



Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia
Sezione di Studio Malattie Digestive in Primary Care

CAMPUS 2015

Malattie Digestive nelle Cure Primarie

ROMA, 23-24 GENNAIO 2015

In collaborazione con:

METIS FIMMG - Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale

SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure primarie

SNAMID - Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale

GIGA-CP - Gruppo Italiano per la Gastroenterologia Ambulatoriale e Cure Primarie

Presidente SIGE: Vincenzo Savarino

Coordinatore Sezione di Studio Malattie Digestive in Primary Care: Edoardo Benedetto

Il Campus Malattie Digestive nelle Cure primarie 2015

Il Campus Malattie Digestive nelle Cure Primarie è stato realizzato nel gennaio 2015 dalla SIGE (Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia) con la Sezione di Studio Malattie Digestive in Primary Care, in collaborazione con le aree progettuali gastroenterologiche di METIS FIMMG (Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale), SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie), SNAMID (Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale), GIGA-CP (Gruppo Italiano per la Gastroenterologia Ambulatoriale e Cure Primarie).

L'incontro, riprendendo iniziative SIGE precedenti, ha coinvolto oltre 100 Medici delle Cure Primarie provenienti da tutte le regioni, Specialisti o con particolare interesse in Gastroenterologia e coinvolti nella realizzazione di percorsi formativi/assistenziali di buona pratica nei rispettivi territori di attività, con lo scopo di discutere aree "grigie" di particolare interesse nella attività clinica quotidiana.

La metodologia seguita ha permesso una grande interattività tra la Faculty del Campus ed i partecipanti, attraverso la scelta degli argomenti (ottenuta con una survey nazionale on line), la realizzazione di un sondaggio pre-post campus, la disponibilità dei materiali in aula, l'ampio spazio alle discussioni, la votazione di statements finali.

La Faculty del Campus è stata costituita da cinque Gastroenterologi con particolare competenza nelle aree rilevate e da altrettanti Specialisti operanti nelle Cure Primarie Coordinatori delle aree gastroenterologiche delle Società Scientifiche della Medicina Generale, che hanno indirizzato le presentazioni ed i materiali verso aspetti pratici della clinica quotidiana.

E' con piacere che, in qualità di Coordinatori dell'iniziativa, che possiamo presentare una sintesi dei lavori, realizzata dalla Faculty cui va, unitamente ai partecipanti, il nostro ringraziamento per la formidabile collaborazione prestata durante la preparazione e la realizzazione dell'evento. Un particolare ringraziamento al Presidente SIGE, Prof. Vincenzo Savarino, che ha supportato con entusiasmo l'iniziativa ed alla Organizzazioni Scientifica (Dott.ssa Lorenza Bohuny, SIGE) ed Organizzativa (Realtime Meeting, Genova) che hanno reso possibile questo complesso meccanismo.

Francesco Di Mario, Cesare Tosetti.

Campus Malattie Digestive nelle Cure Primarie 2015

Presidente

Prof. Vincenzo Savarino
Università di Genova, Presidente SIGE

Coordinatori

Prof. Francesco Di Mario
Università di Parma, Segretario SIGE

Dott. Cesare Tosetti
Medico di Medicina Generale, Specialista in Gastroenterologia - Porretta Terme (BO)

Faculty

Dott. Edoardo Benedetto
Gastroenterologo, AUSL Rende (CS), Coordinatore Sezione SIGE Malattie Digestive in Primary Care.

Dott. Alberto Bozzani
Medico di Medicina Generale - Agrate Brianza (MB), Specialista in Gastroenterologia.

Prof. Carolina Ciacci
Università di Napoli, Consigliere SIGE

Dott. Rudy De Bastiani
Medico di Medicina Generale - Feltre (BL), Specialista in Gastroenterologia, Responsabile Area Gastroenterologica SNAMID, Presidente GIGA-CP.

Prof. Antonio Gasbarrini
Università Roma

Prof. Gerardo Nardone
Università di Napoli, Consigliere SIGE

Dott. Guido Sanna
Medico di Medicina Generale - Cagliari, Specialista in Gastroenterologia, Responsabile Divisione Ricerca Clinica FIMMG-Metis

Prof. Giovanni Sarnelli
Università di Napoli

Dott. Enzo Ubaldi
Medico di Medicina Generale – San Benedetto del Tronto (AP), Specialista in Gastroenterologia e Scienza dell’Alimentazione, Responsabile Area Gastroenterologica SIMG

Statements discussi nel Campus 2015

L'allergologo è lo specialista di riferimento in caso di sospetta allergia alimentare IgE mediata. Consenso 94%

La prescrizione della dieta di esclusione rientra tra le competenze del MMG. Consenso 82%

La prescrizione della dieta di scatenamento (provocazione) è di competenza specialistica. Consenso 94%

Il primo approccio diagnostico nel sospetto di malattia celiaca è rappresentato dal dosaggio degli anticorpi antitransglutaminasi e dal dosaggio delle Immunoglobuline A. Consenso 98%

La diagnosi di malattia celiaca nell'adulto richiede sempre una dimostrazione istologica. Consenso 80%

Non sono disponibili evidenze per un uso ex-adiuvantibus di una dieta aglutinata per la gestione di sintomi digestivi. Consenso 98%

Alcune differenze fra i vari ceppi di probiotici sono apprezzabili clinicamente per cui la prescrizione dovrebbe essere guidata dalle evidenze disponibili e da criteri condivisi. Consenso 98%

Esistono evidenze di efficacia dei probiotici nella prevenzione della diarrea da antibiotici. Consenso 80%

L'utilizzo dei probiotici presenta evidenze di efficacia nel miglioramento di qualche sintomo della sindrome da intestino irritabile. Consenso 98%

Esistono soggetti a cui è controindicata la somministrazione di probiotici. Consenso 90%

Nella gestione della stipsi cronica devono essere innanzitutto considerati interventi sugli stili di vita, l'alimentazione, l'assunzione di terapie croniche.

Consenso 98%

L'intervento terapeutico di prima scelta nella terapia della stipsi cronica è rappresentato da lassativi osmotici o di massa.

Consenso 90%

I lassativi di contatto devono essere riservati ad un utilizzo non continuativo in pazienti selezionati.

Consenso 88%

Il paziente con stipsi refrattaria e severa è di competenza specialistica.

Consenso 90%

L'esame endoscopico va riservato nei casi di stipsi con sintomi di allarme.

Consenso 96%

Nel paziente giovane senza sintomi di allarme è utile eseguire test sierologici di funzionalità gastrica prima di una eventuale EGDscopia.

Consenso 94%

Nel paziente giovane senza sintomi di allarme è utile eseguire test sierologici di funzionalità gastrica al posto di una EGDscopia.

Consenso 95%

Test sierologici di funzionalità gastrica sono utili per completare il quadro clinico dopo EGDscopia.

Consenso 91%

In corso di EGDscopia dovrebbero essere sempre eseguite biopsie per esame istologico.

Consenso 98%

Test sierologici di funzionalità gastrica sono utili nei pazienti con diagnosi di patologia autoimmune.

Consenso 98%

Test sierologici di funzionalità gastrica possono contribuire a migliorare l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci antisecretori.

Consenso 99%

Allergie ed intolleranze alimentari

Le reazioni avverse legate all'ingestione di alimenti comprendono forme tossiche (veleni, tossine etc) e quelle non tossiche che includono allergie ed intolleranze alimentari. Le allergie sono reazioni avverse su base immunitaria che si presentano sistematicamente entro minuti o ore dopo l'ingestione di un determinato alimento "allergene". Le intolleranze sono reazioni avverse che si presentano dopo ingestione di un determinato alimento, spesso in relazione alla quantità assunta, in assenza di una specifica risposta immune.

Nel corso degli anni si è assistito ad un incremento delle reazioni avverse al cibo per un sempre più frequente allattamento artificiale, indiscriminato uso di antibiotici, maggiore utilizzo di additivi alimentari e migliorate condizioni igienico sanitarie che a loro volta non consentono un adeguato sviluppo del sistema immune in età pediatrica. Le reazioni avverse al cibo sono presenti prevalentemente nei paesi industrializzati e sono considerate patologie del benessere.

Attualmente si stima che la prevalenza delle allergie alimentari oscilli tra il 3-8% in età pediatrica e tra il 2-4% in età adulta. Gli alimenti implicati sono le proteine del latte e delle uova in età pediatrica mentre in età adulta noci frutta e crostacei.

L'anafilassi è una reazione allergica grave a rapida insorgenza caratterizzata da una reazione orticarioide, laringospasmo, ipotensione e shock e può causare anche il decesso. In presenza di anafilassi è opportuno somministrare immediatamente adrenalina (0,1-0,5 mg/kg per via intramuscolare) e successivamente istruire il paziente su come comportarsi (sono in vendita confezioni precostituite di adrenalina diluita di facile e rapido impiego).

Le intolleranze alimentari sono 10 volte più frequenti delle allergie ed interessano circa il 20% della popolazione adulta. Il quadro clinico è variabile e dipende dalla dose e dal tipo di alimento ingerito. Le intolleranze comprendono forme metaboliche da deficit enzimatici (esempio deficit di lattasi che provoca diarrea e crampi addominali) forme farmacologiche da ingestione di salicilati (contenuti in origano e peperoncino causano rinite, sinusite, asma, sintomi gastro-intestinali) amino vaso attive (contenute in formaggi, vino rosso, sgombro provocano ipertensione, emicrania, tachicardia ed astenia) e forme non specifiche che possono comprendere almeno un sottogruppo di pazienti etichettati come funzionali.

Come fare una diagnosi di allergia alimentare? E' importante una accurata anamnesi ricordando che le allergie si presentano sistematicamente ogni qual volta ingeriamo quel determinato alimento e che la reazione è indipendente dalla dose.

Successivamente possono essere eseguiti in ambienti test di provocazione cutanea (Prick test: esposizione all'allergene scarificando l'epidermide; o patch Test applicando dei cerotti) oppure ricercando sierologicamente le IgE totali (Prist Test) e le IgE specifiche per quel determinato alimento (Rast Test).

E' importante sottolineare che sia i test cutanei che il dosaggio delle IgE totali o specifiche indicano solo la presenza di una sensibilità allergica ma non sono

sufficienti per eseguire diagnosi di allergia alimentare. Attualmente la corretta diagnosi di allergia alimentare si effettua mediante test di eliminazione e riesposizione che devono essere eseguiti in doppio cieco e verso placebo ovvero, sia il medico che il paziente sono ignari del tipo di esposizione.

Per quanto concerne le intolleranze alimentari a tutt'oggi non esiste un test diagnostico affidabile fatta eccezione per l'intolleranza al lattosio che può essere facilmente diagnosticato mediante Breath Test. E' opportuno richiedere un breath test quando il paziente riferisce crampi addominali e diarrea dopo ingestione di latte e derivati.

In linea di massima è opportuno consigliare al paziente di redigere un diario alimentare cui fa seguito un periodo di eliminazione del potenziale alimento e la successiva riesposizione in doppio cieco controllato.

Le diete da eliminazione comprendono:

1. Dieta elementare: utilizzo di miscele di aminoacidi (utile nel bambino, scarsa aderenza nell'adulto, costi elevati)

2. Eliminazione di 6 alimenti: Esclusione dei sei alimenti a maggior rischio di scatenare allergie (latte, soia, grano, uova, arachidi, e pesce. Efficace nell'adulto specie quando l'allergene è dubbio

3. Eliminazione mirata (test cutanei e sierologici) di specifici alimenti; efficace nell'adulto per una maggiore aderenza alla dieta

La dieta va eseguita per 2-4 settimane e se si osserva un miglioramento i cibi vanno reintrodotti gradualmente (uno per volta ogni 7 giorni).

Per quanto concerne la gestione, le allergie IgE mediate devono essere gestite dall'allergologo mentre le intolleranze alimentari dal medico di medicina generale ed eventualmente dal gastroenterologo.

Gerardo Nardone

Disturbi relati al glutine

Secondo recenti classificazioni patogenetiche, i disordini legati al glutine comprendono forme autoimmuni (malattia celiaca), allergiche (allergia al grano) e forme non autoimmuni-non allergiche rappresentate dalla sensibilità al glutine (“gluten sensitivity”). Nell’ambito delle cure primarie viene riportata una diagnosi di malattia celiaca ogni 250 assistiti e mediamente ogni MMG ha in carico 5 pazienti affetti da questa patologia (Database Health Search- www.healthsearch.it). Non sono note le diagnosi di sensibilità al glutine che restano confinate in ambito specialistico essendo una diagnosi di esclusione dopo accurati accertamenti.

Le possibilità diagnostiche di malattia celiaca in medicina generale sono legate alla strategia di case-finding, non essendo ad oggi ritenuto costo-efficace lo screening di popolazione. Le linee guida internazionali indicano la ricerca degli anticorpi antitransglutaminasi (Ab anti-TG), associata al dosaggio delle IgA per escludere il loro deficit, come il solo test iniziale nei soggetti affetti da sintomi o disturbi strettamente associati alla malattia celiaca, modalità frequente di presentazione specie nell’adulto. I soggetti con positività degli Ab anti-TG dovrebbero effettuare il test di conferma con la ricerca degli Ab anti-endomisio (è possibile richiederli in esenzione con il codice R99-malattia rara sospetta). Se confermata la positività, il paziente andrebbe inviato al Centro Regionale di riferimento per il successivo iter diagnostico-terapeutico. Non ci sono evidenze sulla modalità di follow-up dei pazienti celiaci che comunque dovrebbero essere seguiti dal MMG in accordo con il centro di riferimento.

Enzo Ubaldi

Per fare bene la diagnosi di celiachia la persona da indagare deve essere a dieta con glutine. Non è stabilito con esattezza, data la grande variabilità individuale, quanto glutine sia necessario nella dieta perché i test siano attendibili, ma si ritiene che 30-50 grammi al giorno per 4-6 settimane possano essere sufficienti per un primo test.

In caso di negatività sarebbe bene continuare a dieta libera per un altro mese.

Le analisi da fare inizialmente sono Immunoglobuline IgA (per escludere deficit IgA) e antitransglutaminasi tessutale IgA. Gli anticorpi antiendomiso sono un test di conferma. Gli anticorpi antiglutine sono desueti perché poco attendibili, meglio non richiederli! Poi nell’adulto si procede a gastroscopia con biopsie intestinali (almeno 4, una nel bulbo). Una bassa positività di antitransglutaminasi potrebbe non indicare celiachia, ma tiroidite o epatopatia. Riconfermare il dato dopo eventuale carico di glutine. I marcatori genetici HLA DQ2-DQ8 sono presenti nel 30% della popolazione e sono utili solo per escludere, in loro assenza, la celiachia. In caso di HLA positivo (familiari di celiaco, ad esempio) bisogna ripetere il test degli anticorpi

antitransglutaminasi ogni 2-3 anni per evidenziare una eventuale comparsa di celiachia.

Oggi si ritiene che bisogna cercare la celiachia (case finding) nelle anemie sideropeniche, tiroiditi, ipertransaminasemie non virus, correlate, nella sindrome di Down, nel diabete tipo I, nelle persone con sindrome dell'intestino irritabile.

La biopsia, che una volta era il gold standard, oggi non lo è più, vista la notevole frequenza di quadri infiammatori aspecifici descritti come Marsh I (quasi la totalità delle risposte del patologo). In assenza di anticorpi e in assenza di HLA positivo è inutile procedere alla biopsia.

La celiachia espone i pazienti al potenziale rischio di linfoma. Si tratta di una eventualità rara (più frequentemente nei pazienti che sin dall'inizio hanno avuto sintomi gastrointestinali) che si sospetta in caso di diarrea, PCR e beta2microglobulinemia aumentata e febbricola o febbre. Generalmente in questo caso gli anticorpi specifici sono negativi.

Diversa è la cosiddetta "gluten sensitivity", condizione riferita da persone che riferiscono miglioramento o scomparsa dei sintomi a dieta senza glutine. Prima di tutto bisogna escludere con certezza, e quindi a dieta libera, la celiachia. Poi bisogna ricordare che, al momento, non si sa se questa sindrome abbia una precisa connotazione di malattia o no, che una eventuale comparsa di sintomi non si debba mettere sempre in relazione all'assunzione di glutine (effetto nocebo) e che i pazienti che ne soffrono spesso hanno altre intolleranze alimentari (latte, verdure, frutta), quindi fanno una dieta piuttosto ristretta che potrebbe avere implicazioni nutrizionali.

Carolina Ciacci

Efficacia dei probiotici nelle malattie digestive

Ad oggi mentre è ampia la disponibilità di prodotti probiotici, sia come alimenti che come integratori, l'informazione scientifica che giunge al medico di primary care sul loro utilizzo è frammentata; rimane ancora poco chiaro se esistano evidenze di efficacia dei probiotici nella prevenzione e/o trattamento di patologie gastrointestinali. Da sempre si utilizzano probiotici nel trattamento della diarrea acuta infettiva. C'è un razionale su questo? Ha significato somministrare un probiotico contestualmente ad una terapia antibiotica? Nel caso di terapia di eradicazione dell'infezione da Helicobacte Pylori (H. Pylori) c'è vantaggio dalla somministrazione di probiotici? Probiotici vengono prescritti per patologie croniche quali stipsi, IBS, la malattia diverticolare, IBD ed altro, ma scarsa è la conoscenza sulla loro reale efficacia. Inoltre, se esistono evidenze di efficacia, valgono per tutti i probiotici o esiste differenza tra un ceppo probiotico rispetto ad un altro? Manipolazioni del microbiota quali il trapianto si dimostrano efficaci in qualche patologia e sono già oggi disponibili?

Edoardo Benedetto

Gut microbiota svolge un ruolo fondamentale all'interno del nostro organismo, e la sua alterazione può portare allo sviluppo di numerose patologie digestive ed extradigestive. La modulazione terapeutica di gut microbiota avviene tramite la modifica della dieta e dei fattori ambientali, del trattamento di eventuali condizioni che portano all'alterazione di gut microbiota, e all'utilizzo di opzioni quali i gli antibiotici, i prebiotici e probiotici o il trapianto di microbiota intestinale. In particolare, i probiotici trovano indicazioni supportate da evidenze più o meno forti in diverse patologie.

Le conclusioni di una review sistematica del gruppo Cochrane Collaboration a proposito di utilizzo di probiotici in aggiunta alla terapia reidratante orale nella diarrea (gli studi analizzati riguardano sia soggetti adulti che bambini) hanno evidenziato risultati molto incoraggianti, pur sottolineando la necessità di ulteriori ricerche per individuare quale probiotico dovrebbe essere utilizzato e per quale tipologia di soggetto. Diverse metanalisi hanno evidenziato come i probiotici possano avere un ruolo nel ridurre i sintomi legati a IBS. Tuttavia, i trials facenti parte di tali metanalisi sono differenti in termini di ceppo usato, lunghezza e doso di trattamento; pertanto, non possono essere considerate totalmente affidabili, e tale indicazione necessita di ulteriori evidenze. I probiotici avrebbero un ruolo nel prevenire l'infiammazione acuta dei diverticoli, ma tale dato è supportato solamente da una review sistematica di due studi, pertanto ulteriori evidenze sono necessarie. Secondo diverse metanalisi, l'uso dei probiotici è raccomandabile in pazienti che si sottopongono a terapia eradicante per H. pylori, in termini sia di riduzione degli

eventi avversi gastrointestinali, sia di aumento del tasso di eradicazione di H. pylori. Purtroppo, i probiotici possono non essere sempre sicuri, e non andrebbero utilizzati in situazioni di aumento abnorme della permeabilità intestinale (es. pancreatite acuta). In generale, non bisogna considerare i probiotici tutti uguali, ma ricordare che ogni ceppo ha una sua peculiarità e determinate evidenze. Infine, esistono altre modalità di modulazione di gut microbiota, in particolare il trapianto di microbiota intestinale, che ha evidenze fortissime (metanalisi, RCT, etc) nella colite da C. difficile.

Antonio Gasbarrini

Risorse terapeutiche nella stipsi cronica

Almeno il 20% della popolazione generale ed il 25% della popolazione anziana riferisce la presenza di stipsi. Essa è più comune nelle donne, nelle persone di basso livello socioeconomico, negli afroamericani e causa più di 2.5 milioni di visite mediche annualmente negli USA con una spesa di oltre 500 milioni di dollari per l'acquisto di lassativi. La stipsi cronica determina un cambiamento della vita sociale, delle attività di relazione e professionali, con perdita di ore e giornate di lavoro, costi per l'acquisto di lassativi, ma anche per l'utilizzo inappropriato di risorse sanitarie (visite mediche, accertamenti, assistenza, ricoveri). Solo una parte dei pazienti che si ritengono stitici si rivolge al medico. I lassativi sono tra i farmaci maggiormente utilizzati come automedicazione, e spesso sono acquistati in base al consiglio del farmacista, dell'erborista, o guidato dai mass-media e dalla pubblicità. I problemi più rilevanti sono la corretta definizione e descrizione della stipsi, la conoscenza degli esami indispensabili per la caratterizzazione, le evidenze sui differenti trattamenti, i farmaci inducenti stipsi e il trattamento dei pazienti complessi.

Guido Sanna

La stipsi cronica è una condizione altamente prevalente e con impatto negativo sulla qualità della vita. La gestione diagnostica e terapeutica è nella stragrande maggioranza dei casi di competenza del MMG

L'attuale trattamento della stipsi cronica risulta poco soddisfacente per il paziente che frequentemente finisce con autoprescrivere rimedi. Un approccio corretto garantisce un buon guadagno terapeutico.

La diagnosi di stipsi dovrebbe essere posta sulla base dei Criteri di Roma che prevedono, Oltre a feci liquide raramente presenti senza uso di lassativi e criteri insufficienti per IBS, la presenza di almeno due condizioni tra:

- *Sforzo prolungato in >25% delle defecazioni*
- *Feci dure o aride in >25% delle defecazioni*
- *Sensazione di evacuazione incompleta in >25% delle defecazioni*
- *Sensazione di ostruzione ano/rettale in >25% delle defecazioni*
- *Ricorso a manovre manuali in >25% delle defecazioni*
- *Meno di 3 defecazioni a settimana*

Dovrebbero essere escluse patologie organiche anche sulla base di presenza di sintomi d'allarme.

In caso di stipsi cronica funzionale si dovrebbe tentare di correggere abitudini alimentari e stili di vita. Un approccio terapeutico corretto prevede l'uso di lassativi

*osmotici (PEG>lattulosio) ed in caso di inefficacia il ricorso a prosecretori (Linaclotide) o enterocinetici (Prucalopride).
Approfondimenti diagnostici sono indicati nel sottogruppo di pazienti non responsivi alle terapie, che vanno inviati allo specialista*

Test di laboratorio nella diagnosi delle patologie delle prime vie digestive

La gestione dei sintomi digestivi alti è un banco di prova frequente per il medico di medicina generale. Spesso ci troviamo a dover gestire anche un paziente dispeptico, magari non più giovane, in cui il dubbio di sottostimare delle sottostanti patologie gastriche impegnative ci spinge a richiedere una EGDS, esame prezioso ma poco gradito al paziente. E' possibile diagnosticare tramite il breath test o la ricerca fecale una possibile infezione da Helicobacter pylori (H.pylori), senza tuttavia sapere l'entità del danno causato dal germe. Attualmente, con un prelievo ematico che dosa i Pepsinogeni I e II (PGI e II), la Gastrina 17 (G17) e gli anticorpi anti H.pylori, è possibile avere un quadro esaustivo della funzionalità e della patologia gastrica e selezionare quali pazienti avviare a una EGDS. I Pepsinogeni, come raccomandato dalla Consensus Conference di Maastricht 2012 e conformato a Kioto nel 2014, sono il miglior test non invasivo nella diagnostica del cancro gastrico. Alti valori anticorpali anti H.pylori, accompagnati da un aumento del PGII (marker di flogosi) suggeriscono inoltre, un'infezione da H.pylori in atto. Altri possibili utilizzi di questi tests, riguardano la diagnostica della MRGE, lo screening dei familiari di pazienti con K gastrico, l'identificazione delle gastriti autoimmuni e l'impiego della gastroprotezione negli anziani, tutti temi di grande rilevanza pratica.

Rudi De Bastiani

Muovendo i passi da Maastricht IV, si fa luce su quando e come i test non-invasivi possono essere cruciali sia in Gastroenterologia che nelle cure primarie. Ne risulta che il ruolo di Gastropanel (pepsinogeno I; pepsinogeno II, gastrina 17 e anticorpi classe IgG anti-H.pylori) nelle patologie delle alte vie digestive è importante sia nei pazienti dispeptici di età < 55 anni, senza sintomi di allarme per patologie maligne, sia prima di eseguire un' EGDS in quanto indirizza l'endoscopista verso un corretto campionamento biptico.

Durante il Campus SIGE si è inoltre cercato di chiarire alcuni punti utili nella pratica clinica di tutti i giorni:

- 1. La gastrite cronica atrofica aumenti all'aumentare dell'età? Recenti studi mettono in evidenza come la funzionalità secretoria gastrica sia conservata nella maggior parte dei pazienti anziani*
- 2. si può eseguire Gastropanel anche se il paziente sta facendo terapia con PPI? Sì, i PPI influenzano Gastropanel in quanto aumentano G-17 e PGI, nonostante ciò il test può essere eseguito senza la sospensione della terapia farmacologica cronica con inibitori di pompa protonica (PPI-test) in quanto ci permette di discriminare l'atrofia del corpo fondo vera (PGI basso e G-17 alta in presenza di terapia con PPI) dall'atrofia antrale (bassa G-17 nonostante la terapia con PPI).*

3. Attraverso Gastropanel è possibile capire se il paziente risponde o meno alla terapia con PPI: G-17 aumenta in risposta al fisiologico feed-back acido-gastrina (diminuisce l'acido in quanto inibito dal PPI e, di conseguenza, aumenta la gastrina)

4. Applicazione ancor più importante del test è discriminare quali anziani gastro proteggere e quali no.

Nonostante i ben noti effetti terapeutici dei PPI, non sono comunque farmaci scevri da effetti collaterali (SIBO; infezione da *Clostridium difficile*, malassorbimenti, fratture ossee) pertanto non andrebbero somministrati a tappeto bensì seguendo le corrette indicazioni terapeutiche.

Risulta pertanto evidente che in pazienti con gastrite cronica atrofica o pangastrite, ove l'architettura della mucosa gastrica è completamente sovvertita e la secrezione acida gastrica è assente, è controindicato e dannoso somministrare PPI.

5. Il Gastropanel correla con istologia secondo O.L.G.A. staging

6. Attraverso Gastropanel e' possibile diminuire il numero di EGDS inappropriate e, ancor più importante, migliorare il campionamento bioptico delle endoscopie necessarie.

7. Data la nota associazione fra tiroidite autoimmune e gastrite cronica atrofica viene proposto durante il campus SIGE di iniziare ad usare Gastropanel nelle cure primarie per screenare la gastrite cronica atrofica in pazienti con diagnosi certa di tiroidite di Hashimoto. I medici di medicina generale presenti in sala sono entusiasti di iniziare questo lavoro

8. Viene infine ribadito che Gastropanel non esclude l'EGDS bensì sono due esami complementari come il profilo sierologico epatico e l'ecografia lo sono per le malattie del fegato.

Francesco Di Mario

*I materiali didattici
del Campus Malattie Digestive nelle Cure Primarie 2015
sono disponibili
sul sito della Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia*

<http://sigeitalia.org/>

e comprendono

*presentazioni delle relazioni
videoregistrazioni delle sessioni
presentazioni degli statement*

SAVE THE DATE

**CAMPUS 2016
MALATTIE DIGESTIVE NELLE CURE PRIMARIE**

Roma, 5-6 FEBBRAIO 2016