

Dalla stampa internazionale

Enzo Brizio

A partire da questo numero verranno pubblicate le sintesi di alcuni tra gli articoli più interessanti comparsi nell'ultimo mese sulle principali riviste scientifiche. La rubrica, realizzata dal dott. Enzo Brizio, ha lo scopo di fornire una tempestiva e ragionata informazione sulle novità più rilevanti per la medicina generale. Le riviste lette mensilmente sono riportate in tabella. Ovviamente, per motivi di spazio e di sintesi, solo alcuni articoli verranno recensiti. La scelta, inevitabilmente soggettiva, sarà basata sulla rilevanza ed autorevolezza degli studi.

American Journal of Gastroenterology
American Journal of Hypertension
American Journal of Medicine
American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine
Annals of Emergency Medicine
Annals of Internal Medicine
Annals of Surgery
Archives of General Psychiatry
Archives of Internal Medicine
Archives of Neurology
Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine
Arthritis & Rheumatism
BMJ (British Medical Journal)
Circulation
Clinical Infectious Diseases
JAMA (Journal of American medical Association)
Journal of American College of Cardiology
Journal of American Geriatric Society
Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism
Journal of Clinical Oncology
Journal of Infective Diseases
Journal of Nervous and Mental Disease
Journal of Pediatrics
Journal of the National Cancer Institute

Journal of Urology
The Lancet
MMWR (Morbidity & Morbidity Weekly Report)
NEJM (New England Journal of Medicine)
Neurology
Obstetrics & Gynecology
Pediatrics
Radiology

Steatosi epatica da causa ignota

È relativamente comune, per il medico di medicina generale, riscontrare elevati valori di transaminasi in pazienti che non sono dediti all'alcool, che non sono diabetici e che non presentano apparenti cause in grado di giustificare tale situazione. Un'indagine ecografica in tali soggetti generalmente evidenzia una steatosi epatica, che può essere definita "non alcoolica". Per studiare meglio il problema, alcuni ricercatori italiani hanno confrontato 46 pazienti affetti da tale steatosi con 92 controlli, parificati per sesso ed età, presentanti normali valori di transaminasi. Tutte le cause note di infarcimento grasso epatico erano state escluse: intolleranza glicidica, introduzione di alcool in quantità superiore a 20 g/die, epatite da HBV, epatite da HCV, infezione da EBV, epatopatie congenite. Un'analisi dell'assetto lipemico ha evidenziato valori di colesterolo normali, sia nei soggetti con steatosi sia nei controlli, mentre per quanto concerne i trigliceridi sono stati riscontrati valori elevati nel 61% di chi era affetto da steatosi, contro il 26% dei controlli. La glicemia basale risultò normale in tutti i soggetti dello studio, mentre l'insulinemia basale nei pazienti con steatosi risultò circa doppia rispetto a quella dei controlli. I predittori più efficaci di steatosi epatica non alcoolica si sono quindi dimostrati: la resistenza all'insulina, la trigliceridemia e l'insulinemia. Effettuando una selezione di soggetti non diabetici e non in sovrappeso, il risultato non si è modificato.

Commento: è possibile che il riscontro di steatosi epatica non alcool-correlata sia in parte dovuto a difetti congeniti o acquisiti del metabolismo glico-lipidico. La situazione è presente in pazienti diabetici ed in sovrappeso, ma non risparmia neppure i soggetti normopeso non diabetici. Non è ancora stato chiarito se in queste circostanze debba essere messo in atto un provvedimento terapeutico, e quale possa essere.

(American Journal of Medicine, nov. 99)

Si possono prevedere le varici esofagee?

Secondo le direttive dell'American College of Gastroenterology, tutti i pazienti affetti da cirrosi epatica devono essere sottoposti ad esofagoscopia al fine di poter identificare i portatori di varici esofagee e trattarli preventivamente mediante beta-bloccanti. Per verificare la validità di tale raccomandazione, sono stati effettuati due studi retrospettivi, coinvolgendo pazienti destinati al trapianto di fegato, per ricercare l'esistenza di eventuali fattori predittivi che potessero far ipotizzare la presenza di varici esofagee. Tutti i pazienti vennero sottoposti ad esofagoscopia, e vennero così rilevate varici esofagee nel 20%, in entrambi gli studi. Nel primo, i pazienti erano 346, ed in seguito ad analisi multivariate è risultato che le variabili indipendenti in grado di predire la presenza di varici esofagee sono due: la splenomegalia e la piastrinopenia (meno di 88.000/mmc). La prevalenza di varici esofagee risultò del 7% nei pazienti senza i due parametri, del 24% in quelli che ne possedevano almeno uno, e del 33% in coloro che li possedevano entrambi.

Il secondo studio ha preso in esame 98 pazienti ricoverati, e tra questi l'unico predittore di varici risultò la piastrinopenia inferiore ad 88.000/mmc: la prevalenza di varici nei pazienti piastrinopenici fu del 33%, mentre in coloro con conta piastrinica superiore ad 88.000/mmc le varici furono riscontrate nell'8% dei casi.

Commento: è molto più probabile riscontrare varici esofagee nei pazienti cirrotici che presentino contemporaneamente splenomegalia e piastrinopenia rispetto ai cirrotici privi di questi due segni di ipertensione portale. Tale riscontro potrebbe tradursi in una selezione dei pazienti da inviare all'endoscopia, anche se alcuni gastroenterologi affermano che la presenza di varici esofagee nel 7-8% dei pazienti cirrotici senza splenomegalia e senza piastrinopenia è una percentuale che impone comunque l'esecuzione dell'esofagoscopia a tutti, indipendentemente dalla presenza o meno di fattori predittivi.

(American Journal of Gastroenterology, nov. 99)

Quando utilizzare gli Anti-COX 2

Si parla molto, per lo meno da parte dell'industria farmaceutica, dei nuovi FANS antagonisti della ciclo-ossigenasi 2 (anti-COX2). Per vedere se il loro utilizzo sia effettivamente consigliabile, sono stati portati a termine due studi. Il primo ha esaminato 1149 pazienti affetti da artrite reumatoide, cui sono stati somministrati 100, 200 o 400 mg due volte al giorno di celecoxib, oppure 500 mg due volte al giorno di naprossene, oppure placebo. L'efficacia dell'anti-COX2 è risultata simile a quella del naprossene, a tutte le tre dosi impiegate, mentre gli effetti collaterali, specialmente gastroenterici (dispepsia, dissenteria, dolori addominali, nausea, flatulenza), si sono manifestati nel 26% dei pazienti trattati con celecoxib e nel 31% di quelli trattati con naprossene. Le erosioni endoscopicamente

dimostrate della mucosa gastroduodenale si sono avute nel 4% dei pazienti trattati con placebo, nel 5% di quelli trattati con celecoxib e nel 26% di quelli trattati con naprossene. Solamente 1 paziente (trattato con naprossene) ha manifestato un'ulcera clinicamente evidente.

Nel secondo studio sono stati esaminati i dati di 8 RCT coinvolgenti 5435 pazienti: la frequenza di ulcere sanguinanti, perforazioni o altri sintomi maggiori fu decisamente meno frequente con il rofecoxib (1.3% pazienti/anno) rispetto che con i FANS tradizionali (2.6% pazienti/anno). La semplice dispepsia fu invece rilevata rispettivamente del 23.5% e nel 25.5.% dei pazienti.

Commento: indubbiamente l'incidenza di complicanze gravi da terapia anti-infiammatoria è minore con i nuovi FANS anti-COX2 rispetto ai più tradizionali antiflogistici; se invece si va ad esaminare la differenza negli effetti secondari non gravi, il vantaggio degli anti-COX2 diminuisce sensibilmente. Non pare quindi indicato ricorrere a tali farmaci in modo indiscriminato, ma riservarli a pazienti ad alto rischio di sanguinamento intestinale (ad esempio, pazienti anziani con storia pregressa di ulcera, oppure pazienti in pluriterapia ad effetto lesivo gastrointestinale). Per completezza, occorre segnalare che i due studi citati sono stati sponsorizzati dalle ditte farmaceutiche produttrici di celecoxib e di rofecoxib.

(JAMA, 24 nov. 99)

