Helicobacter pylori: un aggiornamento

Data 06 luglio 2026
Categoria gastroenterologia

Il riscontro sempre più frequente di fallimenti dopo un tentativo di eradicazione di Helicobacter pylori rende necessario un cambio di strategia con schemi terapeutici nuovi e aggiornati.

Un articolo pubblicato dal JAMA per la serie JAMA Clinical Guidelines Synopsis ci offre lo spunto per rivisitare un argomento di estremo interesse per il medico di famiglia: l'eradicazione dell'infezione da Helicobacter Pylori (HP).
Come è noto l'infezione da HP è una delle principali cause di gastrite cronica, ulcera peptica e adenocarcinoma gastrico. Negli ultimi anni la crescente resistenza agli antibiotici, in particolare alla claritromicina e ai nitroimidazolici (metronidazolo e tinidazolo), ha modificato profondamente l'approccio terapeutico rendendo necessarie nuove strategie.

Quando sospettare un'infezione da HP

Si dovrebbe sospettare un'infezione da HP di fronte a dispepsia persistente, ulcera gastrica o duodenale, gastrite cronica, anemia sideropenica o carenza di vitamina B12 inspiegate, piastrinopenia immune, familiarità per carcinoma gastrico, necessità di terapia cronica con FANS o ASA, MALT gastrico.
I test più utilizzati per la diagnosi sono l'urea breath test, la ricerca dell'antigene fecale e la sierologia anticorpale (poco utile per confermare l'eradicazione).
Per evitare falsi negativi è necessario sospendere PPI almeno 2 settimane prima, sospendere antibiotici e bismuto almeno 4 settimane prima.
L'esame endoscopico è indicato in presenza di segni d'allarme come anemia, calo ponderale, sanguinamento digestivo, età avanzata, sospetta ulcera gastrica, familiarità oncologica significativa.

I nuovi approcci terapeutici

La tradizionale terapia con PPI + claritromicina + amoxicillina non dovrebbe più essere usata empiricamente nelle aree con elevata resistenza alla claritromicina, situazione ormai molto frequente anche in Europa. Si tratta di un messaggio importante per il medico di famiglia: continuare a prescrivere automaticamente la triplice terapia "storica" significa aumentare il rischio di fallimento.
Per questo motivo la terapia con bismuto rappresenta oggi uno dei regimi di riferimento.
Lo schema tipico prevede PPI, bismuto, tetraciclina e metronidazolo per 14 giorni.
Questa terapia è molto spesso efficace anche in presenza di resistenza alla claritromicina ed è una scelta di prima linea in molti casi. Ha però dei limiti rappresentati dalla complessità delle somministrazioni che possono ridurre la compliance e dai possibili effetti collaterali. In Italia esiste però una formulazione preconfezionata (bismuto + metronidazolo + tetraciclina in unica capsula) che semplifica la prescrizione ma non riduce significativamente il carico di somministrazioni giornaliere.
In caso di allergia alla penicillina, la terapia quadrupla con bismuto rappresenta lo schema di riferimento; valutare consulenza allergologica nei casi dubbi.
Se il bismuto non è disponibile si può ricorrere allo schema: PPI + amoxicillina + claritromicina + metronidazolo per 14 giorni.

Vonoprazan: possibile cambio di paradigma

Una delle novità più interessanti è il crescente impiego del vonoprazan, farmaco che appartiene alla classe dei PCAB (potassium-competitive acid blockers) ed esercita una soppressione acida più potente e stabile rispetto ai PPI tradizionali. Un pH gastrico più elevato migliora l'attività antibiotica e si ottengono così elevati tassi di eradicazione. Inoltre lo schema terapeutico prevede di associare al vonoprazan solo amoxicillina (duplice terapia) oppure amoxicillina e claritromicina (triplice terapia). Come abbiamo visto in uno studio già recensito da questa testata la terapia duplice con vonoprazan e tetraciclina potrebbe diventare un'opzione interessante quando il PCAB sarà reso disponibile anche in Italia.

Rifabutina come opzione di salvataggio

Nei pazienti con multipli fallimenti terapeutici compare sempre più spesso la rifabutina associata ad amoxicillina e PPI o PCAB. Il vantaggio è il basso tasso di resistenza primaria. Però è una terapia da utilizzare in casi selezionati e dopo consulenza specialistica perchè esiste rischio di tossicità ematologica.

La conferma dell'eradicazione

Tutti i pazienti trattati dovrebbero eseguire un test di conferma dell'eradicazione con l'urea breath test o la ricerca dell'antigene fecale. La conferma va richiesta almeno 4 settimane dopo la fine degli antibiotici e almeno 2 settimane di sospensione del PPI.
La conferma dell'eradicazione riduce il rischio ulceroso e oncologico e limita prescrizioni inutili croniche di PPI.

Approccio pratico per il medico di famiglia

1. Paziente giovane (< 45-50 anni) con dispepsia senza red flags: test-and-treat; trattamento eradicante se positivo; confermadell'eradicazione.

2. Paziente già trattato in passato: evitare di ripetere automaticamente claritromicina o levofloxacina. Sono necessari schemialternativi.

3. Paziente in terapia cronica con PPI: molti pazienti restano per anni in trattamento antisecretivo senza revisione diagnostica. L'eradicazione di H. pylori può consentire, oltre al miglioramento della sintomatologia, la sospensione del PPI e la riduzione del rischio ulceroso.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Matthews HC, Alexander JT. Treatment of Helicobacter pylori Infection. JAMA. 2026 May 12;335(18):1628-1629. doi: 10.1001/jama.2026.0663. PMID: 41848693.

2. Gao W, Li J, Yang G, Du S, Ling T, Zhang X, Ye H, Xiong Y, Tian Y, Liu J, Liu B, Wang C, Cheng H. Vonoprazan-Tetracycline Dual Regimen as Rescue Therapy for Helicobacter pylori Infection: Randomized Controlled Trial. Gastroenterology. 2026 Jan 29:S0016-5085(26)00031-4. doi: 10.1053/j.gastro.2026.01.008. Epub ahead of print. PMID:41620038.