

APPROCCIO ALLA DISPEPSIA NEL GIOVANE: L'IMPIEGO DEL BREATH TEST

ALBERTO BOZZANI

Medico Generale e Specialista in
Gastroenterologia, Area Gastroenterologica,
Società Italiana di Medicina Generale

La migliore strategia per il management della dispepsia al primo livello di cure, dalla scoperta del ruolo dell'HP nella patogenesi dell'ulcera peptica in avanti, è sempre rimasto un argomento controverso.

Se appare evidente che per lo studio del paziente > 45 o > 55 con fattori di rischio per neoplasia, segni o sintomi di allarme, occorre arrivare a definire l'esatta diagnosi con un esame endoscopico – in assenza di controindicazioni –, è assai più difficile decidere l'approccio iniziale in tutti gli altri pazienti, più giovani e senza fattori di rischio per patologia grave, che rappresentano, tra l'altro, la maggioranza di coloro che si presentano nell'ambulatorio del Medico Generale.

Dare indicazione per una esofagogastroduodenoscopia a tutti i dispeptici al livello di cure primarie è un'opzione suggerita da molti, specialmente dagli endoscopisti di estrazione chirurgica, e potrebbe mettere al riparo da sottovalutazioni e ritardi diagnostici con le loro conseguenze medico legali, ipotizzando – ma potrebbe essere contestabile – che l'endoscopia, pur essendo un esame invasivo, sia assolutamente sicura per il paziente.

Peraltro, come conclude una recente revisione¹, nonostante la convinzione radicata in molti, i costi di questa strategia sono elevati e non esiste alcuna evidenza che sia valida, anzi *“la preponderanza dei dati oggi disponibili non è a sostegno dell'efficacia dell'endoscopia nel management della dispepsia”*.

DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Nella realtà attuale delle cure primarie l'applicazione pratica di tale strategia non è semplice: la consapevolezza dei costi, il rifiuto di molti pazienti a sottoporsi ad esami invasivi, la transitorietà dei sintomi e le lunghe attese prima dell'esame endoscopico, hanno determinato di fatto nella maggioranza dei Medici Generali una scissione tra i propositi teorici e il comportamento reale di fronte al paziente dispeptico con un conseguente abuso, al di fuori di ogni linea guida, della terapia empirica e della diagnostica radiologica.

TEST-AND-SCOPE? TEST-AND-TREAT?

Dopo che l'opportunità di una strategia *“test and scope”* era stata definitivamente accantonata con la pubblica-

zione del recente trial di Delaney et al.², le obiezioni ad una strategia alternativa di *“test and treat”* (come test si considera il *breath test* per l'*Helicobacter*) o più propriamente di *“test and eradicate”* rimanevano le seguenti:

- 1) il rischio di trattamenti eradicanti inutili in pazienti con dispepsia non ulcerosa per la quale non era provato il beneficio dell'eradicazione;
- 2) il rischio di non riconoscere precocemente delle neoplasie;
- 3) la scarsa rassicurazione del paziente di questa strategia rispetto ad un'endoscopia seppur negativa e il rischio conseguente di dover comunque poi fare un'endoscopia dopo il test non invasivo.

Per quanto riguarda la prima affermazione una recente metanalisi³ indica che l'eradicazione dei dispeptici Hp+ *“è un trattamento superiore al placebo nel risolvere i sintomi anche nella dispepsia non ulcerosa ed è efficace allo stesso modo di altri trattamenti oggi disponibili”*.

Come provato da un modello di analisi economica si tratta anche di una strategia economicamente conveniente in Italia almeno nel sottogruppo dei pazienti giovani, senza segni e sintomi di allarme, con dispepsia simil-ulcerosa⁴; inoltre l'incidenza di neoplasia gastrica nei pazienti giovani è trascurabile e comunque i sintomi difficilmente scompaiono dopo eradicazione e non esiste prova che un ritardo diagnostico di poche settimane influenzi significativamente la prognosi.

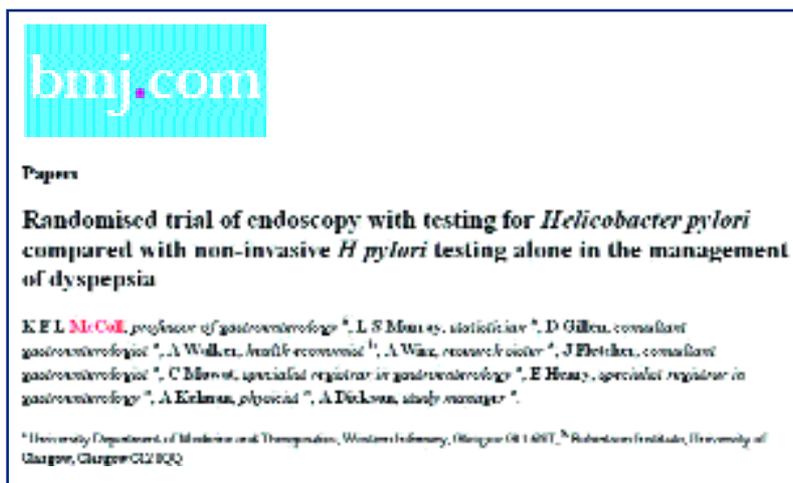
I DATI RECENTI

Per arrivare a conclusioni valide per fornire raccomandazioni ai Medici Generali non erano sufficienti tuttavia gli studi sui modelli; si aspettava quindi un trial su un numero elevato di pazienti. Il trial, il primo del genere, è stato pubblicato il 27 aprile scorso sul *British Medical Journal* dal gruppo di Glasgow di McColl et al.⁵.

Sono stati studiati 708 pazienti di età < 55 anni con dispepsia non complicata senza sintomi e segni di allarme, familiarità per neoplasia gastrica, storia di chirurgia gastrica, uso recente di FANS.

Il sintomo predominante era il dolore o il *discomfort* in epigastrio nel 54% dei casi, pirosi e rigurgito nel 29% e una varietà di sintomi gastrointestinali nel rimanente gruppo.

I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi: il primo



che prevedeva una strategia basata sull'endoscopia e sul *breath test* e il secondo solo sul *breath test*.

L'outcome è stato misurato ad un anno basandosi sui sintomi (verificati prima e dopo la terapia con un questionario validato: *Glasgow Dyspepsia Severity Score*) e sulla qualità di vita percepita misurata con SF 36.

La terapia eradicante è stata effettuata mediante ciclo di una settimana dello schema OCA: omeprazolo, claritromicina, amoxicillina (o metronidazolo in caso di intolleranza).

La prevalenza dell'infezione da HP è stata del 50%. Tra i pazienti sottoposti a endoscopia un reperto di normalità è stato riscontrato in 136/172 negli Hp+ e in 156/165 negli Hp-; un'ulcera peptica in 32/172 degli Hp+ e in 6/165 degli Hp-. Negli altri casi sporadici riscontri di esofagite di II grado e in un solo caso di un maltoma di basso grado che ha necessitato solo di eradicazione Hp. Nessun caso di neoplasia gastrica.

A 12 mesi dall'eradicazione degli Hp+ e dal trattamento con terapia adeguata degli Hp- non c'era differenza negli score dei sintomi dispeptici tra i due gruppi. Solo l'8% dei pazienti nel gruppo randomizzato all'uso del *breath test* come test diagnostico ha avuto bisogno di eseguire una esofagogastroduodenoscopia nei 12 mesi di osservazione. In compenso il test non invasivo è stato molto più gradito da parte dei pazienti. Il potere di rassicurazione del *Breath test* è risultato uguale a quello della endoscopia. Certamente questo trial non consente di estrapolare conclusioni definitive, anche perché vi sono alcuni elementi

che ancora confondono il quadro: ad esempio il 40% circa degli Hp+ è stato trattato con antisecretori dopo l'eradicazione a fronte di una prevalenza attesa di patologia peptica solamente di circa il 20% e lo stesso è accaduto nel 45% degli Hp- tra i quali l'ulcera peptica era da aspettarsi solo nel 2%; inoltre la presenza di quasi il 30% di pazienti con sintomo predominante suggestivo per sindrome da reflusso gastro-esofageo (per il quale è già stata dimostrata l'inefficacia della eradicazione) rende contestabile una strategia "*test and eradicate*" estesa a tali pazienti, come ha brillantemente messo in rilievo il collega Cesare Tosetti nella lettera di commento a questo trial pubblicata su un successivo numero del BMJ del maggio scorso.

CONCLUSIONI

Il lavoro sopra commentato è importante ed ha scalfito il tabù che faceva sentire in colpa chi adottava la strategia di eradicare i propri pazienti dispeptici giovani non complicati Hp+ dopo la semplice esecuzione di un C13 Urea *breath test* senza eseguire un'esofagogastroduodenoscopia, ma ancora la strategia ottimale in termini di costo/efficacia rimane da mettere a punto e una sempre migliore "stratificazione" dei pazienti per età, fattori di rischio e sintomo predominante potrebbe essere la strada da perfezionare per il futuro.

Bibliografia

- 1 Ofman JJ, Rabeneck L. The effectiveness of endoscopy in the management of dyspepsia: a qualitative systematic review. *Am J Med* 1999;106:335-46.
- 2 Delaney BC, Wilson S, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Weam A, et al. Randomised controlled trial of *Helicobacter pylori* testing and endoscopy for dyspepsia in primary care. *BMJ* 2001;322:898 (14 April).
- 3 Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Forman D, Mason J, Innes M, et al. on behalf of the Dyspepsia Review Group. Systematic review and economic evaluation of *Helicobacter pylori* eradication treatment for non-ulcer dyspepsia. *BMJ* 2000;321:659-64.
- 4 Bozzani A, Sturkenboom M, Ravasio R, Nicolosi A. Diagnostic work-up and management of young patients with ulcer-like dyspepsia. A cost-minimisation study. *Eur J Gen Pract* 2001;7:148-53.
- 5 McColl KEL, Murray LS, Gillen D, Walker A, Wirz A, Fletcher J, et al. Randomised trial of endoscopy with testing for *Helicobacter pylori* compared with non-invasive *H. pylori* testing alone in the management of dyspepsia. *BMJ* 2002;324:999-1007.

**Versione corretta della Tabella a pagina 16 del volume
Prescrivere gli oppioidi nel dolore severo di Claudio Blengini
allegato alla rivista SIMG 4-5/2002**

Tabella B

Norme d'uso della ricetta per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis del testo unico.

N.B.: Queste norme sono stampate sulla seconda di copertina del frontespizio del blocchetto del nuovo Ricettario per la prescrizione degli stupefacenti.

1. La presente ricetta deve essere utilizzata per prescrivere, a soggetti affetti da dolore severo, solo i seguenti principi attivi:
 - buprenorfina;
 - codeina;
 - diidrocodeina;
 - fentanyl;
 - idrocodone;
 - idromorfone;
 - metadone;
 - morfina;
 - ossicodone;
 - ossimorfone;
2. I medicinali contenenti Buprenorfina come principio attivo devono essere prescritti con la presente ricetta solo quando sono ad uso iniettivo.
3. La ricetta ha validità di trenta giorni, escluso quello di emissione.
4. Il medico o il veterinario può prescrivere, con ogni ricetta, una terapia per un periodo non superiore a trenta giorni. La posologia indicata deve comportare che l'assunzione dei medicinali prescritti sia completata entro trenta giorni. Fatti salvi i casi in cui è necessario adeguare la terapia, la prescrizione non può essere ripetuta prima del completamento della terapia indicata con la precedente prescrizione.
5. Tutti i numeri utilizzati per indicare dosaggi, quantità, modo e tempi di assunzione devono essere scritti solo in lettere.
6. Con ogni ricetta possono essere prescritti sino a due medicinali diversi o due dosaggi diversi dello stesso medicinale.
7. Per le prescrizioni a carico del SSN il medico rilascia all'assistito la ricetta originale e la copia per il SSN; per le prescrizioni non a carico del SSN o veterinarie il medico rilascia solo la ricetta originale.
8. Il farmacista che dispensa i medicinali forniti dal SSN, appone i bollini autoadesivi sulla copia della ricetta per il SSN, sia nello spazio ad essi destinato, sia (ove necessita) sul retro della ricetta e, in mancanza di spazio, anche su un foglio allegato alla medesima.
9. Il farmacista che allestisce una preparazione magistrale indica il relativo costo nello spazio destinato ai bollini autoadesivi.
10. Il veterinario riporta nello spazio destinato ai bollini autoadesivi le parole "uso veterinario" e, nello spazio destinato al codice del paziente, indica la specie, la razza e il sesso dell'animale curato.
11. La ricetta risulterà firmata dal medico o dal veterinario in originale sulla prima pagina e in copia sulle altre.
12. Il medico o il veterinario conserva le copie non rilasciate all'assistito, per sei mesi e quindi provvede alla sua distruzione nel rispetto delle norme sulla riservatezza dei dati personali.

Disease Management
FOCUS

*Prescrivere gli oppioidi
nel dolore severo*
*La nuova regolazione italiana
in materia di stupefacenti*
Claudio Blengini

Ministero della Sanità
MOLTENI
PACTIVe
REGOLAZIONE