

Τι αλλάζει το Maastricht III σε σχέση με το Maastricht II στην πρακτική μας

Θεόδωρος Ροκκάς

Η κατανόηση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (*H. pylori*) και των συνδεόμενων με αυτό νόσων συνεχώς εξελίσσεται με ταχύ ρυθμό και έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι στη γνώση από τότε που δόθηκαν οι πρώτες κατευθυντήριες συστάσεις από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ το 1994. Από τότε έχουν ανακοινωθεί συστάσεις, για αντιμετώπιση της λοίμωξης με *H. pylori*, ανεξάρτητα σε πολλές χώρες. Ωστόσο οι συστάσεις αυτές δεν συμβαδίζουν και επιπρόσθετα, αν και υπάρχει ολοένα αυξανόμενη υιοθέτηση της θεραπείας εκρίζωσης του *H. pylori*, υπάρχει επίσης σημαντική σύγχυση, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, σχετικά με την αντιμετώπιση της λοίμωξης με *H. pylori*.

Ήταν επομένως επιβεβλημένο να αναπτυχθούν ομόφωνες ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της λοίμωξης με *H. pylori* και, επιπλέον, να εξασφαλισθεί ότι οι κατευθυντήριες αυτές οδηγίες περιλαμβάνουν το ρόλο του ιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως και του εξειδικευμένου γαστρεντερολόγου στην αντιμετώπιση των ασθενών. Η ευρωπαϊκή ομάδα μελέτης του *H. pylori* ανέλαβε την εκπλήρωση του σκοπού αυτού σε μία συνάντηση που έλαβε χώρα στο Maastricht της Ολλανδίας το 1996 (Maastricht I). Στόχος της ομάδας ήταν να αναπτύξει ομόφωνες ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για το πώς οι πρόοδοι στις γνώσεις μας επί του

H. pylori θα πρέπει να εφαρμοστούν στην κλινική πρακτική, τόσο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και στα εξειδικευμένα κέντρα και να ασχοληθεί με γενικά θέματα υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τη λοίμωξη αυτή. Η συνάντηση επαναλήφθηκε το 2000 (Maastricht II) για να περιλάβει τα νέα δεδομένα και στη Φλωρεντία το Μάρτιο του 2005 (Maastricht III).

Η συνάντηση ομοφωνίας του Maastricht III περιελάμβανε 50 συμμετέχοντες από 20 ευρωπαϊκές χώρες καθώς και από Κίνα, Βραζιλία, Καναδά, Ιαπωνία και ΗΠΑ. Οι συμμετέχοντες ήταν ιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εξειδικευμένοι γαστρεντερολόγοι και άλλων ειδικοτήτων με ενδιαφέρον στον τομέα έρευνας του *H. pylori*.

Παρουσιάστηκαν ανασκοπήσεις των πρόσφατων σχετικών γνώσεων από ειδικούς στους σχετικούς τομείς έρευνας πριν τεθεί μία σειρά ουσιαστικών ζητημάτων περί αντιμετώπισης της λοίμωξης. Τα ζητήματα μελετήθηκαν από τρεις ομάδες εργασίας, καθεμία από τις οποίες εστίασε τις εργασίες της σε έναν ειδικό τομέα, όπως:

- το ρόλο του ιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- την αντιμετώπιση των ασθενών σε επίπεδο εξειδικευμένων ιατρών και
- θέματα δημόσιας ιατρικής περίθαλψης.

Κάθε ζήτημα που αφορούσε την αντιμετώπιση των ασθενών αντιμετωπίστηκε με τη χρήση ενός πρότυπου εντύπου οδηγού βάσει του οποίου, η ομάδα εργασίας:

- αναγνώριζε μία ειδική έννοια, θέμα ή ζήτημα
- διατύπωνε την ομόφωνη δήλωση ή σύστασή της
- δήλωνε τη βαρύτητα της δήλωσης ή σύστασής της, βάσει τριών επιπέδων (συνιστάται ανεπιφύλακτα, συνιστάται, αβέβαιη)
- κατέτασσε τη βαρύτητα των ενδείξεων που υποστήριζαν τη δήλωση ή σύσταση, ως αναμφίβολη, υποστηρικτική ή ασαφής
- περιέγραφε την αιτιολογία της δήλωσης ή σύστασης.

Κάθε ομάδα εργασίας παρουσίασε τις συστάσεις της στην ολομέλεια για συζήτηση και στη συνέχεια με ψηφοφορία συμφωνήθηκαν οι τελικές ομόφωνες συστάσεις.

Οι συστάσεις για τη θεραπεία εκρίζωσης του *H. pylori* συνοψίζονται στα παρακάτω.

Ισχυρή σύσταση θεραπεία εκρίζωσης του *H. pylori* (υψηλού βαθμού βιβλιογραφική υποστήριξη)

- 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)
- Προγραμματιζόμενη θεραπεία με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSAIDs)
- Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα και ανεξήγητη σιδηροπενική αναιμία
- Επιθυμία του ασθενούς (μετά από πλήρη εξήγηση από τον θεράποντα ιατρό).

Σχετική σύσταση θεραπεία εκρίζωσης του *H. pylori* (μεσαίου βαθμού βιβλιογραφική υποστήριξη)

- Δυσπείψια [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 (NSAIDs)
- Μετά από εγχείρηση για πεπτικό έλκος.

Ασθενής σύσταση θεραπεία εκρίζωσης του *H. pylori* (χαμηλού βαθμού βιβλιογραφική υποστήριξη)

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

Συνοπτικά, όπως και στις προηγούμενες συναντήσεις ομοφωνίας Maastricht I και II και στη συνάντηση Maastricht III, η εκρίζωση του *H. pylori* παραμένει ανεπιφύλακτα η κύρια ένδειξη σε όλους τους θετικούς ασθενείς με διάγνωση πεπτικού έλκους, παρελθόντος ή παρόντος, συμπεριλαμβανομένων αυτών που βρίσκονται σε ύφεση ή υπόκεινται σε θεραπεία συντήρησης με αντιεκκριτικά. Οι ενδείξεις για αυτό είναι αναμφίβολες, βάσει τόσο της κλινικής πρακτικής όσο και της εξοικονόμησης κόστους, καθώς η εκρίζωση του *H. pylori* θα επιφέρει την ίαση σε ποσοστό πάνω από το 90% των ασθενών. Η προγραμματιζόμενη θεραπεία με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, η ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα και η ανεξήγητη σιδηροπενική αναιμία, αποτελούν επίσης ενδείξεις θεραπείας του μικροβίου με ισχυρή βιβλιογραφική τεκμηρίωση. Οι ενδείξεις αυτές είναι νέες ενδείξεις στο Maastricht III, σε σχέση με το Maastricht II με τον ανάλογο αντίκτυπο στην κλινική πράξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Hungin AP, Jones R, Axon A, Graham DY, Tytgat G, European Helicobacter Pylori Study Group (EHPHG). Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection--the Maastricht 2-2000 Consensus Report. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:167-180.
- Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar E, Graham D, Hunt R, Rokkas T, Vakil N, Kuipers EJ and the European Helicobacter Study Group: Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection – The Maastricht III Consensus Report. *Gut* 2007;56:772-781.