

MEDICO DI MEDICINA GENERALE ED INFEZIONE DA *HELICOBACTER PYLORI*: EVOLUZIONE DELL'APPROCCIO

Ricerca

CESARE TOSETTI, ENZO UBALDI

Area Gastroenterologica, SIMG

Benché la comunità scientifica internazionale abbia da tempo prodotto specifiche linee guida per la gestione dell'infezione da *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), in Italia i Medici di Medicina Generale non hanno mai potuto avvalersi di strumenti autorevoli prodotti a livello nazionale e approntati per la realtà epidemiologica ed organizzativa del Paese. Le linee guida maggiormente diffuse a livello internazionale sono quelle prodotte dall'*European H. pylori Study Group*¹ attraverso un complesso sistema di workshop cui partecipano rappresentanti delle diverse discipline, inclusa la Medicina Generale (MG), che sono meglio conosciute come linee guida di Maastricht, delle quali si attende una terza versione. A livello europeo sono state realizzate linee guida specifiche per le problematiche della MG ad opera della *European Society of Primary Care Gastroenterology* con il coinvolgimento di molti Paesi, ma che non sono state più aggiornate dopo la prima versione². In Italia la Federazione delle Malattie Digestive, che riunisce la Società Italiana di Gastroenterologia, l'Associazione Gastroenterologi Ospedalieri e la Società di Endoscopia Digestiva, ha realizzato linee guida sulla malattia peptica e sull'appropriatezza dell'endoscopia, senza il coinvolgimento della MG, non prendendo in considerazione l'insieme delle problematiche dell'infezione da *H. pylori*. Esponenti dell'Area Gastroenterologica SIMG hanno partecipato alla realizzazione delle linee guida di Maastricht I e di quelle dell'*European Society of Primary Care Gastroenterology*, nonché ad un simposio italiano realizzato a Cervia nel 1999 che ha prodotto la pubblicazione di un atto specifico³. Purtroppo nessuno di questi documenti ha avuto diffusione ed implementazione sistematica, per cui la maggior parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) hanno attinto informazioni dall'attività CUF nell'ambito delle note limitative per il rimborso dei farmaci inibitori della pompa protonica. Spesso proprio incontri di formazione centrati sull'interpretazione di queste norme

hanno rappresentato la maggiore fonte di dibattito sulla patologia in oggetto. Sono stati sufficienti? Il mondo scientifico in questi anni ha cercato di produrre evidenze per chiarire gli aspetti più confusi legati all'infezione da *H. pylori*, promuovendo una trasformazione delle conoscenze. La mancanza di un sistema sistematico di implementazione ha penalizzato il MMG italiano?

Per rispondere a queste domande abbiamo confrontato i risultati di un questionario⁴ somministrato allo stesso gruppo di MMG (appartenenti al Distretto di Porretta Terme, ASL di Bologna, 50.000 abitanti) a distanza di 7 anni (1998-2005) sulla propensione al trattamento dell'infezione da *H. pylori* in differenti patologie. Il gruppo dei MMG può essere considerato demograficamente stabile, dato la tipologia di ricambio in MG che ha coinvolto meno del 10% dell'insieme.

La Figura 1 mostra i risultati del confronto in rapporto alle indicazioni delle Note CUF (1998) ed AIFA (2005). Si può vedere come i MMG non abbiano mai avuto dubbi sull'utilità dell'eradicazione nei pazienti con ulcera gastrica o duodenale, mentre la percentuale di propensione è cresciuta nel MALT linfoma, entità piuttosto rara che la stessa CUF non aveva preso in considerazione nel 1998.

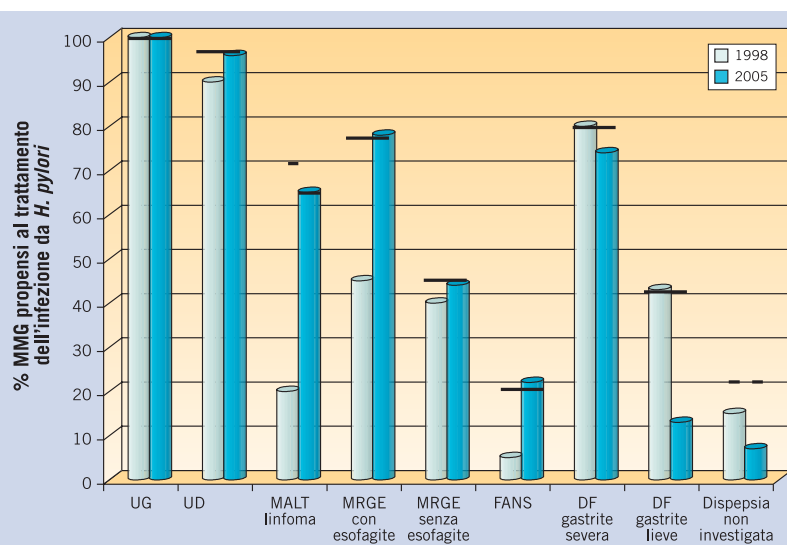


Figura 1

Percentuale di MMG propensi al trattamento dell'infezione da *H. pylori*: confronto tra anni 1998 e 2005. -/- = autorizzato/non autorizzato da CUF/AIFA; - = non considerato da note CUF/AIFA

Per quanto riguarda le cosiddette “aree grigie” quali l’infezione da *H. pylori* nella malattia da reflusso gastroesofageo, dispepsia funzionale o in terapia continuativa con FANS, i MMG tendono verso un approccio eradicante probabilmente per evitare la progressione della gastrite in caso di terapia acido-soppressiva a lungo termine, come da riconoscimento AIFA (anche se limitato alla malattia da reflusso gastroesofageo, per la quale sono disponibili le maggiori evidenze).

L’atteggiamento verso l’utilizzo della cosiddetta strategia “*test and treat*”, cioè dell’uso di un test non invasivo per la ricerca dell’infezione da *H. pylori* nella dispepsia non investigata, rimane invece molto prudente, mentre questo approccio è diffuso in tutta Europa, limitatamente ai soggetti giovani senza segni suggestivi di una patologia grave. La strategia *test and treat* è riconosciuta efficace da tutte le linee guida, incluse quelle della Federazione delle Malattie Digestive. Anche studi di farmaco-economia basati sull’ambiente italiano⁵ hanno dimostrato che è un procedimento sicuro e risparmiatore di risorse, in quanto fornisce un trattamento efficace nei pazienti predisposti a sviluppare un’ulcera peptica, risulta utile in alcuni casi di dispepsia funzionale, contribuisce a ridurre la progressione della gastrite e probabilmente a contrastare la carcinogenesi. Non dimentichiamo infatti che l’*H. pylori* è riconosciuto da tempo dall’Organizzazione Mondiale della Sanità quale agente carcinogeno di prima classe. Poiché l’AIFA non autorizza l’utilizzo degli inibitori di pompa in questa strategia, i MMG hanno adattato il comportamento a queste indicazioni, ponendosi in una situazione differente rispetto ai colleghi europei.

Se questa è la tendenza temporale maturata attraverso una disseminazione occasionale, o comunque non sistematica, delle evidenze, qual è stato e qual è il valore dei singoli interventi, ad esempio incontri di formazione, nel proporre modificazioni al proprio atteggiamento quotidiano?

I dati riportati nella Figura 2 sono ricavati dai pre- e post-test di un incontro di aggiornamento realizzato a Senigallia (Ancona), cui hanno partecipato 48 MMG. Nel corso dell’incontro sono state presentate e discusse le evidenze disponibili secondo una metodologia di confronto. Al termine dell’incontro i MMG hanno dichiarato con maggiore frequenza una propensione al trattamento eradicante per il MALT linfoma (che prima dell’incontro risultava per lo più un’entità sconosciuta), per la gastrite severa, ed in generale (anche se non significativamente) sia in caso di patologia da reflusso che di uso di FANS. Quasi la metà dei partecipanti si dichiarava favorevole alla strategia “*test and treat*”.

Certamente le problematiche della gestione dell’infezione da *H. pylori* non si limitano alle indicazioni del trattamento, ma riguardano ad esempio le metodologie diagnostiche e gli schemi terapeutici. Per quanto riguarda gli aspetti di metodologia diagnostica, nel corso di questi anni si è assistito all’estendersi della disponibilità dei test all’urea, alla scomparsa degli *office test* sierologici (troppo poco sensibili), all’avvento dei test fecali. Nel workshop di Senigallia il post-test evidenziava un aumento di conoscenza dei test all’urea che diventavano il test definito di scelta (69% rispetto al 27% del pre-test). Per quanto riguarda i regimi terapeutici, la triplice (inibitore di pompa + amoxicillina + claritromicina) è ancora il trattamento riportato di prima scelta dalla versione correntemente in uso delle linee guida, ma studi di comparazione internazionali hanno dimostrato che la resistenza ai macrolidi può essere molto alta e si dovrà procedere alla realizzazione di sistemi locali di sorveglianza. Questo regime terapeutico è da tempo saldamente in testa alle preferenze dei MMG italiani⁶, come confermato dall’incontro di Senigallia (72% di preferenze nel pre-test, 93% nel post-test).

I risultati di queste esperienze confermano quanto comincia ad emergere anche nella letteratura internazionale. Innanzitutto la pratica clinica, in particolare nella gestione delle malattie acido-correlate, non segue necessariamente le linee guida elaborate generalmente da specialisti ed esperti del settore che trattano casistiche di tipo super selezionato rispetto ai pazienti della MG⁷. Occorrono attività complesse di interazione tra *primary* e *secondary care* per produrre comportamenti integrati che siano di effettiva utilità assistenziale⁸. Secondariamente è evidente che in Italia gli sforzi di indirizzare verso una medicina basata sull’evidenza la

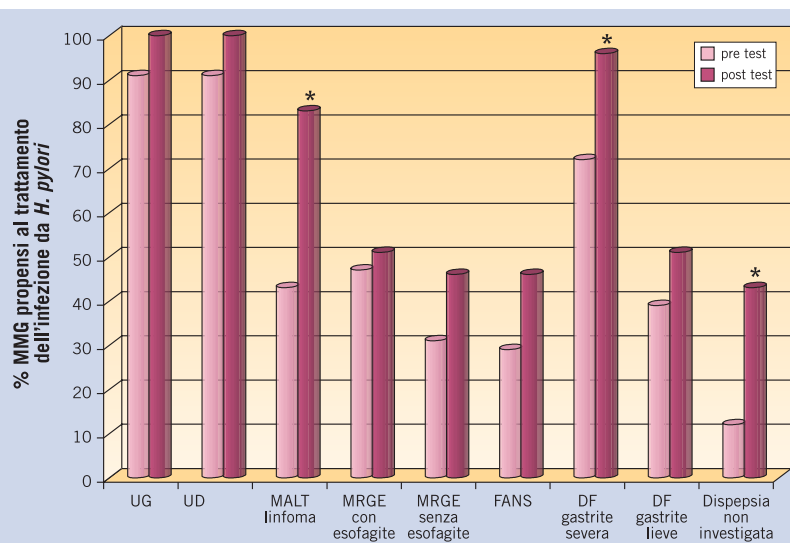


Figura 2

Percentuale di MMG propensi al trattamento dell’infezione da *H. pylori*: confronto tra pre- e post-test di corso di aggiornamento specifico. * = differenza statisticamente significativa ($P < 0,05$) post-test vs. pre-test.

pratica clinica del trattamento dell'infezione da *H. pylori* sono stati completamente a carico di sporadiche iniziative locali, senza una vera programmazione nazionale⁹. Infine i risultati del workshop educativo confermano che questo genere di iniziative permettono certamente una crescita culturale dei partecipanti¹⁰. Per modifiche sostanziali della pratica clinica devono però essere programmati interventi di maggior respiro, comprendenti l'intero sistema assistenziale, piuttosto che interventi finalizzati ad un risparmio sanitario centrato sulla limitazione della prescrizione farmaceutica¹¹.

La recente attribuzione del premio Nobel per la Medicina a Marshall e Warren segnala chiaramente l'importanza che la comunità scientifica attribuisce alla gestione delle patologie correlate all'infezione da *H. pylori*. Sarà impegno delle società scientifiche nazionali, come la SIMG, contribuire a diffondere ed implementare le indicazioni basate sulle evidenze che saranno prodotte da consensus conference condivise tra MG e Specialistica, come la III Consensus Conference di Maastricht.

Bibliografia

- ¹ Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Hungin AP, Jones R, Axon A, et al.; European Helicobacter Pylori Study Group (EHPG). *Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht 2-2000 Consensus report*. Aliment Pharmacol Ther 2002;16:167-80.
- ² Rubin GP, Meineche-Schmidt V, Roberts AP. *The management of Helicobacter pylori infection in primary care. Guidelines from the ESPCG*. Eur J Gen Pract 1999;5:98-104.
- ³ Caselli M, Parente F, Palli D, Covacci A, Alvisi V, Gasbarrini G, et al.; Cervia Working Group. "Cervia Working Group Report": guidelines on the diagnosis and treatment of Helicobacter pylori infection. Dig Liver Dis 2001;33:75-80.
- ⁴ Tosetti C, Stanghellini V, Maconi G, Ubaldi E. *Have the National Health Care System recommendations influenced the move of Italian General Practitioners towards the management of Helicobacter pylori infection?* Dig Liver Dis 2000;32:935-6.
- ⁵ Bozzani A, Sturkenboom MCJM, Ravasio R. *Diagnostic work-up and management of young patients with ulcer-like dyspepsia*. Eur J Gen Pract 2001;7:148-53.
- ⁶ Maconi G, Tosetti C, Miroglio G, Parente F, Colombo E, Sainaghi M, et al. *Management of Helicobacter pylori-related gastrointestinal diseases by general practitioners in Italy*. Aliment Pharmacol Ther 1999;13:1499-504.
- ⁷ Tosetti C, Stanghellini V. *La gestione dell'infezione da Helicobacter pylori in Medicina Generale*. In: Bianchi Porro G, Maconi G, Parente F, eds. *L'infezione da Helicobacter pylori: aggiornamento continuo volume 3*. Verona: Cortina 2002, pp. 101-12.
- ⁸ Cardin F, Zorzi M, Furlanetto A, Guerra C, Bandini F, Polito D, et al. *Are dyspepsia management guidelines coherent with primary care practice?* Scand J Gastroenterol 2002;37:1269-75.
- ⁹ Cardin F, Zorzi M, Bovo E, Guerra C, Bandini F, Polito D, et al. *Effect of implementation of a dyspepsia and Helicobacter pylori eradication guideline in primary care*. Digestion 2005;72:1-7.
- ¹⁰ Formoso G, Liberati A, Magrini N. *Practice guidelines: useful and "participative" method? Survey of Italian physician by professional setting*. Arch Intern Med 2001;181:2037-42.
- ¹¹ de Wit NJ, Mendive J, Seifert B, Cardin F, Rubin G. *Guidelines on the management of H. pylori in primary care: development of an implementation strategy*. Fam Pract 2000;17(Suppl 2):S27-S32.

