

Percorsi clinici in gastroenterologia

DOTT.SSA LA FORTEZZA – DOTT. LISOTTI

20 GENNAIO 2024

AUDITORIUM M. DE MAURIZI, OSPEDALE SANTA MARIA DELLA SCALETTA

Appropriatezza per l'accesso alla EGDS nella regione Emilia Romagna

EGDS priorità U (Urgente - entro 72 ore)

EGDS priorità B (Breve - entro 10 giorni)

- Anemia normocitica/microcitica (Hb < 10 g/dl) di nuovo riscontro
- Calo ponderale significativo (> 10% del peso corporeo) con sintomi digestivi
- Disfagia (presente da almeno 5-7 giorni)
- Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con imaging
- Vomito ricorrente (presente da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena

Appropriatezza per l'accesso alla EGDS nella regione Emilia Romagna

EGDS priorità D (Differibile - entro 60 giorni)

- Anemia sideropenica o macrocitica
- Pazienti > 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica dolorosa di recente insorgenza (< 6 mesi), persistente (> 4 settimane) o non responsiva alla terapia (mai indagata con EGDS)
- Conferma di malattia celiaca in pazienti con sierologia positiva
- Diagnosi laboratoristica non risolutiva di celiachia (su indicazione dello specialista)
- Stadiazione pretrapianto d'organo
- Accertamento presenza varici/gastropatia da ipertensione portale

Appropriatezza per l'accesso alla EGDS nella regione Emilia Romagna

EGDS priorità P (Programmabile - entro 120 giorni)

- Pazienti < 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica (mai indagata con EGDS) con sintomi persistenti anche dopo test and treat per HP
- Altre condizioni cliniche: da esplicitare accuratamente nel quesito diagnostico

Sintomi d'allarme

- Calo ponderale/ iporessia
- Nausea/vomito persistente
- Sensazione di bolo
- Disfagia
- Ematemesi/melena
- Mancata risposta alla terapia con PPI
- Anamnesi familiare positiva per neoplasia del tratto gastrointestinale o sindromi ereditarie

Dispepsia: allarmarsi o no?

DISPEPSIA: “Difficoltà nella digestione”

È definita come dolore o discomfort addominale localizzato nell'addome superiore. Può includere vari sintomi: dolore epigastrico, senso di ripienezza post-prandiale, sazietà precoce, anoressia, eruttazione, nausea, vomito, gonfiore addominale.

La classificazione su base eziologica comprende due forme:

- ❑ **Dispepsia ORGANICA:** dovuta alla presenza di alterazioni organiche
- ❑ **Dispepsia FUNZIONALE:** non correlata a cause specifiche strutturali o biochimiche.

Dispepsia: cause organiche

- ❑ GERD/ ESOFAGITE EROSIVA
- ❑ ULCERA PEPTICA
- ❑ NEOPLASIA GASTRICA/ESOFAGEA
- ❑ EFFETTO COLLATERALE DI FARMACI (FANS: provocano dispepsia nel 20% dei soggetti che li assumono; glucocorticoidi; ferro, antibiotici, digitale, teofillina, contraccettivi orali soprattutto estrogeni, levodopa, sildenafil, acarbosio)
- ❑ Disordini del tratto bilio-pancreatico:
 - pancreatite cronica/ np pancreatica
 - colecistite/calcolosi della colecisti: nonostante l'alta prevalenza dell'associazione dispepsia e calcoli della colecisti, studi epidemiologici hanno dimostrato che la colelitiasi non è associata a dispepsia!
- ❑ Altri disordini gastroenterici possono mimare una dispepsia:
 - Infezioni: CMV, funghi, tubercolosi, parassitosi (Giardia Lamblia, strongyloides stercoralis)
 - malattia di Crohn/ sarcoidosi/ amiloidosi/ gastroenterite eosinofila/ celiachia /linfoma/ Menetrier
- ❑ Gastroparesi (diabetica, post-vagotomia, post-virale, da sclerodermia, idiopatica)
- ❑ Condizioni sistemiche si possono associare a dispepsia: gravidanza, insufficienza renale, tireopatia, iperparatiroidismo, diabete mellito, infarto del miocardio, neoplasie addominali

Dispepsia ed Helicobacter Pylori

Quando è indicata la ricerca dell'Helicobacter Pylori?

- DISPEPSIA non investigata in pazienti < 50 anni senza segni d'allarme (perdita di peso, anemia ferrocarenziale, disfagia, emorragia del tratto gastrointestinale).
In questi casi non è necessario eseguire EGDS in prima battuta.
Eseguire un test non invasivo ed effettuare terapia eradicante (strategia cost- effective)
- Pazienti che ASSUMONO FANS o CARDIOASPIRINA con anamnesi patologica remota positiva per ulcera peptica. In questi casi è utile eradicare l'Helicobacter Pylori prima di iniziare una terapia cronica
- Pazienti con ANEMIA ferrocarenziale
- Pazienti con ANEMIA megaloblastica da deficit di vit.B12
- Pazienti con TROMBOCITEMIA
- Pazienti con MALToma/ EARLY GASTRIC CANCER

Test non invasivi per Helicobacter Pylori

	¹³C UBT	Ag FECALE	SIEROLOGIA IgG
Sensibilità	96%	93.2%	85%
Specificità	93%	93.3%	79%
Caratteristiche del test	Permette di identificare l'infezione acuta	Permette di identificare l'infezione acuta	NON DISCERNE L'INFEZIONE ATTIVA DALLA PREGRESSA (le IgG possono rimanere positive per mesi-anni anche dopo l'avvenuta eradicazione) NON VA USATO PER VALUTARE EFFICACIA DELLA TERAPIA!
Sensibilità ridotta in caso di	<ul style="list-style-type: none"> - uso PPI nelle 2 settimane precedenti - uso antibiotici nelle 4 settimane precedenti - recente sanguinamento GI - neoplasia gastrica 	<ul style="list-style-type: none"> - uso PPI nelle 2 settimane precedenti - uso antibiotici nelle 4 settimane precedenti 	

Management of Helicobacter pylori infection:
Guidelines of the Italian Society of Gastroenterology (SIGE) and the Italian Society of Digestive Endoscopy (SIED)

Test invasivi per Helicobacter Pylori

	TEST RAPIDO ALL'UREASI	ISTOLOGIA	ESAME COLTURALE
Sensibilità	90%;	95%	
Specificità	95-100%	98%	100%
Sensibilità ridotta in caso di	da recente uso di PPI, bismuto, antibiotici o da sanguinamento gastrico		

Prima linea di terapia per Helicobacter Pylori

QUADRUPlice TERAPIA A BASE DI BISMUTO	QUADRUPlice TERAPIA (NON A BASE DI BISMUTO)	TERAPIA SEQUENZIALE	TRIPLICE TERAPIA PER A BASE DI CLARITROMICINA
PPI x 2/die Pylera 3 cp x 4/die - Bismuto - metronidazolo - tetraciclina	PPI x 2/die Amoxicillina 1000 mg x2/die Claritromicina 500 mg x 2/die Metronidazolo 500 mg x 2/die	Primi 5 giorni: PPI x 2/die + Amoxicillina 1000 mg x 2/die. Successivi 5 giorni PPI x 2/die + claritromicina 500 mg x 2/die + metronidazolo 500 mg x 2/die	PPI x 2/die + Claritromicina 500 mg x2/die +Amoxicillina 1000 mg x 2/die. Oppure PPI x 2/die + Claritromicina 500 mg x 2/die + Metronidazolo 500 mg x 2/die (IN CASO DI ALLERGIA AD AMOXICILLINA)
10 GIORNI	10 GIORNI	10 GIORNI	14 GIORNI
PRIMA SCELTA IN CASO DI ALLERGIA AD AMOXICILLINA	Non raccomandato nelle aree ad alta prevalenza (>15%) di resistenza a claritromicina o metronidazolo		Solo in aree con bassa resistenza alla claritromicina

Seconda linea di terapia per Helicobacter Pylori

Il razionale è cambiare l'antibiotico usato in precedenza (ad eccezione di amoxicillina e tetraciclina)

- Se è fallita la prima linea a base di bismuto REGIME A BASE DI LEOVFLOXACINA
- Se è fallita la prima linea a base di claritromicina REGIME A BASE DI BISMUTO

Seconda linea di terapia per Helicobacter Pylori

QUADRUPLE TERAPIA A BASE DI BISMUTO Se non era stata usata come prima linea	TRIPLICE TERAPIA A BASE DI LEVOFLOXACINA
PPI x 2/die Pylera 3 cp x 4/die - Bismuto - metronidazolo - tetraciclina	PPI x 2/die Amoxicillina 1000 mg x2/die Levofloxacina 500 mg/die
10 GIORNI	10 GIORNI

Terza linea di terapia per Helicobacter Pylori

❑ Dopo 2 fallimenti terapeutici sono raccomandati coltura e test di suscettibilità (la scelta terapeutica sarà mirata, sulla base delle resistenze). Spesso il test non è disponibile (non viene eseguito in tutti i centri). In questi casi:

❑ TRIPLICE TERAPIA CON RIFABUTINA PER 10 GIORNI

PPI x 2 /die (es PAntorc 40 mg 1 cp x 2/die)

Amoxicillina 1000 mg x 2/die

Rifabutina 300 mg/die

Vantaggi: resistenza alla rifabutina bassa

Svantaggi:

- Tasso di eradicazione basso 70%
- Effetti collaterali ematologici
- Numerose interazioni con altri farmaci.

Grazie per l'attenzione