: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST).** *Scand J Gastroenterol* 1999, (Suppl 231): 38-47
10. Monés J, Adan A, Segú JL, López JS, Artés M, Guerrero T. **Quality of life in functional dyspepsia.** *Dig Dis Sci.* 2002 Jan;47(1):20-6.
11. Μουντουλάκης ΘΔ. **Διάγνωση και Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις.** *Ημέρες Παθολογίας* 1998; 226-7.
12. Woolf S, Grol R, Hutchinson A, Eccles E, Grimshaw J. **Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines.** *BMJ* 1999, 318:527-530
13. MacOni G, Tosetti C, Miroglio G, Parente F, Colombo E, Sainaghi M, Bianchi Porro G. **Gastrointestinal Unit, L. Sacco. Management of Helicobacter pylori-related gastrointestinal diseases by general practitioners in Italy.** *Aliment Pharmacol Ther.* 1999, **13**:1499-1504.
14. Cardin F, Zorzi M, Furlanetto A, Guerra C, Bandini F, Polito D, Bano F, Grion AM, Toffanin R. **Are dyspepsia management guidelines coherent with primary care practice?** *Scand J Gastroenterol.* 2002, **37**:1269-1275.
15. Λιονής Χ. Κατευθυντήριες Οδηγίες για γενικούς ιατρούς και όχι μόνο: αλήθεια και μύθοι, Βήμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Medical*

- Spectrum. Ανασκοπήσεις και εξελίξεις πρακτικού ενδιαφέροντος Μάιος-Ιούνιος 2007, Τεύχος 13:39-40.
16. Canberra: National Health and Medical Research Council. NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines [internet] 2009. Available at: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/developers/nhmrc_levels_grades_evidence_120423.pdf. Accessed November 23, 2012.
 17. Talley NJ, Vakil N; **Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the management of dyspepsia.** Am J Gastroenterol. 2005 Oct;100(10):2324-37. PubMed PMID: 1618138
 18. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GNJ. **Functional gastroduodenal disorders.** Gut 1999; 45(suppl II):37-42
 19. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, Stanghellini V. **Functional gastroduodenal disorders.** Gastroenterology. 2006 Apr;130(5):1466-79.
 20. Vakil N, Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R, and the Global Consensus Group. **The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus.** Am. J Gastroenterol, 2006;101:1900-1920
 21. Duggan AE, Elliott CA, Miller P, Hawkey CJ, Logan RF, (2009), ***Clinical trial: a randomized trial of early endoscopy, Helicobacter pylori testing and empirical therapy for the management of dyspepsia in primary care.*** Aliment Pharmacol Ther. 2009 Jan;29(1):55-68.
 22. Mahadeva S, Chia YC, Vinodhini A, Mohazmi M, Goh KL., (2008), **Cost-effectiveness of and satisfaction with a Helicobacter pylori "test and treat" strategy compared with prompt endoscopy in young Asians with dyspepsia,** Gut. 2008 Sep;57(9):1214-20.
 23. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, Gensini GF, Gisbert JP, Graham DY, Rokkas T, El-Omar EM, Kuipers EJ; European Helicobacter Study Group. **Management of Helicobacter pylori infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report.** Gut. 2012 May;61(5):646-64.
 24. **Dyspepsia: Managing Dyspepsia in Adults in Primary Care.** North of England Dyspepsia Guideline Development Group (UK). Newcastle upon Tyne (UK): University of Newcastle upon Tyne; 2004 Aug. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance.
 25. Foster MA, Attwood SEA. **Current guidelines fail young patients with esophagogastric cancer.** Gut 2002; 51: 296-297.
 26. Phull PS, Salmon CA, Park KG, Rapson T, Thompson AM, Gilbert FJ. **Age threshold for endoscopy and risk of missing upper gastrointestinal malignancy—data from the Scottish audit of gastric and oesophageal cancer.** Aliment Pharmacol Ther 2006;23:229-233.
 27. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2011) <http://www.worldlifeexpectancy.com/greece-stomach-cancer>
 28. Γιαννακουδάκη Αικατερίνη- Κυριακή, (2011) **Νοσηρότητα νεοπλασιών Νομού Ρεθύμνης 1999- 2004, Μελέτη Βάσι δεδομένων του Αρχείου**

Καταγραφής νεοπλασιών Κρήτης, Μεταπτυχιακή Εργασία στα πλαίσια του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών, Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Giannakoudaki_2011.pdf .

29. Παπαδάκης Ν, Χαραλαμπίδης Γεωργιανός Π, Τσαχουρίδου Ο, Γεωργιανός Π, Παπαδάκης Γ, Μπένος Α, Εργαστήριο Υγιεινής Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ. **Επιδημιολογική μελέτη της διαχρονικής εξέλιξης των θανάτων από κακοήγη νεοπλασμάτα στο Ν Πέλλας την περίοδο 1980- 2005.** www.ekke.gr/estia/Cooper/Synedrio_PSM/papadakis.pdf
 30. **The role of endoscopy in dyspepsia**, <http://www.asge.org/assets/0/71542/71544/6D53DD97-974E-477A-B1B8-8615534E6BA6.pdf>, The American Society for Gastrointestinal Endoscopy, 2007.
 31. Pilpilidis, A. Gatopoulou, Dept. of Gastroenterology, Theagenio Cancer Hospital, Thessaloniki, Greece, P. Katsinelos, Dept. of Endoscopy, Central Hospital, Thessaloniki, Greece) **Changing Panorama of Gastric Cancer: Implications for Upper GI Endoscopy Guidelines**; pp. 219-233 Chapter X – .
 32. Delaney BC , Wilson S , Roalfe A , Roberts L , Redman V , Wearn A , Briggs A and Hobbs FD., (2000), **Cost effectiveness of initial endoscopy for dyspepsia in patients over age 50 years: a randomized controlled trial in primary care**, Lancet, 2000, 356(9246), 1965-69 .
 33. Arents NL , Thijs JC , vanZwet AA , Oudkerk Pool M , Gotz JM , van deWerf GT , Reenders K , Sluiter WJ and Kleibeuker JH., (2003), **Approach to treatment of dyspepsia in primary care: a randomized trial comparing "test-and-treat" with prompt endoscopy**, Archives of internal medicine, 2003, 163(13), 1606-12.
 34. Valle PC , Breckan RK , Amin A , Kristiansen MG , Husebye E , Nordgård K , Mortensen L , Kildahl-Andersen OA and Wessel-Berg AM., (2006), **‘Test, score and scope’: a selection strategy for safe reduction of upper gastrointestinal endoscopies in young dyspeptic patients referred from primary care**, Scandinavian journal of gastroenterology, 2006, 41(2), 161.
 35. **Dyspepsia with or without Helicobacter pylori infection - Clinical Approach in Adults**, <http://www.bcguidelines.ca/pdf/dyspepsiahpylori.pdf>, Ministry of Health Services – British Columbia Medical Association, 2009.
 36. **Fast track summary guidelines 2007 Dyspepsia clinical effectiveness**, <http://www.icms.qmul.ac.uk/chs/Docs/24741.pdf>, Clinical Effectiveness Group, 2007.
 37. Gwee KA, Teng L, Wong RK, Ho KY, Sutedia DS, Yeoh KG., (2009), **The response of Asian patients with functional dyspepsia to eradication of Helicobacter pylori infection**, Eur J Gastroenterol Hepatol. 2009 Apr;21(4):417-24.
-
38. Salem EM , Yar T , Bamosa AO , Al-Quorain A , Yasawy MI , Alsulaiman RM and Randhawa MA, (2010), **Comparative study of Nigella Sativa and triple therapy in eradication of Helicobacter Pylori in patients with non-ulcer dyspepsia**, Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association, 2010, 16(3), 207.

39. Mazzoleni LE, Sander GB, Francesconi CF, Mazzoleni F, Uchoa DM, De Bona LR, Milbradt TC, Von Reisswitz PS, Berwanger O, Bressel M, Edelweiss MI, Marini SS, Molina CG, Folador L, Lunkes RP, Heck R, Birkhan OA, Spindler BM, Katz N, Colombo Bda S, Guerrieri PP, Renck LB, Grando E, Hocevar de Moura B, Dahmer FD, Rauber J, Prolla JC., (2011), **Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia: HEROES trial**, Arch Intern Med. 2011 Nov 28;171(21):1929-36.
 40. Katsanos KH, Tatsioni A, Tsakiris V, Christodoulou D, Tsianos EV. **Helicobacter pylori is a major public health priority in western Balkans: an endoscopy referral center experience.** Eur J Intern Med. 2010 Aug;21(4):306-9
 41. Diamantidis MD, Ioannidou-Papagiannaki E, Kountouras J, Mandala E, Tsapournas G, Frida-Michailidou I, Klonizakis P, Zavos C, Haralambidou-Vranitsa S, Vlachaki E, Parapanisiou E, Klonizakis I. **High prevalence of Helicobacter pylori infection in Greek patients with myelodysplastic syndromes.** Acta Haematol. 2010;124(3):141-9.
 42. **Diagnosis and treatment of HP infection Danish guidelines**, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21466771>, Danish Society for Gastroenterology, 2010.
 43. **Helicobacter pylori in developing countries**, http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/11_helicobacter_pylori_developing_countries_en.pdf, World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, 2010.
 44. **Second Asia-Pacific Consensus Guidelines for Helicobacter pylori infection**, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19788600>, Division of Gastroenterology, Department of Medicine, Changi General Hospital, 2009.
 45. Roberts AP, Childs SM, Rubin G, de Wit NJ. **Tests for Helicobacter pylori infection: a critical appraisal from primary care.** Fam Pract. 2000 Aug;17 Suppl 2:S12-20.
 46. Hansen JM, Wildner-Christensen M, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. (2008), **Effect of a community screening for Helicobacter pylori: a 5-Yr follow-up study**, Am J Gastroenterol. 2008 May;103(5):1106-13.
 47. Granstrom M, Lehours P, Bengtsson C, Mégraud F. (2008), **Diagnosis of Helicobacter pylori**, Helicobacter. 2008 Oct;13 Suppl 1:7-12.
 48. **American College of Gastroenterology Guideline on the Management of Helicobacter pylori Infection**, <http://s3.gi.org/physicians/guidelines/ManagementofHpylori.pdf>, American Journal of Gastroenterology, 2007.
 49. Thomson A, Sauve MD, Kassam N, Kamitakahara H, **Safety of the long-term use of proton pump inhibitors**, World J Gastroenterol. May 21 2010;16(19):2323-2330
-
50. Boyanova L, Mentis A, Gubina M, Rozynek E, Gosciniak G, Kalenic S, Göral V, Kupcinskis L, Kantarçeken B, Aydin A, Archimandritis A, Dzierzanowska D, Vcev A, Ivanova K, Marina M, Mitov I, Petrov P, Ozden A, Popova M. **The**

- status of antimicrobial resistance of *Helicobacter pylori* in eastern Europe. Clin Microbiol Infect. 2002 Jul;8(7):388-96.
51. Georgopoulos SD, Papastergiou V, Karatapanis S. ***Helicobacter pylori Eradication Therapies in the Era of Increasing Antibiotic Resistance: A Paradigm Shift to Improved Efficacy.*** Gastroenterol Res Pract. 2012;2012:757926.
 52. Georgopoulos S, Papastergiou V, Xirouchakis E, Laudi F, Papantoniou N, Lisgos P, Spiliadi C, Fragou P, Skorda L, Karatapanis S. **Evaluation of a four-drug, three-antibiotic, nonbismuth-containing "concomitant" therapy as first-line *Helicobacter pylori* eradication regimen in Greece.** Helicobacter. 2012 Feb;17(1):49-5
 53. Georgopoulos SD, Xirouchakis E, Martinez-Gonzalez B, Sgouras DN, Spiliadi C, Mentis AF, Laoudi F. **Clinical evaluation of a ten-day regimen with esomeprazole, metronidazole, amoxicillin, and clarithromycin for the eradication of *Helicobacter pylori* in a high clarithromycin resistance area.** Helicobacter. 2013 Dec;18(6):459-67. doi: 10.1111/hel.12062. Epub 2013 May 29
-
54. Liou JM, Lin JT, Chang CY, Chen MJ, Cheng TY, Lee YC, Chen CC, Sheng WH, Wang HP, Wu MS., (2010), ***Levofloxacin-based and clarithromycin-based triple therapies as first-line and second-line treatments for *Helicobacter pylori* infection: a randomised comparative trial with crossover design,*** Gut. 2010 May;59(5):572-8.
 55. **Functional Dyspepsia Guideline,**
[http://gitract.mngastro.com/mngi.nsf/DEF592B967A43F9A862579ED00683FFA/\\$file/Functional%20Dyspepsia%20Guideline%204.2012.pdf](http://gitract.mngastro.com/mngi.nsf/DEF592B967A43F9A862579ED00683FFA/$file/Functional%20Dyspepsia%20Guideline%204.2012.pdf),
 Minnesota Gastroenterology, 2012.(προς αναθεώρηση)
-
56. Paraschos S, Magiatis P, Mitakou S, Petraki K, Kalliaropoulos A, Maragkoudakis P, Mentis A, Sgouras D, Skaltsounis AL. **In vitro and in vivo activities of Chios mastic gum extracts and constituents against *Helicobacter pylori*.** Antimicrob Agents Chemother. 2007 Feb;51(2):551-9.
 57. Dabos KJ, Sfika E, Vlatas LJ, Giannikopoulos G. **The effect of mastic gum on *Helicobacter pylori*: a randomized pilot study.** Phytomedicine. 2010 Mar;17(3-4):296-9.
 58. Dimas KS, Pantazis P, Ramanujam R. **Review: Chios mastic gum: a plant-produced resin exhibiting numerous diverse pharmaceutical and biomedical properties.** In Vivo. 2012 Sep-Oct;26(5):777-85.
 59. Dabos KJ, Sfika E, Vlatas LJ, Frantzi D, Amygdalos GI, Giannikopoulos G. **Is Chios mastic gum effective in the treatment of functional dyspepsia? A prospective randomised double-blind placebo controlled trial.** J Ethnopharmacol. 2010 Feb 3;127(2):205-9.
 60. Desai JC, Sanyal SM, Goo T, Benson AA, Bodian CA, Miller KM, Cohen LB and Aisenberg J., (2008), ***Primary prevention of adverse gastroduodenal effects from short-term use of non-steroidal anti-inflammatory drugs by omeprazole 20 mg in healthy subjects: a randomized, double-blind, placebo-controlled study,*** Digestive diseases and sciences, 2008, 53(8), 2059.

61. Levy R, Olden K, Naliboff B, *et al.* **Psychosocial Aspects of the Functional a. Gastrointestinal Disorders.** *Gastroenterology* 2006;130:1447-1458.
62. Pande S, Hiller JE, Nkansah N, Bero L. **The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle-income countries.** *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Feb 28;2.
63. Chan D , Harris S , Roderick P , Brown D and Patel P., (2009), ***A randomized controlled trial of structured nurse-led outpatient clinic follow-up for dyspeptic patients after direct access gastroscopy,*** *BMC gastroenterology*, 2009, 9, 12 2.
64. Halcomb E, Davidson P, Daly J, Yallop J, Tofler G. **Australian nurses in general practice based heart failure management: implications for innovative collaborative practice.** *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2004 Jul;3(2):135-47, 2.
65. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. **Substitution of doctors by nurses in primary care.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
66. Schlicht K, Morgan MA, Fuller J, Coates MJ, Dunbar JA. **Safety and acceptability of practice-nurse-managed care of depression in patients with diabetes or heart disease in the Australian TrueBlue study.** BMJ Open. 2013 Apr 8;3(4).

Παράρτημα

Παράρτημα 1: Κατάλογος μελών ομάδας ομοφωνίας

Μέλη της ομάδας ομοφωνίας για της ΚΟ για τη δυσπεψία

Members of the consensus panel of Dyspepsia

Όνομα εκπροσώπου	Φορέας
ΦΩΤΕΙΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ, Γενική Ιατρός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης.	Μέλος της ομάδας ανασκόπησης
ΕΙΡΗΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Γενική Ιατρός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης.	Μέλος της ομάδας ανασκόπησης
ΘΗΡΕΣΙΑ ΚΑΡΠΑΘΙΩΤΑΚΗ, Msc, PhDc, Στέλεχος Μεταφοράς Τεχνολογίας, Ανάπτυξης & Διαχείρισης. Στέλεχος Εκπαιδευτικής Πληροφόρησης. Γραφείο Διασύνδεσης ΤΕΙ Κρήτης	Μέλος της ομάδας ανασκόπησης
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ, Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο Αθηνών.	Εκπρόσωπος Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας
ΣΤΑΥΡΟΣ ΣΟΥΓΙΟΥΛΤΖΗΣ, Επίκουρος Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Αθηνών	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού (ΕΕΜΕΠ)
ΓΕΩΡΓΙΑ ΝΙΑΠΑ, Ταμίας συλλόγου	Εκπρόσωπος του Συλλόγου Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Αττικής
ΕΛΕΝΗ ΠΕΪΤΣΙΔΟΥ, Ιατρός Γενικής Ιατρικής,	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ)
ΕΛΕΝΗ ΧΟΒΑΡΔΑ, Ιατρός Γενικής Ιατρικής,	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ)
ΜΑΡΙΑ ΒΑΣΤΑΡΔΗ, Υπεύθυνη Λοιμώξεων, Εκπαίδευσης και Συντονίστρια Ποιότητας του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Μεταξά, Πειραιά, Νοσηλεύτρια	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΜΑΝΟΥΣΟΥ, Νοσηλεύτρια	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
ΧΑΤΖΗΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ	Εκπρόσωπος Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

LARS AGREUS, Professor Centre for Family Medicine Karolinska Institutet/Stockholm County Council	Representative of the European Society for Primary Care Gastroenterology ESPCG
HEIDI – INGRID MAAROOS Professor emeritus, Faculty of Medicine, University of Tartu, Estonia. Member of the board of the Tartu University Hospital.	Representative of the European Society for Primary Care Gastroenterology ESPCG

Παράρτημα 2: Τελικές συστάσεις για την αντιμετώπιση της Δυσπεψίας στην ΠΦΥ στα Αγγλικά

Guidelines for dyspepsia in Primary Health Care in Greece

A) Referral

Recommendation 1

It is recommended to General Practitioners (GPs) and other Primary Health Care (PHC) physicians to directly refer for gastroscopy patients with new-onset dyspepsia who are over 45 years old or have one or more of the following alarm symptoms :

1. Acute gastrointestinal bleeding.
2. Difficulty in swallowing.
3. Odynophagia.
4. Dysphagia.
5. Unexplained progressive weight loss.
6. Persistent vomiting.
7. Iron deficiency anemia (women in reproductive age are excluded).
8. Palpable epigastric mass.
9. Family history of gastric cancer regardless of age.

Level of Evidence: III-3/ IV

Level of recommendation: B

Recommendation 2

It is recommended to GPs and other PHC physicians to refer for gastroscopy patients, negative for HP, that received empirical therapy with PPI and did not respond.

Level of Evidence: III

Level of recommendation: C

Recommendation 3

It is recommended to GPs and other PHC physicians to refer for gastroscopy patients with dyspepsia who received successful eradication therapy for HP, but their symptoms persist.

Level of Evidence: III- IV (Experts opinion)

Level of recommendation: C

Bi) Therapeutic Approach

Recommendation 4

It is recommended to GPs and other PHC physicians to test and treat for HP patients with new onset dyspepsia, who do not belong to the categories of recommendation 1.

Level of Evidence:II

Level of recommendation: B

Recommendation 5

It is recommended to GPs and other PHC physicians to test and treat for HP, patients with newly onset dyspepsia who do not belong to the categories of recommendation 1 and report a history of duodenal ulcer.

Level of Evidence:II

Level of recommendation: B

Recommendation 6

It is recommended to GPs and other PHC physicians for the detection of HP, the use of the Urea Breath Test (UBT) or alternatively the stool antigen test (HpSA Test).

Level of Evidence:II

Level of recommendation: B

Recommendation 7

It is recommended to GPs and other PHC physicians, for patients with new onset dyspepsia, who do not belong to the categories of recommendation 1 and without HP infection, to subscribe a common dose of proton pump inhibitor (PPI) for one month, personalized per occasion

Level of Evidence:II

Level of recommendation: B

Recommendation 8

It is recommended to GPs and other PHC physicians, for patients with new onset dyspepsia, who do not belong to the categories of recommendation 1 and with HP infection, to avoid administering the triple therapy with PPI x2 and clarithromycin 500 mg x2 and amoxicillin 1000mg x 2 or metronidazole 500 mg x3 , in areas with high resistance to clarithromycin.

Level of Evidence: IV

Level of recommendation: B

Recommendation 9

It is recommended to GPs and other PHC physicians as first choice for the HP eradication therapy:

The Concomitant therapy: administer 10 days treatment with PPI (recommended standard dose x2), clarithromycin (500mg x2), amoxicillin (1g x2) and metronidazole (500 mg x2).

OR

The Sequential therapy: administer 5 days of dual therapy with PPI (recommended standard dose x2) and amoxicillin (1g x2) and then 5 days of triple therapy with PPI (recommended standard dose x 2), clarithromycin (500mg x2), and metronidazole (500mg x2).

Level of Evidence: III

Level of recommendation: B

Recommendation 10

It is recommended to GPs and other PHC physicians, in case of failure of the eradication therapy (recommendation 9), the following scheme: PPI(standard dose x2) and Bismuth salts (standard dose x4), tetracycline (500mg x4), metronidazole (500mgx3) for 14 days, or referral to gastroenterologist.

Level of Evidence:II

Level of recommendation: B

Bii) Therapeutic Approach – Non pharmaceutical Approach

Recommendation 11

It is recommended to GPs and other primary health care professionals to suggest to patients with dyspepsia, small frequent meals, avoiding of full fat foods or foods that aggravate symptoms, control alcohol intake and quit smoking, personalized per occasion.

Level of Evidence: IV

Level of recommendation: B

Recommendation 12

It is suggested to GPs and other PHC physicians, in patients with functional dyspepsia to consider as alternative complementary therapeutic approach the use of products of 'Chios mastic gum'.

Level of Evidence: III

Level of recommendation: C

C) Treatment of Dyspepsia in special Patient Groups

Recommendation 13

It is recommended to GPs and other PHC physicians for patients in need of chronic use of NSAIDs/ Aspirin, with symptoms of dyspepsia, who do not belong to the categories of recommendation 1, to discontinue the use of NSAIDs when possible otherwise to test and treat for HP and administer PPI treatment.

Level of Evidence: II

Level of recommendation: B

Recommendation 14

It is recommended to GPs and other PHC professionals, for patients with dyspepsia, who do not belong to the categories of recommendation 1, to emphasize to the possible use of medication that might cause the symptoms and when the discontinuation of these is not possible, the empirical management for dyspepsia.

Level of Evidence: II- III.

Level of recommendation: B

Recommendation 15

It is recommended GPs and other PHC physicians, in cases of patients with functional dyspepsia to check for the presence of psychological factors and act accordingly.

Level of Evidence: IV

Level of recommendation: C

D) Role of other Health Care Professionals

Recommendation 16

It is recommended to GPs and other PHC physicians to collaborate with the community pharmacists for the management of dyspepsia, in order for the later to advice the patients and to record the negative effects for the prescribed medicines.

Level of Evidence: No evidence for dyspepsia

Level of recommendation: D

Recommendation 17

For the better management of people with dyspepsia, it is suggested GPs and other PHC physicians to collaborate with a team consisting of specialists and other healthcare professionals (nurses, health visitors, social workers dieticians/ nutritionists).

Level of Evidence: IV

Level of recommendation: C

Additional recommendations

E) Patients records

Recommendation 18

GPs and other PHC physicians should keep patient record in order to monitor their care.

Level of Evidence: No evidence for dyspepsia

Level of recommendation: B

F) Health care services and non-governmental organizations

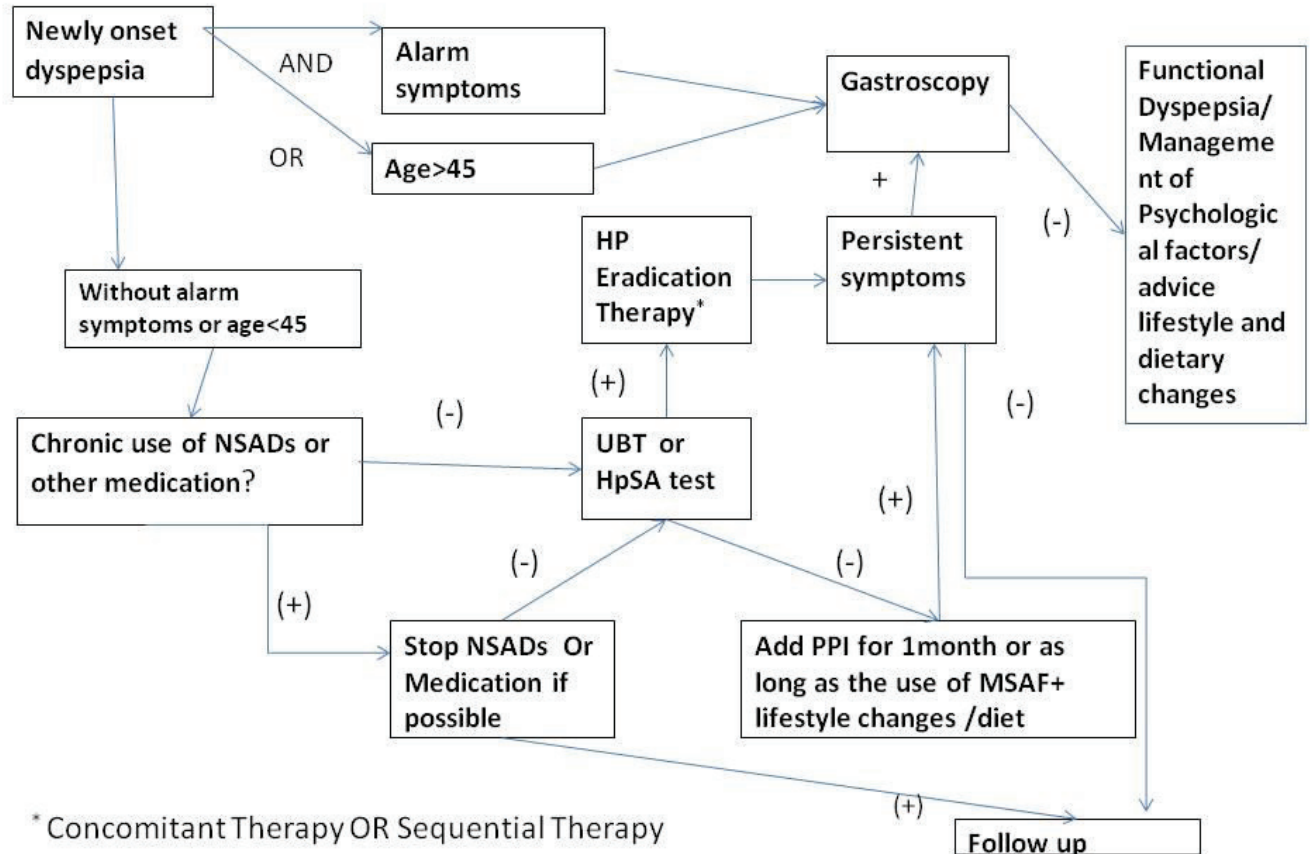
Recommendation 19

It is recommended to GPs and other PHC physicians as well as other PHC professionals to encourage patients with Dyspepsia to participate in programs and actions of non-governmental associations in order to be motivated and improve their quality of life.

Level of Evidence: No evidence for dyspepsia D

Level of recommendation: B

Management of dyspepsia in PHC



Παράρτημα 4: Γλωσσάριο

ΠΦΥ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΚΟ Κατευθυντήριες Οδηγίες

ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας