

Dispepsia, strategie di intervento

S. Gherardi, C. Santi

Le linee guida della Consensus di Maastricht, a cui hanno contribuito specialisti gastroenterologi, esperti nella ricerca dell'*Helicobacter pylori*, e medici generali, sono considerate le più valide per la gestione del paziente dispeptico.

In un sistema sanitario che impone la razionalizzazione dei processi di diagnosi e cura per l'ottimizzazione delle scarse risorse disponibili, la gestione del paziente con problema dispeptico, assume una grossa rilevanza nell'ambulatorio del Medico Generale. La letteratura internazionale evidenzia che il problema dispepsia costituisce il 5% delle visite in medicina generale, con un'incidenza annua dell'1.6%-8% e una prevalenza assai variabile che va dal 15% al 40% della popolazione generale; d'altra parte sono rilevanti le controversie relative al modo di gestire il paziente con tale tipo di problema.

Scopo del presente articolo è illustrare il lavoro svolto da un gruppo di medici generali della SIMG di Napoli, facenti parte del gruppo che nell'ambito del Progetto Linee-guida della Regione Campania ha affrontato il problema della gestione del paziente dispeptico, per la cooperativa COMEGEN.

Metodi. Nel gennaio del 1998 il gruppo, costituito da dieci medici, ha analizzato in sedute di peer-review il proprio comportamento e quello di altri dieci colleghi esterni al gruppo valutando le risposte ad un questionario sulla gestione del paziente dispeptico precedentemente somministrato. Mentre la maggior parte dei colleghi aveva chiara la definizione di dispepsia, una differenza rilevante è stata evidenziata relativamente alla "prima indagine" che essi facevano nell'iter diagnostico del problema "dispepsia" (Fig. 1). Solo un collega, quello che suggeriva l'endoscopia come primo approccio diagnostico, accennava al problema dell'*Helicobacter pylori* e della sua relazione con la dispepsia non ulcerosa.

Il bisogno formativo chiaramente evidenziato ci ha spinto ad organizzare due corsi di formazione sul problema "dispepsia". La grossa variabilità dei comportamenti e il desiderio di razionalizzarli con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei pazienti ha poi sollecitato il gruppo ad esaminare – con la consulenza di un esperto dell'Istituto di Epidemiologia Clinica dell'Università Federico II di Napoli e di una specialista gastroenterologa – le linee-guida esistenti in materia.

La linea guida prodotta dal Consensus di Maastricht, a cui hanno contribuito specialisti gastroenterologi, esperti nella ricerca sull'*Helicobacter Pylori* e medici generali, è stata dal gruppo ritenuta la più valida tra le linee-guida proposte: era descritto chiaramente il setting e il paziente a cui si rivolgeva; le raccomandazioni in essa contenute erano sostenute da evidenze ben esplicitate; le varie opzioni diagnostiche e terapeutiche erano chiarite e, sempre supportate da evidenze, tenevano infine conto del rapporto costo/beneficio e costo/opportunità delle soluzioni proposte.

Il gruppo, dal marzo al giugno '98, ha sperimentato, quindi, l'applicazione delle linee-guida, ma solo 4

colleghi hanno fornito dati poi giudicati attendibili (3 medici hanno abbandonato volontariamente lo studio e 3 hanno riferito difficoltà nel raccogliere i dati secondo le procedure concordate).

Risultati e conclusioni. Su una popolazione di 4670 assistiti, i pazienti afferiti agli ambulatori e definiti dispeptici secondo la definizione di Talley '91 sono stati 186 (4%) (Fig. 2). Di questi, 79 (43%) erano di età <45 anni e 2 di essi presentavano sintomi d'allarme (1 anemia, 1 dimagrimento).

I 77 pazienti di età <45 anni e senza sintomi d'allarme sono stati sottoposti al dosaggio degli anticorpi anti-Helicobacter Pylori per l'impossibilità ad eseguire nelle nostre zone l'Urea Breath Test.

Due pazienti hanno avuto una risposta al test sierologico dubbia. 47 pazienti sono risultati HP negativi, 28 sono risultati positivi; dei 28 HP positivi 12 sono stati sottoposti a terapia eradicante (non hanno presentato sintomi a 6 mesi) e 16 hanno avuto ripresa sintomatologica, dopo il trattamento eradicante. In definitiva solo per 12 pazienti su 75 le raccomandazioni di Maastricht hanno avuto un favorevole rapporto costo/beneficio.

Questi dati hanno indotto il gruppo a giudicare poco efficace le linea-guida di Maastricht per la gestione in medicina generale di tutti i pazienti dispeptici. Tali linee-guida però potevano essere praticabili nei riguardi di un sottogruppo di pazienti che presentavano all'anamnesi, come sintomo significativo e predominante, l'epigastralgia: in pratica i pazienti ulcer-like. I dati della letteratura ci davano da allora numerose segnalazioni in tal senso.

Su una popolazione di 2.700 assistiti (2 medici del gruppo non hanno partecipato al progetto), nel periodo aprile-luglio 1999, i dispeptici giovani, senza sintomi di allarme, che potevano essere considerati ulcer-like sono stati 15, pari al 28% dei dispeptici giovani.

In questi pazienti l'UBT (finalmente disponibile) ha dato un risultato positivo nel 72% dei casi (11 pazienti). Nessun paziente, tranne uno, ha presentato sintomi a sei mesi dopo il trattamento eradicante.

Conclusione. Questi dati, pur non avendo alcun valore statistico ed epidemiologico, mostrano come la raccolta e la loro elaborazione rappresentino un momento importante per i Medici di Medicina Generale; il processo di audit interno fa riflettere sul modo di gestire i problemi e soprattutto diventa possibile la ricerca; è possibile pervenire a decisioni ed a strategie che oggi vengono scelte solo sulla base di ricerche effettuate in ambiti diversi dalla medicina generale.

I cambiamenti della gestione del paziente dispeptico indicati nell'ultimo anno dalla letteratura scientifica sono stati da noi sperimentati "sul campo".

Auspichiamo che la Medicina Generale e la raccolta e l'elaborazione dei dati possano contribuire a chiarire gli aspetti ancora controversi su questo delicato e complesso problema clinico.

