

# 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, acarbiosio)
- ❑ 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

	<b><sup>13</sup>C UBT</b>	<b>Ag FECALE</b>	<b>SIEROLOGIA IgG</b>
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"> <li>- uso PPI nelle 2 settimane precedenti</li> <li>- uso antibiotici nelle 4 settimane precedenti</li> <li>- recente sanguinamento GI</li> <li>- neoplasia gastrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uso PPI nelle 2 settimane precedenti</li> <li>- uso antibiotici nelle 4 settimane precedenti</li> </ul>	

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

QUADRUPlice 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