

LA DIAGNOSI

TEST DEL RESPIRO
Identifica la presenza di ureasi rilasciata dall'*Helicobacter*

TEST SIEROLOGICI
Misura specifici anticorpi nel sangue

ENDOSCOPIE
Utile per i pazienti con sospetto di ulcera o tumore

LA TERAPIA

ANTIGENI FECALI
Individua nelle feci gli antigeni specifici contro il batterio

IL MIX DI FARMACI
Combina antibiotici diversi e inibitori della pompa protonica*

* Alcune terapie prevedono l'utilizzo di antagonisti dei recettori dell'istamina

I TEST

La celiachia nel sangue

La celiachia si può diagnosticare senza ricorrere per forza alla biopsia intestinale ma con il dosaggio di due anticorpi specifici, in presenza di sintomi conclamati, come suggeriscono le linee guida delle due principali società europee di gastroenterologia (Espghan e Bspghan) formulate nel 2012. Finora mancava, infatti, una conferma clinica della loro validità. Mancava la certezza che l'approccio meno invasivo (il dosaggio degli anticorpi anti-transglutaminasi e anti-endomiso) non penalizzasse il paziente peggiorandone la qualità di vita o, peggio, causando danni involontari. La conferma positiva è arrivata dal primo studio prospettico realizzato dai ricercatori dell'ospedale infantile IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, con l'Università giuliana, e pubblicato su *Archives of Disease in Childhood*. La ricerca - che porta la firma di Alessandro Ventura, direttore della pediatria del Burlo, con cinque colleghi - ha esaminato per tre anni 468 soggetti celiaci, confrontando l'andamento clinico di due gruppi: il primo diagnosticato con biopsia dei villi intestinali, il secondo con dosaggio anticorpale. Dall'indagine emerge che la celiachia può essere individuata senza biopsia nel 37% dei casi pediatrici (due anni o meno) e nell'11% dei casi totali. Risparmiando sofferenze e denaro pubblico. «Lo studio - spiega Elisa Benelli dell'università di Trieste, primo autore del lavoro - rivela anche che la qualità di vita dei pazienti, il miglioramento clinico e l'aderenza alla dieta sono assolutamente simili e confrontabili nei due gruppi».

Cristina Serra

Gastriti. Vive nel nostro stomaco dalla notte dei tempi. E ci danneggia causando bruciori ma anche tumori. Del Pylori bisogna sbarazzarsi. Le nuove linee guida spiegano come farlo. Per sempre. Usando bene gli antibiotici. Con una nuova terapia

Andiamo a caccia dell'*Helicobacter*

ELVIRA NASELLI ED EMILIO MARRESE

CI CONVIVIAMO dalla notte dei tempi, considerato che ce l'aveva persino la mummia Ötzi. E - chi più chi meno, dal 20-30 per cento del Nord Europa all'80 del Portogallo - non c'è paese che non ce

l'abbia. In Italia si calcola che almeno uno su tre abbia l'infezione da *Helicobacter Pylori*, batterio resistente, che si ancora all'interno del nostro stomaco e causa gastrite, qualche volta mal di stomaco o cattiva digestione, ulcera, in minima parte tumori allo stomaco, incluso un particolare tipo di linfoma. Ed è per questo che lo Iarc (Agenzia in-

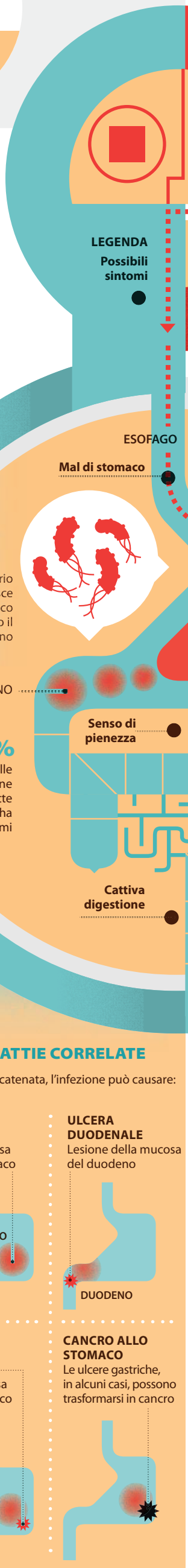
ternazionale per la ricerca sul cancro) lo considera carcinogeno di classe 1, insieme a fumo, alcol, e un centinaio di altre sostanze. La strategia attuale è dunque di eradicare l'infezione, senza però cercarla attivamente.

Ma facciamo un passo indietro. E a come si contrae l'infezione. «In realtà non lo sappiamo con certezza - premette Rocco Maurizio Zagari, dipartimento scienze mediche e chirurgiche università di Bologna, uno degli esperti che ha lavorato alle linee guida italiane - ma è probabile per via orale e fecale, e infatti i numeri sono più alti nei paesi con condizioni igieniche peggiori. È un'infezione tipica dei bambini, e comunque dei primi 16-18 anni di vita. È molto difficile che la si contragga da adulti, e non sappiamo perché. Quindi se un adulto è negativo ha poco senso rifare il test, perché è improbabile che contragga l'infezione».

Se bisogna eliminare il batterio ogni volta che lo si individua il punto è se sottoporre a screening - test del respiro o feci - tutta la popolazione. E la risposta è no. «Non c'è rapporto costo-beneficio - premette Antonio Gasbarrini, primario di Gastroenterologia al policlinico universitario Gemelli di Roma - mentre bisogna certamente sottoporre a test chi ha familiarità di primo grado con il cancro allo stomaco, o ha dispepsia, storia di ulcera gastrica e duodenale o prima di cominciare una terapia con aspirina, antinfiammatori o anti aggreganti perché l'*Helicobacter* aumenta il rischio di sanguinamenti. È importante però che prima di sottoporsi a test si interrompano i farmaci IPP (inibitori di pompa protonica, gastroprotettori) almeno 10 giorni prima, per non falsare il risultato. Ovviamente *Helicobacter* si diagnostica anche con la gastroscopia, che si effettua soltanto se si sta cercando una malattia maggiore o il paziente ha dimagrimento rapido o anemia».

E veniamo al capitolo cura, non sempre facile, anche per la perdita di efficacia di alcuni antibiotici. «Siamo stati tra i più grandi consumatori di claritromicina - ammette Zagari - e così mentre la terapia con questo antibiotico, insieme ad un altro e a un IPP per sette giorni (terapia tripla) funzionava al 90 per cento, adesso, per arrivare all'80 dobbiamo prolungare la terapia per due settimane, o usare tre antibiotici e un IPP in sequenza (terapia sequenziale) o tutti insieme (terapia concomitante)».

A queste possibilità di intervento si è appena aggiunta una nuova strategia che affianca a due antibiotici e un IPP anche il bismuto. «Una terapia molto efficace in prima linea - precisa Gasbarrini - in fascia A, e consigliata pure in seconda o terza linea.



Colesterolo ALTO?

Combattilo con:

COLESTEROL[®] ACT PLUS 400mg
INTEGRATORE ALIMENTARE

OFFERTA
RISPARMIO
60 COMPRESSE
A SOLI €19.90

OFFERTA
RISPARMIO
30 COMPRESSE
A SOLI €12.90

Colesterol Act Plus® 400, grazie alla sua formula con 10mg di Monacolina K del riso rosso fermentato, Betasitosterolo e Octacosanolo, contribuisce al mantenimento dei livelli normali di colesterolo nel sangue. Gli estratti di Coleus e Caigua, favoriscono la regolarità della pressione arteriosa.

COLESTEROL ACT PLUS® LA QUALITÀ AL GIUSTO PREZZO
In Farmacia e Parafarmacia

distribuito da: F&F s.r.l. - tel. 031 525522 - mail: info@linea-act.it - www.linea-act.it

Malasanità. Ricoveri non specializzati. Dottori incompetenti

Con aumento dei costi e della mortalità

Se il medico è sbagliato il disastro è assicurato

SOLO il 7,4 per cento dei ricoverati per una malattia dell'apparato digerente è curato dal gastroenterologo. Percentuale bassissima, con effetti rischiosi: peggiora la prognosi, si allunga la degenza, aumenta la mortalità quasi raddoppiando, dal 2,2 al 4,1 per cento, crescono ovviamente anche i costi. Sono i risultati di una ricerca condotta da Aigo (Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti ospedalieri), in collaborazione con il ministero della Salute, che ha analizzato per la prima volta in Italia oltre 4.800.000 ricoveri tra il 2010 e il 2014. Solamente in quest'ultimo anno, sono stati registrati quasi novecentomila ricoveri.

Ovviamente mai come in questo caso vale l'equazione reparto sbagliato - cure inappro-

priate. Con inevitabili ricadute anche sulle liste di attesa: se si ricovera un malato in chirurgia, ma non ha bisogno di cure chirurgiche, è ovvio che quel letto viene tolto a chi invece aspetta di esser operato. E i numeri non sono bassi: il 49,8 per cento di chi ha malattie dell'apparato digerente è curato in unità di Chirurgia, il 23,9 in medicina, il 5 in pediatria e il 13,6 per cento in altre unità operative.

Se fossero tutti ricoverati in Gastroenterologia invece - ha ipotizzato Aigo - si risparmierebbero 360.000 giornate di ricovero all'anno. Questo perché i ricoveri nel reparto giusto accorciano la degenza di uno o più giorni. E, considerato che un posto letto costa circa 800 euro in media al dì, si capisce bene l'entità del risparmio.

Ma perché chi ha una malat-

tia digestiva viene ricoverato altrove? I motivi li sintetizza Antonio Balzano, past president Aigo. «È sottostimato il numero di pazienti - premette - e sono poche le unità operative di Gastroenterologia, sia come numero assoluto che come distribuzione geografica. E questo nonostante i ricoveri siano al secondo posto, dopo quelli per malattie cardiovascolari. Sono rimasti sorpresi anche al ministero della Salute, che ci ha fornito tutti i dati».

La proposta dei gastroenterologi ospedalieri è semplice: reti regionali per le emergenze, come le emorragie gastriche per esempio, e potenziamento dei posti letto, inserendo la Gastroenterologia nei Dea di primo e secondo livello con distribuzione omogenea su tutto il territorio. «Uno degli elementi

C'è una proposta degli specialisti: reti regionali per le emergenze e molti più posti letto in ospedale

critici oggi è proprio la mancanza di reti di emergenza - continua Balzano - tranne che in Lombardia e Veneto. Campania e Toscana si stanno attrezzando, ma c'è molto da fare. La rete è fondamentale: quando si è di fronte ad un paziente con una particolare patologia, lo si deve inviare nel suo ospedale di riferimento, non in un qualunque: lì perderebbe tempo e magari non troverebbe lo specialista che gli serve». (e. n.s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

COS'È
È un batterio il cui habitat ideale è la mucosa dello stomaco

Helicobacter pylori

Doppia membrana

COME SI CONTAGIA

Via orale (saliva) e oro-fecale. Il contagio avviene tipicamente in età pediatrica e persiste in quella adulta

L'INFEZIONE

1 Adesione

Il batterio si unisce ai recettori specifici della superficie delle cellule epiteliali

Mucosa

2 Ingresso nello stomaco

Attraversa lo strato di muco usando i suoi flagelli come "eliche"

3 Microambiente

Per sopravvivere, il batterio produce l'enzima ureasi che neutralizza l'acido presente nello stomaco

4 Virulenza

Alcuni ceppi di H. Pylori sono in grado di secernere sostanze che suscitano una risposta infiammatoria (per es. citochine)

5 Infezione cronica

Quando si scatena l'infezione, i batteri reprimono la risposta immunitaria. Per esempio, producono una tossina che uccide le cellule T

Citochine

Cellule T

Cellule T uccise

NEL MONDO

H. Pylori colpisce di più nei paesi a reddito medio e basso.



Valori medi stimati per regione

FONTE
OMS / ISS / THE NOBEL PRIZE

INFOGRAFICA
PAULA SIMONETTI

IN CIFRE

30-50% è la media degli italiani che convive con H. Pylori

10-15% degli infettati soffre di ulcera
1% degli infettati è colpito da cancro

In particolare ha elevatissimi tassi di successo nei pazienti che hanno tentato l'eradicazione senza successo». La seconda e terza linea di intervento - ovvero pazienti che hanno resistito alle cure per l'eradicazione - è riservata ai centri molto esperti. Dopo gli antibiotici bisogna cercare di ripristinare il microbiota intestinale con quei probiotici che hanno dimostrato di essere efficaci: il lactobacillo reuteri o il GG, il saccaromicetes boulardi, il bacillus clausii. E a seguire una dieta ricca di fibre, frutta e verdura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PELLE PIÙ PURA CAPELLI PIÙ FORTI

La pelle e i capelli ci avvisano dello stato di benessere del nostro organismo. Le impurità della pelle e la fragilità dei capelli possono essere anche conseguenza di carenze nutrizionali e di un alterato equilibrio della flora batterica intestinale.

LIEVITO SOHN, STO BENE E SIVEDI

LIEVITO SOHN apporta nutrienti che svolgono varie funzioni come: contribuire al riequilibrio della flora batterica intestinale (fermenti lattici), alla riduzione della stanchezza (Acido Pantotemico, Folato, Vitamine PP, B2, B6, B12), alla protezione delle cellule dallo stress ossidativo (Vitamina B2), al mantenimento della normale funzione del sistema immunitario (Folato, Vitamine B6, B12), della pelle e dei capelli (Biotina e Zinco).

LIEVITO SOHN è indicato nei casi di compromesso equilibrio della flora batterica, stanchezza fisica mentale, cambi di stagione, stress, che possono coinvolgere anche la pelle e i capelli.

Integratore alimentare. Leggere le avvertenze. IN FARMACIA



Ciao, sono Michela Coppa. Pelle e Capelli sono molto importanti per chi, come me, lavora nel mondo dello spettacolo. Il mio segreto? Iniziare ogni giornata con Lievito Sohn.



Radiografia del paese

Il numero di posti letto di Gastroenterologia su scala nazionale è di 2062, circa 3-4 posti per centomila abitanti, con differenze enormi tra le regioni. Molise e Basilicata, per esempio, non hanno posti letto, ben quattro (Sicilia, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia e Trento) non arrivano a 2, mentre 4 regioni (Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e Puglia) superano i cinque. La degenza media negli anni dello studio (5 anni dal 2010 al 2014) è di circa otto giorni, con valori diversi per regione. E veniamo al tasto dolentissimo della mortalità: 24.291 decessi in cinque anni, il 3,07 per cento, con differenze rilevanti per specialità di dimissione. La mortalità in ospedale è risultata del 2,2% nei reparti di Gastroenterologia, contro il 5,69 in quelli di Medicina generale e il 7,96 in quelli di Geriatria. Tra i motivi principali di ricovero la cirrosi epatica alcolica e le malattie infiammatorie dell'intestino, come il morbo di Crohn o la colite ulcerosa. Tra le emergenze le emorragie digestive. La rete proposta da Aigo dovrebbe anche servire al 118 per scegliere l'ospedale giusto in caso di emergenza. «Un cirrotico che vomita sangue - spiega Balzano - deve andare in un ospedale di primo livello». e.n.

© RIPRODUZIONE RISERVATA