

Il ruolo del medico di base

O. Brignoli

Medico di Medicina Generale, Brescia

Poco più di dieci anni orsono *Lancet* intitolava una delle sue recensioni “Dispepsia: un dilemma per i medici”. La difficoltà in quel momento era quella di scegliere fra un approfondimento diagnostico e un approccio esclusivamente sintomatico.

I “bruciori di stomaco” colpivano e colpiscono anche ora una persona su tre. E allora (come anche adesso) non era pensabile proporre una gastroscopia al 30% della popolazione adulta. D'altra parte non si poteva prendere alla leggera il rischio di sottovalutare un'ulcera o un cancro gastrico, nonostante la bassa prevalenza di questo (1/300). La risposta di quei tempi era basata sul buon senso: indagare con un'endoscopia precoce i pazienti che per età (o condizioni associate o sintomi) erano a rischio per una patologia organica e trattare con sintomatici gli altri, riservandosi eventualmente un approfondimento diagnostico in caso di persistenza dei sintomi.

Poi è comparso l'*Helicobacter pylori* (Hp) come causa patogenetica dell'ulcera peptica, la conseguente differenziazione tra dispepsie ulcerose e non ulcerose, la comparsa sul mercato degli inibitori della pompa protonica, lo sviluppo di una riflessione autonoma dalla medicina generale sul tema della dispepsia (che è più centrata sul rapporto medico-paziente rispetto a quella dello specialista, più centrata sulla malattia).

La dispepsia è un dolore o una sensazione di fastidio localizzata nella parte superiore dell'addome. Ci sono poi numerose suddivisioni in gruppi clinici, basate sui sintomi prevalenti:

- simil-ulcerosa (con sintomi tipici dell'ulcera)
- da dismotilità (stimoli suggestivi per stasi gastrica)
- da reflusso (acidità e dolori urenti retrosternali)
- dispepsia non specificata

A questi gruppi si associa spesso un trattamento di-

versificato. Questo atteggiamento è oggi in discussione e fortemente criticato perché non vi è corrispondenza tra tipo di sintomatologia e la sua causa organica.

Endoscopicamente è stato trovato un ugual numero di ulcere, sia in pazienti con sintomi simil-ulcerosi, sia in pazienti con disturbi di dismotilità.

C'è invece un accordo diffuso sulle caratteristiche della gravità della dispepsia che devono far sospettare una patologia ulcerosa o neoplastica e richiedere un'endoscopia precoce (esordio oltre i 45 anni, calo ponderale, anemia, sanguinamento gastro-enterico, disfagia, odinofagia, vomito persistente, massa epigastrica, ittero, uso di FANS).

L'ulcera peptica, il carcinoma gastrico e la dispepsia non ulcerosa hanno a che fare con l'*Helicobacter pylori*.

Per quanto riguarda l'ulcera, è ormai assodato che l'*Helicobacter pylori* è il principale agente eziologico della malattia e che la sua eradicazione è curativa in un'elevata percentuale di casi.

Per quanto riguarda il carcinoma gastrico, vi sono evidenze epidemiologiche di un rischio aumentato nella popolazione Hp-positiva, ma nessuno studio ha dimostrato che l'eradicazione ne riduca l'incidenza. Il ruolo di Hp nella dispepsia è controverso. Dal punto di vista terapeutico la situazione è ancora abbastanza complessa.

Poiché il problema principale è quello di non lasciarsi sfuggire patologie importanti come il cancro o l'ulcera (evitando di trattare aggressivamente o di sottoporre ad endoscopia tutti coloro che presentano disturbi dispeptici) è necessario assumere alcune linee-guida, che se anche non sono tutte “evidence based” permettano al medico generico di avere un comportamento razionale.

Oggi sono disponibili *test* non invasivi che ci per-

mettono di fare questo; abbiamo infatti *test* sierologici di più facile accesso, ma di insoddisfacente accuratezza, e il più caro, ma più sensibile e specifico, *breath test*.

Ecco allora una serie di punti da discutere per un approccio alla dispepsia in medicina generale:

1. I soggetti con più di 45 anni con dispepsia di recente insorgenza dovrebbero essere sottoposti a gastroscopia (evidenza accertata).
2. I soggetti con meno di 45 anni con dispepsia di recente insorgenza dovrebbero essere trattati con antiacidi per 4 settimane (da confermare).
3. Se i sintomi durano più di 4 settimane (o se persistono dopo 4 settimane di terapia con antiacidi), questi soggetti dovrebbero essere sottoposti ad un *breath test*. L'endoscopia è necessaria solo se il *test* è positivo (da confermare).
4. Non è raccomandato un *test* eradicante alla cieca, perché la maggior parte dei soggetti Hp positivi non ha un'ulcera e non beneficia dei trattamenti (da confermare).
5. I soggetti con ulcera gastrica o duodenale di nuova diagnosi o diagnosticati in passato, che ancora

necessitano di trattamento, dovrebbero fare una terapia eradicante (evidenza accertata).

6. Ad eccezione dei casi in cui si sia verificata una complicanza maggiore (come un sanguinamento), la remissione dei sintomi deve essere considerata un segno di cura. In questi casi non si deve fare un *breath test* (da confermare).
7. I soggetti con sintomi persistenti dovrebbero eseguire un *breath test* per confermare l'avvenuta eradicazione (evidenza accertata).
8. Il trattamento eradicante di soggetti non ulcerosi dispeptici o asintomatici non è raccomandato al di fuori di un *setting* sperimentale.

Ci sono due piccole considerazioni. Solo il 50% dei dispeptici consulta il proprio medico. Un accertamento diagnostico precoce può avere il vantaggio di dirigere in modo più efficace l'intervento terapeutico e di ridurre la richiesta di visite e di prescrizioni. La conseguenza è che è meglio gestire il disturbo con un approccio molto personalizzato, piuttosto che centrato su esami e protocolli.