

## Trattamento della malattia da reflusso gastroesofageo

*A partire dalla definizione di Montreal un panel di esperti ha ridiscusso i principi del trattamento della malattia da reflusso gastroesofageo, confermando che la terapia iniziale necessita di un approccio sintomatologico. L'EGDS è stata riservata alle cure secondarie, ignorando il libero accesso del Mmg*

Recentemente è stata pubblicata la revisione dell'algoritmo per il trattamento della malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) da parte di un panel di esperti internazionali (*Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27: 249-256). Questa pubblicazione ha l'intento di aggiornare l'algoritmo proposto dallo stesso panel nel 2002, integrandolo con le esperienze prodotte negli ultimi cinque anni. Il gruppo di esperti prende lo spunto dalla recente definizione di Montreal di MRGE nell'identificare le differenti sindromi associate, concludendo che il trattamento iniziale della MRGE necessita di un approccio sintomatologico piuttosto che patogenetico, poiché la risposta a un trattamento acido soppressivo può confermare o meno il ruolo

del reflusso acido nella espressione dei sintomi oggetto di trattamento, in quanto l'espressione sintomatologica può essere condizionata da fattori psicologici, stress, ansia e comorbidità. Gli esperti concordano inoltre nel riconoscere che la MRGE non è legata solamente alla secrezione acida, quindi altri agenti terapeutici possono trovare spazio terapeutico, anche se le esperienze in questo campo sono limitate.

### ■ Livelli di trattamento

Passando all'algoritmo vero e proprio (tabella 1), la novità rispetto al precedente consiste nell'aver considerato oltre al livello di trattamento nell'ambito delle cure primarie, anche quelli dell'automedicazione e della medicina specialistica. Sostanzialmente al livello di cure primarie, quello tipico della medicina generale, non si registrano particolari novità a livello di gestione.

In presenza di sintomi tipici senza segni di allarme si consiglia un approccio basato su inibitori di pompa protonica per alcune settimane, eventualmente integrato da antiacidi o alginato, utilizzando una strategia *step down* in caso di

successo o un raddoppio di dosaggio nel caso di insuccesso, rinviando allo specialista in caso di non risposta anche a dosi elevate di farmaco antisecretorio. A livello specialistico vengono prese in considerazione le indagini strumentali (endoscopia ed altro) ritenute opportune per stratificare i pazienti in soggetti con MRGE senza esofagite (NERD), con esofagite, con esofago di Barrett o con patologia extraesofagea, suggerendo differenti strategie terapeutiche, sempre comunque basate, in caso di MRGE, sugli inibitori di pompa protonica.

A livello di automedicazione, in caso di episodi sintomatici, si suggerisce l'uso di farmaci OTC (antiacidi, antagonisti recettori H2, inibitori di pompa protonica se disponibili) tramite consiglio del farmacista, riservando una consultazione medica nel caso di insoddisfacente risposta terapeutica.

### ■ Considerazioni

Se questo tipo di strategia appare condivisibile, soprattutto pensando a una mediazione internazionale che tiene conto delle diverse regolamentazioni

### Definizione globale di MRGE

(*American Journal of Gastroenterology* 2006; 101: 1900-20)

La Consensus Conference di Montreal 2005 presenta 51 affermazioni, le prime sei delle quali si riferiscono alla definizione globale di MRGE

1. La MRGE è una condizione che si sviluppa quando il reflusso di contenuti gastrici causa sintomi fastidiosi e/o complicazioni.
2. La MRGE è comune e la sua prevalenza varia nelle diverse parti del mondo.
3. I sintomi correlati al reflusso gastroesofageo diventano fastidiosi quando interferiscono negativamente sul benessere dell'individuo.
4. Sintomi da reflusso che non sono fastidiosi non dovrebbero essere diagnosticati quali MRGE.
5. In studi di popolazione sintomi lievi che si presentano almeno due volte la settimana o sintomi moderati-severi più di una volta la settimana sono spesso considerati fastidiosi dai pazienti.
6. Nella pratica clinica il paziente dovrebbe determinare se i sintomi sono fastidiosi.

Tabella 1

### Sintesi dell'algoritmo sul trattamento della MRGE

Livello	Tipologia	Ambito	Strategia
1	Automedicazione Self-care	Sintomi occasionali	Farmaci da automedicazione (antiacidi, H2RA, IPP se disponibili)
2	Cure primarie	Insuccesso automedicazione Sintomi fastidiosi all'esordio	IPP ± antiacidi, terapia intermittente o continuativa, dosaggio personalizzato
3	Cure secondarie (specialistica)	Insuccesso terapia primaria Sintomi allarmanti	Accertamenti Terapia in relazione a esiti

presenti nei vari Stati, è sorprendente come si sia ancora una volta riservati di inserire l'esame gastroscopico al livello delle sole cure secondarie, ignorando anni di esperienza di endoscopia a livello di cure primarie basata sul libero accesso da parte del Mmg.

In questi anni si è molto lavorato dal punto di vista educativo nel promuovere un corretto uso dell'esofago-gastroduodenoscopia (EGDS) da parte del Mmg, incluso il caso di paziente non responder a una terapia corretta, limitando perciò la valutazione specialistica ad un tempo successivo, in relazione alla necessità di approfondimento diagnostico o di consulenza terapeutica, disponendo già del dato endoscopico. Certamente in alcuni paesi l'EGDS è molto costosa, tuttavia dati epidemiologici portano a concludere che attorno al 50% dei pazienti con sintomi da MRGE sono avviati ad accertamento endoscopico nel giro di breve tempo dalla diagnosi, indipendentemente dalla presenza di sintomi d'allarme, per motivazioni complesse inclusa la volontà del paziente. Una considerazione finale riguarda le basi metodologiche dell'algoritmo proposto.

Negli ultimi anni la medicina generale è stata sommersa di proposte di protocolli-linee guida-algoritmi in tutte le varie discipline, per seguire le quali è stato calcolato occorrerebbero 4 cervelli, 15 computer, uno staff di collaboratori modello NASA, oltre a una giornata di 48 ore lavorative.

Evidentemente dobbiamo essere in grado di operare una scelta, che dovrebbe essere compiuta intuitivamente a monte, a livello organizzativo, nell'atto di promuovere (e finanziare) o meno queste attività di realizzazione di protocolli in funzione della loro ricaduta sulla pratica.

Tuttavia queste scelte sono invece necessariamente operate a livello individuale, almeno fino a quando non avverrà una vera integrazione nelle unità di primary care.

Quali possono quindi essere i criteri per valutare la validità di un algoritmo, la sua attendibilità e la sua trasferibilità alla pratica della medicina generale?

I principali criteri sono costituiti dalla valutazione dell'attinenza degli argomenti trattati (come in questo caso) e se è stato realizzato con il coinvolgimento della medicina generale (anche tale criterio è rispettato in questo panel). Purtroppo nella produzione di questa consensus di esperti mancano altri requisiti fondamentali quali l'esplicitazione delle modalità di ricerca delle evidenze, in quanto è necessario raccogliere e valutare tutto il materiale disponibile per evitare di selezionare solo produzioni scientifiche che portino acqua in direzione di tesi precostituite e conseguentemente il grading delle raccomandazioni. Graduare le raccomandazioni, indicando su quale livello di evidenza sono basate, rappresenta l'unica possibilità per capire la forza delle raccomandazioni stesse nella loro traducibilità nella pratica clinica. Infine, tra i criteri di valutazione non deve essere dimenticato il potenziale conflitto di interessi: in questo caso la consensus conference, che sottolinea l'importanza del trattamento con antiacidi nell'automedicazione, è stata supportata da una casa farmaceutica produttrice di antiacidi.