

Helicobacter pylori: che fare?

E. Ubaldi, Responsabile Area Gastroenterologia, Simg

Nei 4 anni trascorsi dal primo Documento di Consenso di Maastricht si sono avuti progressi significativi e nuove evidenze che hanno reso necessario un aggiornamento delle iniziali linee guida. A questo scopo, l'European Helicobacter Pylori Study Group (EHPSG) ha organizzato un meeting di medici di medicina generale Europei, rappresentanti delle Società di Gastroenterologia Nazionali e specialisti ed esperti mondiali del settore, per sviluppare linee guida aggiornate sulla gestione dell'infezione da H.pylori

Argomenti chiave trattati

- Gestione dell'infezione da H.pylori in medicina generale
- Gestione a livello specialistico
- L'infezione da H. pylori come argomento di salute pubblica
- Chi trattare o Come trattare

Sono stati formulati 3 livelli di raccomandazioni (fortemente raccomandato, consigliabile, incerto) basati su 5 livelli di evidenze:

1. Studi ben disegnati ed appropriatamente controllati;
2. Studi caso-controllo o di coorte ben disegnati, talora studi non metodologicamente corretti o evidenze convincenti indirette;
3. Case reports, studi seri metodologicamente non corretti o evidenze indirette suggestive;
4. Esperienze cliniche;
5. Evidenze insufficienti per formulare una opinione. Qui di seguito elenchiamo i possibili casi da trattare affiancando a ciascuna raccomandazione il livello dell'evidenza scientifica che la supporta.

Chi trattare dei casi H.pylori+?

Ulcera duodenale/ulcera gastrica attiva o non, inclusa l'ulcera pilorica complicata (1), MALToma (2), gastrite atrofica (2), pazienti gastresecati (3), parenti di 1° grado di pazienti con cancro gastrico (3), pazienti che lo desiderano - dopo consultazione medica (4).

Affermazioni rilevanti

Dispepsia funzionale

L'eradicazione dell' H. pylori è una opzione appropriata (2). L'eradicazione porta ad un miglioramento

sintomatico a lungo termine in un sottogruppo di pazienti (2).

Malattia da reflusso gastroesofageo (GERD)

L'eradicazione dell'*H. pylori* non è associata con lo sviluppo della GERD in gran parte dei casi (3).

L'eradicazione non peggiora una GERD esistente (3). *H. pylori* dovrebbe essere eradicato, comunque, in pazienti che necessitano di terapia antisecretiva a lungo termine (3).

FANS

L'eradicazione dell'*H. pylori* riduce l'incidenza di ulcera, se effettuata prima dell'uso dei FANS (2).

L'eradicazione da sola è insufficiente a prevenire il sanguinamento recidivante da ulcera in soggetti ad alto rischio che utilizzano FANS (2). L'eradicazione non migliora la guarigione dell'ulcera gastrica o duodenale nei pazienti in terapia antisecretiva che continuano ad assumere FANS (1). *H. pylori* e FANS/aspirina sono fattori di rischio indipendenti per l'ulcera peptica (2).

Come trattare

Il trattamento deve essere attuato secondo associazioni che tengano in considerazione contemporaneamente terapie eradicanti di prima e seconda scelta (possono variare i dosaggi approvati localmente come, ad esempio, per il metronidazolo).

Terapia di prima scelta
IPP (o RBC) a dosi standard bid + Claritromicina 500 mg bid (C) + Amoxicillina 1000 mg bid (A) o Metronidazolo 500 mg bid (M)* per almeno 7 giorni *C+A è preferibile a C+M perché dà modo di ottenere risultati migliori in caso di trattamento di seconda scelta con quadruplica terapia
In caso di insuccesso
Terapia di seconda scelta
IPP a dose standard bid + Bismuto (subsalicilato/subcitrato) 120 mg qid + Metronidazolo 500 mg tid + Tetraciclina 500 mg qid per almeno 7 giorni
Se non è disponibile il bismuto, dovrebbe essere usata una triplice basata su IPP Un nuovo insuccesso dovrebbe essere gestito caso per caso. Antibiotici specifici per l' <i>H. pylori</i> , probiotici e vaccini potrebbero in futuro entrare a far parte dell'armamentario terapeutico tuttavia, allo stato attuale, non possono essere formulate raccomandazioni per il loro utilizzo.

Punti chiave selezionati

Strategie di management

- Un approccio "test and treat" dovrebbe essere utilizzato in pazienti adulti con dispepsia persistente di età <45 anni (il cut-off per l'età può variare localmente) dopo aver escluso i pazienti: con sintomi prevalenti di GERD, che utilizzano FANS, con sintomi d'allarme o con storia familiare di cancro gastrico.
- La diagnosi di infezione dovrebbe essere effettuata con UBT o test fecale.
- Andrebbe sempre confermata l'eradicazione con UBT o endoscopia se questa è clinicamente indicata. Il test fecale è un valido test alternativo se non è disponibile l'UBT.
- In pazienti con ulcera duodenale non complicata non è necessario che la terapia eradicante sia seguita da ulteriore trattamento antisecretivo.
- Se fallisce la terapia quadruplice di secondo livello in primary care, il paziente va inviato allo specialista.
- L'eradicazione non è generalmente indicata per malattie extradigestive.

Problemi di salute pubblica

- Una strategia 'search and treat' è raccomandata per pazienti con ulcera peptica in terapia antisecretiva a lungo termine o intermittente.
- Dovrebbero essere realizzati programmi di sorveglianza per le resistenze visto che la resistenza alla claritromicina influenza l'efficacia del trattamento di prima scelta.
- H. pylori è un fattore eziologico riconosciuto per il cancro gastrico non cardiale. Sebbene una percentuale importante di cancro gastrico possa essere attribuita all'infezione da H. pylori, solo una minoranza dei soggetti infetti svilupperà cancro gastrico.
- La popolazione generale asintomatica non dovrebbe essere screenata per l'infezione da H.pylori allo stato attuale.

Pazienti pediatrici

- Maastricht 2-2000 condivide le opinioni del documento dell'EHPHG e dell'ESPHAN (J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000;30:208-13).

Reference: Current Concepts in the Management of Helicobacter pylori Infection - The Maastricht Consensus report 2-2000. Malfertheiner et al.

