

6

Reflusso gastro-esofageo: il paradosso dell'approccio evidence-based

Nella pratica clinica del medico generale (MG) la sindrome da reflusso gastro-esofageo (SRGE) è ancora frequentemente considerata un tutt'uno con la dispepsia, anche se il Gruppo di lavoro di Roma II (1999) ha chiaramente limitato il termine di dispepsia ai sintomi di dolore e disagio (discomfort) centrato sull'addome superiore.

SRGE e dispepsia dovrebbero quindi avere approccio e gestione nettamente distinti. Questa premessa è importante per comprendere quanto segue senza far confusione. In un contesto nel quale la prevalenza della patologia peptica fa registrare un netto calo, la SRGE sta progressivamente acquistando il posto di protagonista tra le patologie dell'apparato digerente, in quanto è la più diffusa a livello delle cure primarie (qualcuno parla di vera e propria epidemia) e nel 60% dei casi non corrisponde alla presenza di esofagite endoscopicamente dimostrabile (1).

Parallelamente al crescere della rilevanza della SRGE tra i problemi quotidianamente affrontati dal MG si è assistito in questi ultimi anni al verificarsi di un paradosso nell'approccio evidence-based al problema.

Il paradosso

In Italia molti medici generali:

a) soffrono ancor oggi di una sorta di storico "complesso di colpa" per aver trattato in passato in maniera empirica e indiscriminata con antisecretori tutti i sintomi dispeptici, sotto-utilizzando l'endo-

Sindrome da reflusso gastroesofageo

Questionario di valutazione della qualità di vita dei pazienti (6)

Domande sui disturbi (contrassegnare la risposta scelta)						
1. Quanto è intenso il bruciore retrosternale?	0	1	2	3	4	5
2. Come si comporta il bruciore in posizione sdraiata?	0	1	2	3	4	5
3. Come si comporta il bruciore in posizione eretta?	0	1	2	3	4	5
4. Come si comporta il bruciore dopo i pasti?	0	1	2	3	4	5
5. Il bruciore condiziona la tua alimentazione?	0	1	2	3	4	5
6. Il bruciore ti sveglia dal sonno?	0	1	2	3	4	5
7. Hai difficoltà di deglutizione?	0	1	2	3	4	5
8. Hai dolore nella deglutizione?	0	1	2	3	4	5
9. Dover assumere farmaci è per te motivo di disturbo/disagio, e quanto?	0	1	2	3	4	5
10. Come descriveresti attualmente il tuo stato generale?	Molto soddisfacente	Soddisfacente	Né male né bene	Insoddisf.	Molto insoddisf.	Non riesco a far nulla

Score dei sintomi: 0=assente/per nulla/no · 1= presente ma non fastidioso; 2= presente e fastidioso ma non ogni giorno; 3= fastidioso ogni giorno; 4= interferisce con le normali attività quotidiane; 5= non consente la normale attività quotidiana
Per l'indicatore n. 9, indicare il grado di fastidio da 0 (assente) a 5 (altamente disturbante)

Tradotto dall'originale di Velanovich (6)

scopia, che consente un trattamento razionale e differenziato della patologia dispeptica basato su una precisa diagnosi strumentale;

b) sono stati spesso criticati dagli specialisti gastroenterologi (e perfino dai funzionari amministrativi) per aver trattato pazienti dispeptici con inibitori della secrezione acida, magari “al bisogno”, sulla sola base dei sintomi, e di aver diagnosticato in ritardo qualche ulcera gastrica degenerata in cancro a causa della “copertura” dei sintomi data dagli H₂-antagonisti e dagli Inibitori della pompa protonica (IPP).

E tutto questo è rimasto un po' come un marchio di scarsa cultura e scientificità per la MG nel nostro paese, in quanto nella gestione della SRGE si profilava una prospettiva *evidence based* fondata sulla diffusione anche alle cure primarie di un approccio “sintomo-endoscopia-trattamento” con uso di antisecretori solo in presenza di esofagite e con i procinetici per il disturbo funzionale (assenza di esofagite).

L'attuale evidenza che si sta sviluppando nel campo

della SRGE non va invece in questa direzione: la “moderna diagnosi” di SRGE non si basa sull'endoscopia ma sul sintomo (rigurgito e pirosi retrosternale) ed è confermata da un test “empirico” con inibitori della pompa protonica (IPP test) (2). Salvi i casi dei pazienti in età avanzata, con sintomatologia protratta negli anni o con sintomi di allarme, nei quali è indispensabile un'esofagogastroduodenoscopia in prima istanza.

In base agli esiti di questo test è possibile ipotizzare la diagnosi di SRGE anche in caso di sintomi atipici (dolore retrosternale, asma e tosse cronica, disturbi ORL).

In realtà il test IPP si differenzia sostanzialmente da una banale terapia empirica in quanto ha un dosaggio preciso (omeprazolo 20 mg, pantoprazolo 40 mg, rabeprazolo 20 mg) per 2 volte alla settimana per 14 giorni (un mese in caso di sintomi atipici).

I sintomi del paziente vanno valutati per intensità e frequenza (possibilmente con l'aiuto di un questionario (vedi box) strutturato sui sintomi e sulla qualità di vita) all'inizio e alla fine del test.

Le attuali evidenze

Il test al PPI è sensibile almeno come la pH-metria/24 ore nella diagnosi di sindrome da reflusso gastroesofageo rendendo quindi inutile il ricorso a tale diagnostica invasiva e costosa eccetto in casi molto selezionati.

La terapia non viene dunque condizionata, almeno inizialmente, dalla presenza o meno dell'esofagite (cosa che renderebbe indispensabile un'endoscopia iniziale per tutti) ma oggi viene considerato razionale un trattamento almeno iniziale con IPP in tutti i casi, senza una dimostrata utilità (evidence-based) di associazione con procinetici.

La valutazione dell'efficacia della terapia non si basa su esami invasivi come la esofagogastroduodenoscopia, confrontando le lesioni prima e dopo la cura, **bensì sulla percezione soggettiva dei sintomi da parte del paziente**, anzi ciò che viene valutato non è nemmeno l'intensità dei sintomi stessi ma il loro impatto con le attività quotidiane del paziente, il che è un elemento ancora più soggettivo rispetto alla semplice intensità del sintomo.

Per rendere oggettivata e riproducibile tale valutazione si stanno diffondendo **test validati e specifici sui sintomi e sulla Qualità della vita correlata alla salute (HRQoL)** come il GERD-HRQoL di Velanovich (3-4).


Anche **la terapia a lungo termine** e addirittura il trattamento ottimale secondo una logica di costo-beneficio, alla luce della più recente revisione dei trial clinici e degli studi di farmacoeconomia, **si basa sulla valutazione soggettiva del paziente di un trattamento "on demand"**, cioè al bisogno, al dosaggio minimo efficace (5).

Conclusioni

Nella gestione della SRGE le più recenti evidenze danno più di un motivo di "scandalo" ai tanti colleghi che anche in Italia vedono la scientificità e la *Evidence Based Medicine* come sinonimo di diffusione di esami invasivi, di diagnosi basate sempre sulla dimostrazione di una lesione – magari con esame isto-



logico – e di protocolli di trattamento rigidamente direttivi nei confronti del paziente.

Ricordiamo tuttavia che questa paradossale rivalutazione *evidence-based* di un apparente "empirismo", in realtà nasconde la necessità di una capacità elevata di applicare l'arte medica nel differenziare con precisione i sintomi del reflusso da quelli che potrebbero far sospettare patologie gastro-duodenali, riconoscere i sintomi di allarme, agganciare i pazienti a follow-up precisi valutandoli a scadenze stabilite e far praticare gli opportuni esami invasivi se i sintomi persistono. 

La bibliografia è disponibile nella versione web della rivista