

Test and Scope

Βασίλειος Ντελής

Η δυσπεψία είναι ένα συχνό πρόβλημα υγείας καθ' όσον η επίπτωσή της ανέρχεται στο 10% του ενήλικα πληθυσμού και το 40% των επισκέψεων στα εξωτερικά γαστρεντερολογικά ιατρεία αφορούν περιστατικά δυσπεψίας. Το κόστος για τη διερεύνηση και αντιμετώπιση των ασθενών με δυσπεψία είναι τεράστιο και συνεχώς αυξανόμενο. Στοχεύοντας στην ορθολογική αντιμετώπιση των ασθενών με το μικρότερο δυνατό κόστος έχουν προταθεί διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης της δυσπεψίας που περιλαμβάνουν την άμεση ενδοσκόπηση, την εμπειρική θεραπεία, "test and scope" και "test and treat" στρατηγική.

Δυσπεπτικοί ασθενείς ηλικίας πάνω από 45 ετών ή ασθενείς που έχουν απώλεια βάρους, σιδηροπενική αναιμία, γαστρεντερική αιμορραγία, δυσφαγία, οδυνοφαγία, επίμονους εμέτους, επιγαστρική μάζα ή χειρουργημένο στομάχι θα πρέπει άμεσα να υποβάλλονται σε γαστροσκόπηση διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος παρουσίας νεοπλασματος στο ανώτερο πεπτικό.

Η σωστή αντιμετώπιση της δυσπεψίας στοχεύει στην εξαφάνιση ή μείωση των συμπτωμάτων, την έγκαιρη διάγνωση υποκειμένου σημαντικού νοσήματος, την αποφυγή της υπέρ-θεραπείας και τον περιορισμό του κόστους διερεύνησης και θεραπείας του δυσπεπτικού ασθενούς. Η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας σε μια στρατηγική αντιμετώπισης της δυσπεψίας εξαρτάται από το κόστος της ενδοσκόπησης, το κόστος της θεραπείας, το κόστος της

ιατρικής επίσκεψης, την επίπτωση της λοίμωξης από *Helicobacter pylori* (*H.p.*) στη δυσπεψία, το θεραπευτικό όφελος από την εκρίζωση του *H.p.* και την πιθανότητα υποτροπής των συμπτωμάτων δυσπεψίας μετά τη θεραπεία εκρίζωσης.

Η στρατηγική “test and scope” συνίσταται στη μη επεμβατική διάγνωση της *H.p.* λοίμωξης, ενδοσκοπήση σε *H.p.*(+) ασθενείς και θεραπεία εκρίζωσης σε όσους έχουν πεπτικό έλκος και τέλος συμπτωματική θεραπεία σε *H.p.*(-) ασθενείς. Η στρατηγική αυτή έχει αξιολογηθεί σε αναδρομικές και προοπτικές μελέτες. Σε 4 αναδρομικές μελέτες¹ διαπιστώθηκε ότι με τη στρατηγική αυτή επιτεύχθηκε μείωση των ενδοσκοπήσεων κατά 23-42%, ενώ η ευαισθησία για διάγνωση πεπτικού έλκους άγγιζε το 97%. Η προοπτική μελέτη των Patel και συν² έδειξε μείωση των ενδοσκοπήσεων κατά 37% με παράλληλα σημαντική μείωση των ιατρικών επισκέψεων και των χορηγούμενων φαρμακευτικών αγωγών. Σημαντική μείωση των ενδοσκοπήσεων κατά 85% επιτεύχθηκε και στην προοπτική μελέτη των Asante και συν³, χωρίς όμως σημαντικές διαφορές στα συμπτώματα των ασθενών και τη συνταγογράφηση φαρμάκων.

Οι Delaney και συν⁴ μελέτησαν προοπτικά τη στρατηγική “test and scope” συγκριτικά με εμπειρική θεραπεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εκτιμώντας τις παραμέτρους αποτελεσματικότητα και κόστος θεραπείας. Οι ασθενείς είχαν ηλικία μικρότερη των 50 ετών και η παρακολούθηση διήρκεσε 1,5 χρόνο. Το 40% των ασθενών της μελέτης είχε *H.p.* λοίμωξη. Συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου στην ομάδα μελέτης περισσότεροι ασθενείς υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση (45% vs 25%), διαγνώστηκε συχνότερα πεπτικό έλκος (7,4% vs 2,1%) και δωδεκαδακτυλίτιδα (19% vs 6%), ενώ η οισοφαγίτιδα ήταν σπανιότερη (17% vs 31%). Δεν υπήρξε καμία περίπτωση καρκίνου του στομάχου. Η βελτίωση των συμπτωμάτων δυσπεψίας και της ποιότητας ζωής δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ της ομάδας μελέτης και της ομάδας ελέγχου. Επίσης δεν υπήρξε διαφορά και στα χορηγούμενα φάρμακα. Η χρήση υπηρεσιών υγείας ήταν μικρότερη στην ομάδα ελέγχου, τουλάχιστον όσον αφορά τη γαστροσκόπηση και τα test ανίχνευσης *H.p.* με αποτέλεσμα το συνολικό κόστος των υπηρεσιών υγείας να ανέρχεται στα 367,85 ευρώ στην ομάδα μελέτης και στα 253,16 ευρώ στην ομάδα ελέγχου. Επομένως η στρατηγική “test and scope” συγκριτικά με τη συμπτωματική θεραπεία της δυσπεψίας οδηγεί σε αύξηση των ενδοσκοπήσεων και του συνολικού κόστους αντιμετώπισης χωρίς να προσφέρει καλύτερη συμπτωματική ανταπόκριση ή βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα συμπεράσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από άλλες 3 προοπτικές μελέτες.

Η στρατηγική της άμεσης ενδοσκόπησης συγκριτικά με τη στρατηγική “test and scope” έχει μεγαλύτερο κόστος, τουλάχιστον το πρώτο χρόνο αντι-

μετώπισης των δυσπεπτικών ασθενών. Μετά όμως από τον πρώτο χρόνο παρακολούθησης καθίσταται η περισσότερο cost-effective στρατηγική.

Η στρατηγική “test and scope” θεωρητικά πλεονεκτεί της στρατηγικής “test and treat” καθ’ όσον αποφεύγεται η θεραπεία εκρίζωσης του *H.p.* σε ασθενείς με μη ελκωτική δυσπεψία και επομένως περιορίζεται η έκθεση των ασθενών στις παρενέργειες των αντιβιοτικών, η ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών *H.p.* και πιθανόν η ανάπτυξη ΓΟΠΝ μετά την εκρίζωση του *H.p.* Μειονεκτεί βέβαια στο γεγονός ότι δεν προλαμβάνει τη μελλοντική ανάπτυξη νοσημάτων σχετιζόμενων με *H.p.* και στερεί μια αποτελεσματική θεραπεία από ένα μικρό βέβαια ποσοστό ασθενών με μη ελκωτική δυσπεψία.

Η σωστή επιλογή μεταξύ των δυο στρατηγικών είναι εφικτή εφ’ όσον ξεκαθαρίσει ο ρόλος του *H.p.* στη λειτουργική δυσπεψία, είναι γνωστή η συχνότητα του γαστρικού καρκίνου στη συγκεκριμένη περιοχή και αφού έχει γίνει συγκριτική αξιολόγηση των 2 στρατηγικών στην ίδια ομάδα πληθυσμού. Η στρατηγική “test and scope” θα προτιμηθεί της στρατηγικής “test and treat” σε περιοχές με αυξημένη επίπτωση *H.p.* λοίμωξης και γαστρικό καρκίνο και επίσης αν αποδειχθεί ότι δεν υφίσταται αιτιολογική συσχέτιση *H.p.* και δυσπεψίας. Συγκριτική αξιολόγηση των 2 στρατηγικών στον ίδιο πληθυσμό έδειξε μείωση των ενδοσκοπήσεων σε ασθενείς κάτω των 45 ετών σε παρόμοια ποσοστά (27% vs 34%).¹

Εύλογα δημιουργείται το ερώτημα ποια στρατηγική είναι τελικά η καλύτερη. Η καλύτερη είναι αυτή που επιτυγχάνει τους περισσότερους στόχους θεραπείας της δυσπεψίας με το λιγότερο δυνατό κόστος.

Λαμβάνοντας υπ’ όψιν τις αλλαγές στα επιδημιολογικά δεδομένα της *H.p.* λοίμωξης θα λέγαμε ότι η στρατηγική “test and treat” φαίνεται να είναι η καλύτερη για τα σημερινά δεδομένα, η “test and scope” για το άμεσο μέλλον και η εμπειρική θεραπεία PPIs για το απώτερο μέλλον που πρακτικά δεν θα υφίσταται *H.p.* λοίμωξη στον άνθρωπο.⁵

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Arents N, Thijs J, Kleibeuker J. A rational approach to uninvestigated dyspepsia in primary care: review of the literature. *Postgrad Med J* 2002;78:707-716.
2. Patel P, Khulusi S, Mendall M, et al. Prospective screening of dyspeptic patients by *helicobacter pylori* serology. *Lancet* 1995;346:1315-1318.
3. Asante A, Mendall M, Patel P, et al. A randomized trial of endoscopy vs no endoscopy in the management of seronegative *Helicobacter pylori* dyspepsia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998;10:983-989.

4. Delaney B, Wilson S, Roalfe A, et al. Randomized control trial of *Helicobacter pylori* testing and endoscopy for dyspepsia in primary care. Br Med J 2001;322:898-901.
5. Gisbert j and Pajares J. *Helicobacter pylori* "Test-and-Scope" Strategy for Dyspeptic Patients. *Helicobacter* 2000;5:57-68.