Nuove linee guida per l'Helicobacter Pylori

Data 02 maggio 2008
Categoria gastroenterologia

Le nuove linee guida dell'American College of Gastroenterology sulla infezione da Helicobacter Pylori.

L'American College of Gastroenterology ha aggiornato le linee guida per l'infezione da l'Helicobacter Pylori (HP). Le precedenti risalivano al 1998.
I punti che seguono riassumono le indicazioni principali che emergono dall'aggiornamento.

Quando ricercare la presenza di HP
Il test è indicato nei soggetti con malattia peptica in fase attiva, nei casi di ulcera documentata in passato, se è presente un linfoma MALT. Inoltre il test viene consigliato nei casi di dispepsia non altrimenti indagata nei soggetti giovani (< 55 anni) senza sintomi di allarme.

Quale test usare
Se il paziente viene sottoposto ad esame endoscopico e nelle 2 settimane precedenti non ha ricevuto un PPI oppure nelle 4 settimane precedenti non è stato trattato con antibiotici o bismuto il test consigliato è quello rapido all'ureasi. Per i casi che sono stati trattati con PPI, antibiotici o bismuto si deve ricorrere alla biospia con esame istologico della mucosa del corpo e dell'antro gastrico.
Per testare la sensibilità agli antibiotici si può ricorrere alla coltura oppure alla PCR (polymerase chain reaction) ma si tratta di possibilità non molto diffuse.
Tra i test non invasivi l'urea breath test (UBT) è quello più affidabile sia per la diagnosi di infezione che per la conferma dell' eradicazione dopo 4 settimane dalla fine del trattamento.
Per confermare l'eradicazione si può ricorrere anche alla ricerca degli antigeni fecali dell'HP, mentre la ricerca degli anticorpi nel sangue non è affidabile. Infatti gli anticorpi ematici identificano solo una reazione immunitaria, mentre gli altri test identificano una infezione attiva.
La conferma della eradicazione è raccomandata in soggetti con ulcera, quelli con sintomi dispeptici che persistono dopo eradicazione, quelli con linfoma MALT, e quelli gastroresecati per cancro.

L'eradicazione
Il test e l'eradicazione sono consigliati in caso di ulcera peptica, nel caso di linfoma MALT, di dispepsia non altrimenti indagata nei soggetti < 55 anni e se non vi sono segni di allarme (strategia test and treat) e in quelli sottoposti a gastroresezione per cancro gastrico.
La terapia triplice basata sul bismuto per 10-14 giorni è il trattamento di prima scelta. Altri schemi sono: PPI + claritromicina + amoxicillina o metronidazolo.
Terapie alternative per l'infezione persistente includono il regime quadruplo con bismuto per 7-14 giorni (PPI + bismuto + tetracicllina + metronidazolo) e la triplice terapia con levofloxacina per 10 giorni
(PPI + amoxicillina + levofloxacina)
Uno schema utilizzato nei casi persistenti è il trattamento sequenziale che prevede l'uso di PPI + amoxicillina per 5 giorni seguito da altri 5 giorni con PPI + claritromicina + tinidazolo.
Le linee guida ricordano inoltre:
1) stanno emergendo casi di resistenza alla claritromicina
2) una durata di 7 giorni porta ad un tasso di eradicazione inferiore a quello di 14 giorni.
3) fumo e alcol possono talora interferire con l'eradicazione.

Le controversie
E' ancora controverso se testare ed eradicare in queste condizioni: dispepsia funzionale, GERD, uso cronico di FANS, anemia sideropriva, rischio di cancro gastrico:
1) la decisione se eradicare una dispepsia funzionale deve essere individualizzata basandosi sul rischio di ulcera o neoplasia.
2) le evidenze non confermano l'ipotesi che nei pazienti con ulcera duodenale il GERD peggiori per cui per questo timore non si deve evitare l'eradicazione
3) é anche controverso se ogni soggetto con ulcera debba essere testato per HP, indipendentemente dall'uso di FANS o asa.
4) l'eradicazione potrebbe migliorare l'anemia da carenza marziale ma sono necessari ulteriori studi
5) l'eradicazione potrebbe migliorare gli outcomes nei soggetti a rischio di cancro gastrico o con lesioni pre-neoplastiche.
6) l'eradicazione potrebbe ridurre il rischio nei parenti di primo grado di pazienti con cancro gastrico

Fonte:

William D. Chey WD et al. and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology Guideline on the Management of Helicobacter pylori Infection. Am J

Gastroenterol. 2007 Aug;102:1808-1825.

Commento di Renato Rossi

Questa testata si era già occupata in passato dell'argomento .
Le novità di queste ultime linee guida sull'Helicobacter Pylori non sono molte. Le indicazioni al test ed alla eradicazione rimangono quelle di sempre: ulcera peptica e linfoma MALT, oltre alla ormai ben nota strategia "test and treat" per la dispepsia non altrimenti indagata nei soggetti giovani senza sintomi di allarme (anemia, emorragia, disfagia, dimagramento, ecc.).
Un aspetto da sottolineare è il riconoscimento dell'emergere di Helicobacter resistenti alla claritromicina. Infatti le linee guida consigliano ora schemi alternativi alla classica triplice PPI/amoxicillia/claritromicina e il relativamente nuovo schema sequenziale .
Più interessante appare invece il riconoscimento delle aree di incertezza, tra cui la reale necessità di eradicare in tutti i casi di dispepsia non organica o nei casi di uso cronico di FANS .
Rimane anche da definire se l'eradicazione sia in grado di portare ad una riduzione dell'incidenza di cancro gastrico .

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2990
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3303
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3235
4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2083
5. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1696
6. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1170
7. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2719