
ΔΙΑΛΕΞΗ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΥ ΟΜΙΛΗΤΗ

Κριτήρια για τη θεραπεία του 2012

Αντιμετώπιση *H. pylori* λοιμώξεως το 2013

Θ. Ροκκάς

MD, PhD (U.K.), FACG, AGAF, FEBG

Δ/ντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ»

Τριάντα χρόνια μετά την καλλιέργεια του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (*H. pylori*) και είκοσι επτά χρόνια μετά τη δημοσίευση της πρώτης τυχαίοποιημένης ελεγχόμενης με placebo μελέτης εκρίζωσης του *H. pylori*,¹ ενώ έχουν καθοριστεί επαρκώς οι ενδείξεις θεραπείας, εν τούτοις δεν έχουμε ακόμη στη διάθεσή μας την ιδανική θεραπεία που θα επιθυμούσαμε. Ακόμη και τα πιο αποτελεσματικά σχήματα εκρίζωσης υπολείπονται σε ποσοστό 10-20% κατά πρόθεση για θεραπεία όταν δοκιμάζονται σε προσεκτικά σχεδιασμένες και εκτελεσμένες κλινικές μελέτες.^{2,3} Το ποσοστό επιτυχίας είναι ακόμη χαμηλότερο στην καθημερινή κλινική πράξη.⁴ Το αθροιστικό ποσοστό επιτυχίας μετά από τη διαδοχική χρήση σύγχρονων θεραπευτικών σχημάτων 1ης και 2ης γραμμής είναι περίπου 95% που σημαίνει ότι η λοίμωξη θα παραμείνει στο 5% του αρχικού πληθυσμού ασθενών μετά την αγωγή 2ης γραμμής.⁵ Και βεβαίως προκύπτουν ερωτήματα χειρισμού των ασθενών αυτών. Δηλαδή, θα επιλέξουμε το σχήμα εκρίζωσης 3ης γραμμής εμπειρικά, ή θα το καθορίσουμε μετά από καλλιέργεια του *H. pylori* και λήψη αντιβιογράμματος; Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της καθεμίας από τις παραπάνω προσεγγίσεις και γενικότερα το σύνολο των πληροφοριών που παρέχει η πρόσφατη βιβλιογραφία στα ανωτέρω θέματα αναπτύχθηκαν στην συνάντηση ομοφωνίας Maastricht IV.⁶ Τα κυριότερα σημεία και συστάσεις της συνάντησης ομοφωνίας Maastricht IV συνοψίζονται στους πίνακες 1,2,3,4.

Πίνακας 1
Maastricht IV
Ισχυρή σύσταση θεραπείας εκρίζωσης του *H.pylori*
(Level of scientific Evidence 1a,1b,1c, Grade of recommendation A)

- Πεπτικό έλκος (ενεργό ή όχι)
- Επιπεπλεγμένο πεπτικό έλκος (αιμορραγία)
- Χαμηλής κακοηθείας γαστρικό λέμφωμα (MALT)
- Σοβαρού βαθμού ατροφική γαστρίτιδα
- Μετά από αφαίρεση πρώιμου γαστρικού καρκίνου
- Οικογενειακό ιστορικό γαστρικού καρκίνου (στρατηγική search and treat σε πρώτου βαθμού συγγενείς πασχόντων)
- Επιθυμία του ασθενούς (μετά από πλήρη εξήγηση από τον θεράποντα ιατρό)
- Προγραμματιζόμενη μακρά θεραπεία με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα και ανεξήγητη σιδηροπενική αναιμία

Πίνακας 2
Maastricht IV
Σχετική σύσταση θεραπείας εκρίζωσης του *H.pylori*
(μεσαίου βαθμού βιβλιογραφική υποστήριξη
Grade of recommendation B, Evidence level 2,3)

- Δυσπεψία (μετά από πλήρη διερεύνηση για άτομα >45 ετών, και εμπειρικά για τους <45 ετών (στρατηγική test and treat μετά από ανίχνευση του μικροβίου με μη αιματηρή δοκιμασία)
- Προγραμματιζόμενη ή εφαρμοζόμενη μακρά αγωγή με αναστολείς της αντλίας πρωτονίων για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
- Εφαρμοζόμενη θεραπεία με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα

Πίνακας 3
Maastricht IV
Ασθενής σύσταση θεραπείας εκρίζωσης του *H.pylori*
(χαμηλού βαθμού βιβλιογραφική υποστήριξη
Grade of recommendation C,D, Evidence level 4,5)

- Πρόληψη γαστρικού καρκίνου εν απουσία παραγόντων κινδύνου
- Ασυμπτωματικά άτομα
- Νόσος εκτός του πεπτικού (εκτός των προαναφερθέντων αιματολογικών νοσημάτων).

Πίνακας 4
Προτεινόμενες θεραπείες για εκρίζωση *Helicobacter pylori*

	Περιοχές με χαμηλό ποσοστό ανθεκτικότητας στην κλαριθρομυκίνη (<20%)	Περιοχές με υψηλό ποσοστό ανθεκτικότητας στην κλαριθρομυκίνη (>20%)
1^η γραμμή θεραπείας	PPI-Clari-Amoxicillin/Metronidazole ή non Bismuth quadruple ή Bismuth Quadruple	Bismuth Quadruple if not available: non-Bismuth Quadruple (either sequential or concomitant)
2^η γραμμή θεραπείας	Bismuth Quadruple ή PPI-Levofloxacin/Amoxicillin	PPI-Levofloxacin/Amoxicillin
3^η γραμμή θεραπείας	Based on susceptibility testing only	

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. McNulty CA, Gearty JC, Crump B, et al. *Campylobacter pyloridis* and associated gastritis: investigator blind, placebo controlled trial of bismuth salicylate and erythromycin ethylsuccinate. BMJ 1986;293:645-649.
2. de Boer WA, Tytgat GNJ. Treatment of *Helicobacter pylori* infection. BMJ 2000;320:31-34 .
3. Fischbach LA, Goodman KJ, Feldman M, et al. Sources of variation of *Helicobacter pylori* treatment success in adults worldwide: a meta-analysis. Int J Epidemiol 2002;31:128-139.
4. Qasim A, Sebastian S, Thornton O, et al. Rifabutin- and furazolidone-based *Helicobacter pylori* eradication therapies after failure of standard first- and second-line eradication attempts in dyspepsia patients. Aliment Pharmacol Ther 2005;21:91-96.
5. Rokkas T, Sechopoulos P, Robotis I, Margantinis G, Pictiolas D. Cumulative *H. pylori* eradication rates in clinical practice by adopting first and second-line regimens proposed by the Maastricht III consensus and a third-line empirical regimen. Am J Gastroenterol 2009; 104:21-25.
6. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, Gensini GF, Gisbert JP, Graham DY, Rokkas T, El-Omar EM, Kuipers EJ, European Helicobacter Study Group. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Gut 2012;61:646-664.