

Alcol ed epatopatie: gestione condivisa tra Mmg e specialista

Sono indicazioni pratiche quelle contenute nel documento elaborato e condiviso dall'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato e dalla Simg e rappresentano un rapido strumento di consultazione, utile a fornire semplici e chiare indicazioni sulla gestione del paziente con malattia epatica alcol-correlate di cui proponiamo una sintesi

► Il sospetto

La stima del consumo giornaliero di alcol può essere effettuata usando l'unità alcolica (UA) o drink. L'UA corrisponde a 12-13 g di etanolo puro contenuto in un bicchiere di vino da 125 mL, o in 330 mL di birra o in 40 mL di superalcolico. Il limite di assunzione giornaliera varia in base alla capacità di metabolizzazione epatica, che differisce per sesso ed età, ed è ritenuto essere di massimo 20 g/die per la donna e 30 g/die per l'uomo.

Qualora la raccolta dei dati anamnestici non sia facile ed affidabile, per la valutazione di eventuale comportamento a rischio o di dedizione eccessiva all'alcol, l'attenzione del Mmg deve ricadere anche sui fattori indiretti (incidenti stradali e domestici, frequenti cambi di lavoro e ricorso al PS, sospensione/ritiro della patente, problemi legali, comportamenti aggressivi, violenza verso familiari e soprattutto bambini).

Il sospetto può essere rafforzato dal riscontro dell'alterazione di alcuni parametri laboratoristici, anche se nessun test è valido in assoluto ai fini di definire l'eziologia

alcolica del danno epatico, ma valutando insieme i risultati di più indagini (γ GT, MCV, AST) si può raggiungere una adeguata sensibilità e specificità diagnostica.

Poiché solo il 20-30% dei bevitori sviluppa una malattia epatica severa, la probabile presenza di cofattori (es. infezioni virali, sindrome metabolica, farmaci e tossici ambientali) potrebbe accelerare la progressione della malattia.

Le condizioni acute sono riassumibili in:

- epatite alcolica, coma etilico, sindrome da astinenza.

I quadri cronici sono rappresentati da:

- steatosi epatica e steatoepatite, cirrosi.

Il Mmg occupa una posizione agevolata per poter sospettare l'eziologia etilica del problema epatico in quanto è spesso già a conoscenza del contesto socio-familiare in cui il paziente vive. Tuttavia non deve essere mai tralasciata l'ipotesi che un'epatite acuta in un alcolista possa essere determinata anche da altre cause, così come la presenza di alitosi etilica in un paziente in stato di coma indica un'avvenuta assunzione di alcol ma non che il coma dipenda necessariamente

dall'alcol (può avere anche altra causa: traumatica, chetoacidotica, ipoglicemica, ecc...).

Altrettanto dicasi per l'epatopatia cronica: un paziente che beve può avere una cirrosi da virus o da altra causa (emocromatosi, Wilson, ecc...) e l'alcol può essere solo un cofattore di danno.

Le abitudini etiliche devono essere desunte da un approccio anamnestico mirato in cui è importante ricercare correttamente vari aspetti: la quantità giornaliera di alcol ingerito, l'età di inizio del consumo, l'assunzione quotidiana o concentrata al fine settimana, l'uso ai pasti o fuori dei pasti, in occasione di feste, fattori inducenti al consumo, episodi di ubriachezza, assenteismo dal lavoro per postumi di sbornia, problemi legali connessi all'alcol, ecc.

Il paziente può riferire (o il medico può verificare) episodi di tremori, vomito mattutino, amnesie, astenia, sintomi dispeptici, incidenti stradali o sul lavoro. L'esame obiettivo non deve tralasciare tra le varie valutazioni di cercare le caratteristiche dell'alito (alitosi alcolemica) quale segno di ingestione recente di bevanda alcolica, lo stato di nutrizione, l'eventuale

atrofia testicolare, la ginecomastia, la perdita dei peli cutanei, la presenza di spider nevi, ecc.

Possono essere altresì presenti congiuntiva iniettata o acquosa, tremori, sudorazione, ansia, disturbi tattili, uditivi e visivi, ipertensione arteriosa, tachicardia. Gran parte di questi segni clinici possono essere legati sia all'abuso di alcol che ad una sindrome da astinenza. L'anamnesi si avvale anche di test di prevalente competenza specialistica atti a valutare la dipendenza (CAGE e AUDIT). Il Mmg può eventualmente sottoporre al paziente la forma breve dell'AUDI, che ha una sensibilità del 54-98% ed una specificità del 57-93% nell'individuare la dipendenza ma non il rischio.

► Inquadrare il paziente nel suo contesto generale di salute

Una volta realizzato che un paziente abusa in bevande alcoliche e indipendentemente dalla presenza di danno epatico, la ricerca di un eventuale interessamento lesivo di altri organi ed apparati, sia per contatto diretto con la mucosa (tratto digestivo superiore) che per diffusione parietale e sistemica o per effetti secondari (per es. carenze nutrizionali), deve essere avviata in maniera sistematica già al momento della diagnosi e ripetuta periodicamente nel caso in cui non sia avvenuta un'astensione definitiva. L'inquadramento iniziale e la ricerca attiva e periodica di eventuali danni correlati all'uso di alcolici deve essere avviata dal Mmg, il quale, per il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico, potrà decidere se inviare il paziente nel Centro Alcolologico (NOA e/o SerT) territoriale dove avvalersi della

valutazione sia dell'alcolologo che di altri specialisti.

Il coinvolgimento dello specialista dipende strettamente dal tipo di complicanze presenti ed è da valutare su base individuale.

► Gestione multidisciplinare

La disassuefazione da alcol richiede molto spesso un intervento complesso; il trattamento necessita di un approccio multidisciplinare basato sull'utilizzo di strumenti sia di tipo psicologico (counselling, psicoterapia, gruppi di auto-aiuto) che farmacologico.

La terapia farmacologica dell'AUD si basa su

- farmaci ad azione di interdizione/avversione: disulfiram
- farmaci anticraving: naltrexone, acamprosato, gamma-idrossibutirato (GHB) o sodio oxibato, nalme-fene, baclofen.

► Follow-up

Il paziente con patologia alcol-correlata necessita di stretto e puntuale monitoraggio, nell'ambito di un approccio multidisciplinare. Tuttavia, per quanto concerne la malattia epatica, alcuni concetti generali devono essere sempre tenuti in considerazione:

- la comparsa di un'epatite acuta su un danno cronico può essere riconducibile ad un abuso occasionale, che deve essere ricercato.
- In qualunque stadio di malattia il paziente si trovi, l'abolizione dell'alcol riduce il danno, migliora la prognosi e riduce il rischio di progressione.
- Il follow-up della malattia non differisce da quello delle altre epatopatie croniche (controllo semestrale di esami di laboratorio ed ecogra-

fia nelle forme non cirrotiche).

• Particolare attenzione deve essere posta all'uso di farmaci di ogni tipo, per possibili alterazioni metaboliche e per potenziale aggravio dell'epatotossicità.

• Una variazione seppur minima degli esami di laboratorio (aumento di AST e/o MCV e/o γ GT e/o trigliceridi e/o uricemia e/o IgA) o la ricorrenza di altri indicatori deve sempre far sospettare una ripresa dell'abitudine alcolica.

• Nel sospetto di persistenza di abuso o di ricaduta, sarebbe auspicabile coinvolgere uno o più familiari e sottoporre il paziente al test CAGE o AUDIT.

► Educazione e prevenzione

Il coinvolgimento attivo nei diversi contesti operativi (scuola, lavoro, tempo libero, sport, scuola guida.) rappresenta il sistema migliore per la diffusione radicale dei messaggi corretti. In questo quadro d'intervento, il Mmg rappresenta una figura importante per la diffusione di corrette informazioni e di conferme personalizzate, di promozione di modelli comportamentali, ma allo stesso tempo occupa il ruolo vigile nell'ambito della prevenzione secondaria. Quest'ultima deve essere rivolta non solo ai giovani e agli anziani, alle donne in gravidanza/allattamento, a chi svolge attività lavorative pericolose, di precisione e di guida, a chi assume psicofarmaci, ed a tutti coloro con disturbi organici che potrebbero essere aggravati dall'assunzione di alcolici.

*Il documento integrale è disponibile:
www.simg.it
www.webaisf.org*