

## *Helicobacter pylori*

In het MCH beschikken wij momenteel over een test voor het opsporen van *Helicobacter pylori* antigeen in faeces.

Het RIZIV voorziet een terugbetaling van deze test:

- voor de eerste diagnose van *H. pylori* bij een patiënt van 16 tot 50 jaar, op basis van klinische gegevens (chronische gastro-duodenale pathologie)
- na therapie: ten minste 3 weken na het stoppen van een antibiotische behandeling voor het uitroeien van *H. pylori* (opm. zowel de Europese als de Amerikaanse guidelines bevelen aan om minstens 4 weken te wachten)

Na afname moet het faecesstaal in de frigo bewaard worden en zo snel mogelijk naar het labo worden getransporteerd. De test moet worden uitgevoerd op verse faeces (binnen de 72 uur). **Antibiotica, PPI's en bismuth preparaten** moeten minstens 2 weken gestopt zijn om **vals negatieve** resultaten te vermijden.

### INLEIDING

*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) is een kleine spiraalvormige micro-aërofiële gram negatieve bacterie. *H. pylori* infecties komen wereldwijd voor maar er is een groot verschil tussen ontwikkelingslanden en geïndustrialiseerde landen. Zo ziet men dat in ontwikkelingslanden de meeste kinderen geïnfecteerd zijn voor de leeftijd van 10 en dat de prevalentie op volwassen leeftijd 80-90% bedraagt. In geïndustrialiseerde landen daarentegen ziet men zeer weinig infecties op kinderleeftijd en bedraagt de prevalentie bij oudere leeftijdsgroepen 40-50%. Dit is echter vooral te wijten aan een cohort effect: als in geïndustrialiseerde landen *Helicobacter* infecties meer voorkomen bij de oudere leeftijdsgroepen, is dat vooral te wijten aan het feit dat *Helicobacter* infecties vroeger frequenter voorkwamen. De meeste infecties worden immers verworven op kinderleeftijd, ook in de geïndustrialiseerde landen. Het risico om een *H. pylori* infectie te verwerven, is vooral gerelateerd aan de socio-economische status en de leefomstandigheden tijdens de kindertijd.

Personen die een infectie oplopen door *H. pylori* kunnen een acuut gastritis-beeld ontwikkelen (abdominale pijn, nausea en braken), maar vaak wordt de infectie ook niet opgemerkt.

Bij de meeste mensen blijft de infectie persisterend aanwezig. Chronische *H. pylori* infecties worden geassocieerd met een aantal belangrijke aandoeningen zoals chronische gastritis, peptisch ulcus en maligniteiten.

### WANNEER ERADICATIE?

Zowel de European Helicobacter Study Group (EHSg) als de American College of Gastroenterology (ACG) geven aanbevelingen voor het opsporen en eradiceren van *H. pylori* infecties.

#### 1. Peptisch ulcus.

Er bestaat een duidelijke link tussen *H. pylori* infectie en de pathogenese van peptisch ulcus (maag- en duodenumulcus).

Eradicatie van *H. pylori* is dan ook aangewezen bij een actief peptisch ulcus (inclusief gecompliceerd ulcus) en ook bij patiënten met een voorgeschiedenis van peptisch ulcus die nog niet behandeld werden en *H. pylori* positief zijn.

#### 2. Mucosa associated lymphoid tissue (MALT) lymfoom van de maag

Bij gelokaliseerde MALT lymfomen van de maag, leidt eradicatie van *H. pylori* in 60-90% van de patiënten tot tumorregressie. *H. pylori* eradicatie wordt bij deze patiënten dan ook aanbevolen.

#### 3. Andere indicaties zijn atrofische gastritis, patiënten die een maagkanker-resectie hebben ondergaan, eerstegraads verwanten van patiënten met maagkanker, en op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt.

#### 4. Dyspepsie

*H. pylori* eradicatie geeft een klein doch significant voordeel bij de behandeling van non-ulcus dyspepsie. Economische modellen suggereren bovendien dat eradicatie bij deze patiënten kosteneffectief zou zijn. Twaalf tot vijftien geïnfecteerde patiënten moeten behandeld worden om één patiënt met non-ulcus dyspepsie te genezen. Bovendien vermindert eradicatie het risico op het ontwikkelen van peptisch ulcus, atrofische gastritis en maagkanker.

- Patiënten met **geïnvestigeerde**, non-ulcus dyspepsie (= endoscopie negatieve dyspepsie = functionele dyspepsie):

**EHSg:** eradicatie is aanbevolen

**ACG:** eradicatie is een individuele beslissing, rekening houdend met risicofactoren en wensen van de patiënt.

- Patiënten met **niet-geïnvestigeerde** dyspepsie (geen endoscopisch onderzoek gebeurd)

**EHSg:** een 'test and treat' strategie is aanbevolen voor volwassen jonger dan 45 jaar met persisterende dyspepsie. De cut-off van 45 jaar kan variëren afhankelijk van de populatie. Patiënten die zich presenteren met risicofactoren komen niet in aanmerking voor de strategie maar moeten zo snel mogelijk endoscopisch onderzoek ondergaan. Risicofactoren zijn onverklaard gewichtsverlies, dysfagie, recurrent braken, digestieve bloeding of anemie, abnormaal klinisch onderzoek, malabsorptie en aanwezigheid van een andere ziekte die een digestieve weerslag kan hebben.

In gebieden met een lage prevalentie van *H. pylori* (<20%) zijn de 'test and treat' strategie en een empirische behandeling met proton pomp inhibitoren (PPI's) evenwaardig.

**ACG:** de 'test and treat' strategie is een goede strategie voor patiënten met niet-geïnvestigeerde dyspepsie, jonger dan 55 jaar en zonder alarmsymptomen (bloeding, anemie, snelle verzadiging, onverklaard gewichtsverlies, progressieve dysfagie, odynofagie, recurrent braken, vroegere maligniteit van maag of slokdarm, familiale voorgeschiedenis van gastro-intestinale maligniteit).

5. Systematisch screenen naar *H. pylori* wordt momenteel **niet** aanbevolen voor patiënten met gastro-oesophagale reflux. Verder onderzoek is nodig.

#### 6. NSAID-gebruikers

Zowel NSAID's als *H. pylori* kunnen peptisch ulcus veroorzaken en hun interactie blijft controversieel. *H. pylori* eradicatie heeft een zekere waarde bij chronische NSAID-gebruikers maar is onvoldoende om NSAID-gerelateerd ulcus volledig te voorkomen.

- Vóór het opstarten van langdurige NSAID-therapie kan *H. pylori* eradicatie het risico op peptisch ulcus en bloeding verminderen.
- Bij patiënten die reeds onder langdurige NSAID-behandeling staan en die een peptisch ulcus en/of ulcus bloeding ontwikkelen, is een onderhoudsbehandeling met PPI's beter dan *H. pylori* eradicatie om ulcus herval en/of bloeding te voorkomen.
- Momenteel kan men stellen dat elke patiënt met een peptisch ulcus best wordt getest op de aanwezigheid van *H. pylori*, onafhankelijk van het feit dat de patiënt een NSAID of aspirine neemt. Ook patiënten die langdurig aspirine nemen en een bloeding ontwikkelen, moeten getest worden.

### **DIAGNOSTIEK**

Testen voor *H. pylori* worden onderverdeeld in invasieve testen (endoscopie vereist) en niet-invasieve testen.

Tot de invasieve testen (uitgevoerd op een biopt) behoren histologie, de snelle urease test, cultuur en PCR.

De niet-invasieve testen omvatten serologie (antistof-bepaling), de ureum adem test en de faeces antigeen test.

- SEROLOGIE heeft een lagere diagnostische accuraatheid. Het gebruik van serologische testen wordt best beperkt tot indicaties waar de overige testen vals negatief kunnen zijn (recent gebruik van PPI's of antibiotica, bloedend ulcus, maagatrofie, MALT lymfoma).
- Zowel de UREUM ADEM TEST als de FAECES ANTIGEEN TEST sporen een actieve infectie met *H. pylori* op en worden aanbevolen voor de 'test and treat' strategie.

### **THERAPIE & FOLLOW-UP**

Eerste keuze: Amoxicilline (1 g q12 h po) + clarithromycine (500 mg q12h po) + PPI

Alternatief: Clarithromycine (500 mg q12h po) + metronidazole (500 mg q12h po) + PPI

Duur van de therapie: 10 tot 14 dagen

Resistenties in België: clarithromycine tot 20%; metronidazole: tot 40%; amoxicilline: <1%

Confirmatie van de eradicatie dient te gebeuren **minstens 4 weken** na het stoppen van de therapie. De ureum ademtest is hier de eerste keuze maar de faeces antigeen test is een goed alternatief.

#### **Referenties:**

- (1) Uptodate versie 17.3. [www.utdol.com](http://www.utdol.com). Bacteriology and epidemiology of *Helicobacter pylori* infection.
- (2) Blaser MJ. *Helicobacter pylori* and other gastric *Helicobacter* species. p 2803-2813. In Mandell GL, et al. Principles and Practices of Infection Diseases, 7<sup>th</sup> edition, Churchill Livingstone, Philadelphia.
- (3) Fox JG, Megraud F. *Helicobacter*. p 947-962. In Murray PR, et al. Manual of Clinical Microbiology, 9<sup>th</sup> edition, ASM Press, Washington.
- (4) Chey WD, Wong BC; Practice Parameters Committee of the ACG. 2007. American College of Gastroenterology guideline on the management of *Helicobacter pylori* infection. Am J Gastroenterol. 102: 1808-25.
- (5) Malfertheiner P, Mégraud F, O'Morain C, Hungin AP, Jones R, Axon A, Graham DY, Tytgat G; European *Helicobacter Pylori* Study Group (EHPSG). 2002. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection--the Maastricht 2-2000 Consensus Report. Aliment Pharmacol Ther. 16:167-80.
- (6) Malfertheiner P, Mégraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar E, Graham D, Hunt R, Rokkas T, Vakil N, Kuipers EJ; European *Helicobacter Pylori* Study Group (EHPSG). 2007. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut. 56: 772-81.
- (7) Nicholas JT, Vakil N; Practice Parameters Committee of the ACG. 2005. Guidelines for the management of dyspepsia. Am J Gastroenterol. 100: 2324-37.
- (8) The Sanford Guide to antimicrobial therapy 2008-2009.
- (9) Immunocard STAT HpSA test Meridian Rev. 02/08

B. Van Meensel, M. Lontie

De labomailings kunnen ook op internet worden teruggevonden: <http://www.mcharts.be> (kies 'labo' en vervolgens 'labomailing')