

Malattia da reflusso gastroesofageo: alcuni nodi da sciogliere

Cesare Tosetti

Medico di medicina generale
Specialista in gastroenterologia
Porretta Terme (BO), Simg

Molti aspetti fisiopatologici della MRGE sono stati chiariti e spesso gli strumenti terapeutici a disposizione permettono di ottenere risultati soddisfacenti. Tuttavia restano alcune aree grigie ancora scarsamente considerate dalla ricerca, con le quali la medicina di famiglia si confronta quotidianamente

La gestione della malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) rappresenta uno degli aspetti tipici della cosiddetta "primary care gastroenterology".

Molti aspetti fisiopatologici della MRGE sono stati chiariti e abbiamo a disposizione strumenti terapeutici per ottenere risultati per lo meno soddisfacenti nella maggior parte dei casi che si presentano all'osservazione. Tuttavia restano alcune aree grigie che sorprendentemente continuano a essere scarsamente considerate dalla ricerca, o meglio, per le quali gli interessi della medicina specialistica non coincidono completamente con quelli della medicina generale.

In queste situazioni le popolazioni studiate, i mezzi di valutazione e di analisi, i linguaggi clinici risultano differire di quanto basta a rendere scarsamente trasferibili i trial originati da strutture di riferimento nella pratica clinica.

Senza la pretesa di essere esaustivo di seguito elenco quelli che secondo la mia esperienza sono nodi da chiarire - che ritengo vengano scarsamente considerati oppure male interpretati - esposti in rigoroso ordine personale di importanza inversa.

► **Chi trattiamo?**

Limitandosi a leggere gli abstract o le conclusioni degli studi possiamo fare un po' fatica a comprenderlo, ma se abbiamo l'interesse o il tempo di leggere la metodologia di studio non faremo fatica a intravedere che le popolazioni studiate con sin-

tomati dell'addome superiore sono selezionate in base al risultato che si vuole ottenere. Non esiste chiarezza nell'includere i soggetti oggetto di studio tra dispepsia e reflusso: spesso studi sulla dispepsia per ottenere buoni risultati con gli antisecretori includono soggetti con sintomi tipici da MRGE e viceversa negli studi per la MRGE spesso i soggetti sono ultra-selezionati con la sola pirosi.

La trasferibilità di questi risultati alla popolazione della medicina generale risulta perlomeno problematica.

► **Babele di terminologia**

La terminologia del settore è confusa e difficile: se gli esperti non sono d'accordo fra loro sull'applicazione delle definizioni di dispepsia e di MRGE figuriamoci le difficoltà presenti nella pratica quotidiana. Il termine "pirosi" è francamente incommunicabile ai pazienti, il tentativo di descrivere il sintomo nasconde trabocchetti: provate a chiedere a un paziente se sente bruciore allo sterno e potrebbe giustamente rispondervi che i bruciori li sente all'interno.

► **Derivazioni inappropriate**

Cercare di trasferire test o strumenti da un setting all'altro in modo inappropriato porta a guai più o meno importanti. Quando si è provato a introdurre su larga scala il PPI test per la diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo, dimenticando che è un ottimo strumento per la diagnostica differenziale del dolore toracico, abbiamo dovuto

perdere alcuni anni finché fossero disponibili i risultati che confermarono una specificità assolutamente insufficiente dal punto di vista operativo, proprio al contrario del setting in cui era stato correttamente proposto.

Un ragionamento analogo può essere impiegato per l'uso dei questionari quale strumento per la valutazione sintomatologica o la qualità della vita. Questi strumenti sono impiegati dal punto di vista sperimentale, ma non validati nella pratica corrente della medicina generale.

Dobbiamo tenere presente che nel modello organizzativo attuale, nonostante il supporto degli strumenti informatici, è impossibile gestire questionari formati da decine di domande.

Parafrasando i suggerimenti sugli assetti societari possiamo ritenere che in medicina generale il numero di domande ideali di un questionario è dispari e inferiore a due.

► **Aspettative**

Il paziente avrebbe una sola aspettativa: guarire. Se riusciamo a fargli capire che si tratta di una patologia cronica che possiamo tenere controllata, emergono le aspettative secondarie: dominare i sintomi, evitare le complicanze, recuperare una buona qualità di vita, ma anche minimizzare i controlli, usare pochi farmaci e non penalizzare l'alimentazione e le abitudini di vita.

Questo risulta un po' difficile se i messaggi che arrivano dai media sanciscono il diritto a una risoluzione

ne incondizionata del problema. Dobbiamo renderci conto che nella maggior parte dei casi i pazienti sono perplessi nel partecipare alla gestione (farmacologica o per stili di vita) di una patologia che non è strettamente documentabile, per esempio come un'ulcerazione o un'alterazione biochimica, con il dubbio persistente che stiamo trascurando qualcosa.

► **MRGE in assenza di esofagite (NERD)**

La piramide della cronicità è ben nota a tutti: consiste in una larga base di patologia a livello subclinico, più facilmente controllabile rispetto al vertice costituito da un gruppo di individui con patologia grave e complicata. Ad una piramide epidemiologica di questo tipo viene generalmente corrisposta una piramide rovesciata di consumo che vede i pochi individui con patologia severa assorbire una larga parte di risorse (si pensi alle necessità chirurgiche). Questo nella MRGE non è completamente vero a causa del fenomeno NERD, cioè la cosiddetta MRGE in assenza di esofagite, molto più frequente della forma con complicità esofagea, che però assorbe un quantitativo straordinario di energie e risorse, a causa della minore risposta terapeutica e del consumo periodico di risorse diagnostiche.

► **Appropriatezza e accertamenti**

Le dolenti note dell'uso dell'endoscopia: dolenti in quanto in genere l'efficacia del test viene giudicata sulla base dei risultati che produce quali individuazione di reperti patologici. Sappiamo che circa la metà dei pazienti con diagnosi di MRGE effettuerà una gastroscopia in tempi brevi - entro sei mesi dalla diagnosi - e non solo a causa di sintomi di allarme. È evidente che in molto di questi soggetti l'endoscopia non modificherà l'approccio terapeutico, come è pure evidente che l'ansia di altri sarà calmata solo temporaneamente. Tuttavia le motivazioni che portano all'esecuzione di una endoscopia sono molteplici e coinvolgono aspetti di familiarità, di epide-

miologia neoplastica, di polifarmacologia, che devono essere presi in considerazione parimenti alla volontà del paziente. Questo lo sanno bene anche gli specialisti. Evitiamo di trasferire impropriamente i risultati di modelli organizzativi e contesti sociali completamente differenti dai nostri, quali il Nord America e i Paesi scandinavi.

► **Presentazione atipica**

Una battaglia: comunicazioni non chiare tra specialisti di discipline differenti danno spesso l'idea che la diagnosi di MRGE possa rappresentare un'oasi di salvezza di casi dubbi o difficili in otorinolaringoiatria e pneumologia. La ricaduta in medicina generale può generare conflitti con il paziente, basti pensare alle richieste di endoscopia a scopo di diagnosi di MRGE. Urgono chiarimenti e condivisione di percorsi.

► **Comorbidità e interazioni**

Le comorbidità e le interazioni farmacologiche sono il pane quotidiano della medicina generale.

C'è il paziente che assume farmaci che influenzano il tono dello sfintere esofageo inferiore, quindi potenzialmente condizionanti il reflusso, e c'è il paziente con MRGE che necessita di altri farmaci che potrebbero essere influenzati farmacodinamicamente dall'assunzione di antisecretori.

Alcune interazioni sono ben note, altre solo sospette. Quando si crede di avere ben bilanciato gli ingredienti per evitare sorprese in quel forno biologico che è il paziente, ci si mettono gli "integratori alimentari" a uso oculistico e ortopedico a completare l'impasto.

► **Rischio neoplastico**

Il rischio di neoplasia è in cima ai pensieri dei pazienti e anche a quelli dei medici. I dubbi dei pazienti portano a controlli endoscopici più frequenti di quanto preventivamente, d'altra parte è difficile accantonare per sempre l'idea di una rivalutazione di un paziente in terapia intermittente o continuativa, sapendo che il trattamento potrebbe ridurre

aspetti sintomatologici certamente aspecifici, ma tali da essere valutati in contesti clinici più ampi.

Sulla frequenza di rischio neoplastico in soggetti con infiammazione cronica delle prime vie digestive (bassa ma non nulla) si gioca molto della relazione triangolare tra Mmg, specialisti e pazienti.

► **Dolore toracico**

Un punto da non sottovalutare. La presentazione di una malattia coronarica acuta può nascondere sorprese: studi clinici dal pronto soccorso scozzesi ci dicono che sintomatologie di origine cardiaca, caratterizzate da sintomi che solitamente poniamo in relazione alle prime vie digestive, possono essere molto più frequenti di quanto sospettato. Per cui, evitando ogni banalizzazione, occorre non trascurare mai la possibilità di una angina che si presenti sotto forma di esordio o modificazione di sintomi digestivi, valutando il paziente nel complesso dei fattori di rischio cardiovascolare.

■ **Conclusioni**

Queste brevi considerazioni vogliono solo sottolineare la necessità di progredire nell'accuratezza della gestione del paziente con malattia da reflusso gastroesofageo nelle cure primarie.

Rispetto a questi pazienti occorre prudenza nella gestione dei sintomi, tenendo conto delle oscillazioni, variazioni ed evoluzioni cliniche, programmando se possibile un controllo periodico (non necessariamente strumentale) e rivalutando ogni modificazione.

Le aree grigie fisiopatologiche (NERD innanzitutto) si riflettono pesantemente sul management del singolo paziente e una gestione prevalentemente basata sui sintomi pone problematiche di intricazioni con altre patologie, sia come diagnostica differenziale sia come trattamento. Quello che ancora risulta carente è il coinvolgimento della medicina generale nelle linee programmatiche finalizzate a sviluppare criteri operativi specifici per le cure primarie.