

PIROSI: AVETE LA SCELTA PER LA PRESA A CARICO A BREVE TERMINE!

Fonte: Rev Med Suisse 2011; 7: 1169



Questa rubrica presenta i risultati di una revisione sistematica pubblicata dalla Cochrane Collaboration nella Cochrane Library (www.cochrane.org). Volutamente limitato a un campo di ricerca circoscritto, quest'articolo rispecchia lo stato attuale delle conoscenze in quest'ambito. Non si tratta dunque di raccomandazioni per orientare la presa a carico di una problematica clinica vista nella sua interezza (linee guida).

Scenario

Tre mesi dopo l'inizio di un trattamento con inibitori della pompa a protoni (IPP) a dose terapeutica, rivedete un paziente di 45 anni che soffre di una pirosi quotidiana da diversi mesi, senza sintomi d'allarme (disfagia, dimagrimento, anemia). Prima dell'inizio del trattamento, un'endoscopia digestiva alta non aveva dimostrato né un'esofagite erosiva né una patologia iatale. Malgrado un'osservanza ottimale della terapia, i sintomi persistono.

Quesito

È necessario proseguire con le indagini, interrompere o modificare il trattamento, oppure eseguire un bilancio in vista una *fundoplicatio*?

Contesto

Circa il 30-45% della popolazione soffre almeno una volta al mese di piroisi e il 5-10% ne soffre quotidianamente. Il trattamento di prima scelta della malattia di reflusso è farmacologico.

Questa revisione sistematica paragona l'efficacia di trattamenti farmacologici seguenti: gli inibitori della pompa a protoni (IPP), gli inibitori della secrezione gastrica (antagonisti dei recettori H2 all'istamina, anti-H2) e i procinetici, per la presa a carico iniziale dei pazienti che soffrono della malattia del reflusso trattata empiricamente (GERD, Gastroesophageal reflux disease) o quelli che presentano un'endoscopia digestiva alta che non mostra ulcerazioni esofagee (NERD, Non-erosive reflux disease).

Risultati

Sono stati selezionati trentadue studi randomizzati comparativi, di cui 19 con dei pazienti con una GERD (6374 pazienti, di età tra i 18 e gli 87 anni) e 17 con dei pazienti con una NERD (5284 pazienti, di età tra i 18 e gli 80 anni) che confrontano gli IPP o gli anti-H2 o i procinetici al placebo, oppure un farmaco all'altro. I risultati mostrano che:

- gli IPP sono superiori al placebo per la guarigione della piroisi (criterio di giudizio primario) nei pazienti con GERD (2 studi: RR: 0,4; IC 95%: 0,3-0,4) o con NERD (8 studi: RR: 0,7; IC 95%: 0,7-0,8);
- gli anti-H2 sono superiori ai placebo per la guarigione della piroisi nei pazienti con GERD (2 studi: RR: 0,8; IC 95%: 0,6-0,99) o con NERD (2 studi: RR: 0,8; IC 95%: 0,7-0,9);
- gli IPP sono superiori agli anti-H2 per la guarigione della piroisi nei pazienti con GERD (7 studi: RR: 0,7; IC 95%: 0,6-0,7) o con NERD (4 studi: RR: 0,8; IC 95%: 0,6-0,97);
- le prove di efficacia dei farmaci procinetici sono limitate.

Limiti

- In molti studi i risultati sono stati misurati solo nel breve termine (2-12 settimane).
- La valutazione dei rischi di bias è fatta soltanto su tre criteri (randomizzazione, allocazione nascosta, analisi "Intention To Treat").
- Quattordici studi che non hanno incluso la misura dicotomica dei risultati sono stati esclusi dalla revisione.
- Il gruppo di pazienti con la GERD non è costituito unicamente da pazienti trattati empiricamente.
- I metodi di misura della piroisi non erano tutti validati.

Conclusioni degli autori

Gli IPP sono più efficaci degli anti-H2 per il trattamento della piroisi nei pazienti che presentano un'esofagite, erosiva o no. Gli anti-H2 sono tuttavia ugualmente efficaci per queste indicazioni, specialmente in caso di NERD. Gli IPP e gli anti-H2 rappresentano così delle opzioni terapeutiche ragionevoli per la cura dei sintomi a corto termine di GERD e NERD. Poiché la malattia da reflusso è una patologia cronica, gli studi futuri dovranno valutare l'efficacia di questi farmaci a lungo termine.

Risposta al quesito clinico

Questo aggiornamento della revisione sistematica conferma l'interesse degli IPP nella presa a carico iniziale di GERD o di NERD. Il passaggio da un IPP inefficace a dose terapeutica ad un anti-H2, soprattutto in caso di NERD, è una scelta possibile nella presa a carico iniziale (da 4 a 12 settimane).

Nel caso del nostro paziente, che ha un'età inferiore a 50 anni e che non presenta sintomi d'allarme, è giudizioso iniziare un trattamento farmacologico di NERD con IPP e/o anti-H2 per tre mesi. Dopo tre mesi di trattamento ineffica-

ce è però importante effettuare delle esplorazioni funzionali moderne (pH-impedenzometria, manometria esofagea) per comprendere la ragione della mancata risposta al trattamento (pirosi funzionale senza reflusso o con reflusso non acido o reflusso acido non sufficientemente trattato) ed offrire così delle alternative terapeutiche adeguate.

Abbreviazioni

GERD: Gastroesophageal reflux disease (malattia da reflusso gastro-esofageo);
NERD: Non-erosive reflux disease (malattia da reflusso con endoscopia senza lesione erosiva);
IPP: inibitori della pompa a protoni; anti-H2: antagonisti dei recettori H2 dell'istamina;
IC 95%: intervallo di confidenza al 95% RR: rischio relativo.

Redazione

J.-Y. Camain¹, P. H. Wiesel², I. Peytremann-Bridevaux^{1,3}

- 1 Drs Jean-Yves Camain, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV et Université de Lausanne, Bugnon 17, 1005 Lausanne
- 2 Dr Paul H. Wiesel, Avenue Ruchonnet 30, 1003 Lausanne
- 3 Dr Isabelle Peytremann-Bridevaux, Cochrane Suisse, Bugnon 17, 1005 Lausanne

Corrispondenza

swiss.cochrane@chuv.ch

Traduzione in italiano

Dr med. Fabrizio Barazzoni, MPH,
FMH Prevenzione e salute pubblica
fabrizio.barazzoni@eoc.ch
Dr med. Alberto Ghirlanda,
FMH medicina generale
alberto.ghirlanda@eoc.ch
Area medica, Direzione generale EOC
Viale Officina 3 – 6501 Bellinzona

Bibliografia

van Pinxteren B, Sigterman KE, Bonis P, Lau J, Numans ME. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11.
Art. No.: CD002095.
DOI: 10.1002/14651858.CD002095.pub4.