

Gestione della dispepsia non investigata

Recentemente sono state pubblicate le posizioni delle principali società scientifiche sul trattamento dell'infezione da Helicobacter pylori, tra cui quelle del Cervia Working Group, che contestualizza nell'ambito della realtà italiana le evidenze disponibili. Ma applicando nella realtà le indicazioni, il limite che emerge è la mancanza del coinvolgimento dei medici di famiglia

Nella prima metà del 2007 sono stati pubblicati tre importanti position paper con lo scopo di aggiornare le linee guida sul trattamento dell'infezione da *Helicobacter pylori* (Hp). Si tratta delle linee guida commissionate dall'American College of Gastroenterology (*Am J Gastroenterol* 2007; 102: 1808-25), della 3ª edizione delle linee guida di Maastricht (*Gut* 2007; 56: 772-81) realizzate dall'European Helicobacter pylori Study Group cui hanno aderito le principali società gastroenterologiche europee (tra cui l'European Society for Primary Care Gastroenterology) e l'aggiornamento delle linee guida del gruppo di esperti raccolto nel Cervia Working Group (*Dig Liver Disease* 2007; 39: 782-9), realizzate sotto l'egida della Società Italiana di Gastroenterologia, dell'Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri e che ha visto la partecipazione di alcuni medici di famiglia.

Contesto italiano

Il Cervia Workshop rappresenta un importante elemento che si prefigge di contestualizzare nell'ambito della realtà italiana le evidenze disponibili spesso ricavate da studi clinici o di farmacoeconomia condotti in condizioni epidemiologiche differenti dalla nostra. Proprio in nome delle peculiarità italiane il Cervia Working Group propone indicazioni che si diversificano da quelle di Maastricht in alcuni aspetti rilevanti.

Confermando che le evidenze forti per il trattamento dell'infezione da Hp sono disponibili sostanzialmente per la gestione della patologia ulcerativa, rispetto alle indicazioni americane ed europee si permettono una linea di maggiore prudenza nell'uso della strategia "test and treat" per la dispepsia non investigata, tenendo conto della elevata prevalenza del cancro gastrico e del linfoma MALT in Italia, nonché del relativo costo dell'EGDscopia e delle difficoltà organizzative nella esecuzione dei breath test diagnostici. Gli esperti di Cervia suggeriscono che in Italia un ricorso diagnostico a EGDscopia sia consigliabile, anzi auspicabile, anche nel caso di giovani pazienti che non presentino segni o sintomi di allarme per una patologia grave. Questo approccio si differenzia dalla tendenza assunta negli ultimi anni dalle consensus internazionali, ma va a colmare in modo assolutamente onesto una sorta di vuoto nazionale creatosi tra le linee guida sulla dispepsia elaborate quasi dieci anni fa dalle tre maggiori società della gastroenterologia italiana, che proponevano la strategia test and treat come una possibile opzione, e le note Cuf-Aifa che hanno sempre negato la rimborsabilità degli inibitori di pompa protonica (IPP) nella strategia test and treat. Dati derivanti da uno studio metodologicamente rigoroso (Cardin F. *Digestion* 2005; 72: 1-7) confermano come nella nostra pratica la strategia test and treat sia

penetrata molto scarsamente e che il ricorso all'EGDscopia rimanga decisamente alto in tutte le età, risultando solo parzialmente modificato da interventi educazionali specifici. Anche lo studio DIMG (Dispepsia in Medicina Generale) i cui dati non sono ancora stati pubblicati, evidenzia come l'endoscopia rappresenti la prima opzione dei medici italiani quando decidono di indagare un paziente.

Pertanto l'età non sembrerebbe rappresentare quel fattore discriminante che vorrebbero coloro che basano l'appropriatezza di questo accertamento su poche variabili misurabili con facilità (età, consumo di Fans) piuttosto che su quel complesso mix di aspettative e clinica che è alla base del ragionamento medico in medicina generale.

In questo senso le considerazioni del Cervia Workshop permettono di spezzare la rigidità delle indicazioni e delle analisi economiche importate da contesti completamente differenti dal nostro. Personalmente ritengo che le analisi di farmacoeconomia devono servire solo a evidenziare quali sono le variabili maggiormente influenti sulle decisioni e come si possono modificare le decisioni variando i fattori.

Nel caso della dispepsia le variabili sono: costi di test (EGDscopia in primis) e farmaci, tempi di attesa, prevalenza delle patologie (soprattutto cancro) e dell'infezione da Hp.

Ritengo che bisognerebbe usare

un'assoluta prudenza nel trasferire alla medicina generale dati ricavati da studi parcellari degli specialisti, con indicazioni molto semplificate che stridono con la complessità del nostro setting: questo vale per il test and treat come per il PPI test.

■ Considerazioni

Se le indicazioni del Cervia Working Group sull'opportunità di considerare sempre l'EGDscopia come prima scelta diagnostica permettono di rompere schemi troppo rigidi, è comunque necessario porre alcune considerazioni per evitare che si creino fraintendimenti.

Innanzitutto l'interessamento del Cervia Working Group sulla gestione complessiva della dispepsia non investigata appare un po' fuori contesto rispetto al tema dell'infezione da Hp. Infatti le linee guida americane ed europee si limitano alla domanda: "È la strategia test and treat un'opzione raccomandabile per la dispepsia non investigata?" rispondendo affermativamente. Per rispondere alla domanda "Quale scegliere tra le opzioni disponibili per la dispepsia non investigata?" sono necessarie altre analisi come approntato dalla Cochrane Collaboration, dalle società gastroenterologiche americane e dal NICE, che giustamente dedicano alla dispepsia linee guida specifiche rispetto alla gestione dell'infezione da Hp.

Come accennato si sente la mancanza assoluta di un dibattito italiano che coinvolga le componenti specialistiche e della medicina generale, che in questi anni sono state occupate solo nella discussione delle note Aifa. Nel documento del Cervia Working Group l'argomento dispepsia non investigata è trattato con semplicità eccessiva, senza documentazione adeguata, con una conclusione troppo restrittiva rispetto alle giuste premesse.

Innanzitutto il documento affer-

ma che le strategie per la gestione della dispepsia non investigata in giovani pazienti senza sintomi d'allarme sono due: test and treat ed endoscopia, trascurando la terza (forse la prima) storica opzione, che è rappresentata dal trattamento farmacologico empirico, tuttora la strada più seguita almeno inizialmente. Successivamente il documento indica quali sono i fattori condizionanti le scelte strategiche in questo campo.

Se indubbiamente la prevalenza del cancro è un argomento forte, e i costi relativamente contenuti per l'endoscopia sono un argomento convincente, accanto ai tempi d'attesa e le difficoltà organizzative per il breath test, sono stati dimenticati i tempi d'attesa per l'endoscopia e i fattori epidemiologici legati alla prevalenza dell'infezione da Hp. È stato inoltre completamente ignorata la disponibilità del test fecale, metodica con valore diagnostico sostanzialmente simile al breath test e che può colmare i limiti organizzativi che il breath test continua a presentare.

Inoltre le linee guida internazionali, nel confermare il test and treat un'opzione utile in questi pazienti, segnalano anche la presenza di un altro fattore influente sulle decisioni: l'efficacia della strategia diventa decisamente minore quando la prevalenza dell'infezione da Hp nella popolazione generale scende sotto la soglia del 20%. Se la media italiana è da considerare ancora superiore a questa soglia, è possibile che ci siano aree in cui, per motivi demografici o di attenzione a queste problematiche, la soglia possa essere molto vicina.

In pratica la situazione è più complessa di quanto indicato dal Working Group di Cervia e ritengo che avere a disposizione più ipotesi di lavoro (endoscopia, test and treat, trattamento empirico) sia

meglio di averne una sola e sarà perciò il Mmg a proporre e concordare con il paziente la strategia individualmente più idonea.

■ Dalla teoria alla pratica

Accettando i suggerimenti del Cervia Working Group non va scartata l'ipotesi di un esame endoscopico, specialmente in caso di zona con alta prevalenza di patologia neoplastica o di familiarità. L'endoscopia ha la maggiore sensibilità per le patologie importanti, permette di ricavare una serie di informazioni utili e possiede un (almeno temporaneo) potere rassicurante in caso di negatività.

Qualora non indicata o non accettata si considerino una terapia empirica o un approccio test and treat, spiegando bene al paziente gli obiettivi, i vantaggi e i limiti dell'intervento.

Piuttosto la limitatezza del contributo alle linee guida della medicina generale si evince proprio quando dalle enunciazioni teoriche si scende sul piano pratico.

Se il Cervia Working Group si è preoccupato dei tempi d'attesa di un breath test, non si menziona ai tempi d'attesa di un'EGDscopia. Nel Distretto (periferico) in cui svolgo la mia attività i tempi d'attesa minimi sono di 53 giorni, che raggiungono i 114 in città.

È evidente che anche se si optasse per una EGDscopia rimane il problema di gestire nel frattempo il paziente. Un frattempo, della durata di tre mesi, che fa ricadere necessariamente nei trattamenti empirici.