

## QUAIS AS RECOMENDAÇÕES PARA A ABORDAGEM DA INFECÇÃO POR *HELICOBACTER PYLORI*?

Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazoli F, e Omar E, graham D, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut* 2007 Jun; 56 (6): 772-781.

Disponível em URL: <http://gut.bmj.com/cgi/content/abstract/56/6/772> [acedido em 17/09/2007]

Este artigo apresenta uma actualização das *guidelines* (normas de orientação clínica) para a abordagem da infecção por *Helicobacter pylori* (HP), elaboradas pela *European Helicobacter Study Group*, resultante do consenso estabelecido por um grupo de trabalho constituído por 50 peritos de 26 países, em Março de 2005 em Florença e que se denominou *Maastricht III*.

A metodologia utilizada passou por uma revisão e debate das *guidelines* existentes no Japão, China, América do Norte e Europa e pela elaboração de recomendações pelos grupos de trabalho, que pretendiam dar resposta a três questões principais: Quem tratar? Como diagnosticar e tratar a infecção por HP? Quais as recomendações, em termos de prevenção do cancro gástrico, para a erradicação da infecção por HP?

As recomendações foram apresentadas e votadas numa sessão plenária final e o consenso foi estabelecido quando mais de 70% dos peritos concordaram com a recomendação.

No que diz respeito às indicações de pesquisa e erradicação do HP, são confirmadas as recomendações do *Maastricht II-2000*:

- Úlcera péptica, activa ou não;
- Linfoma MALT gástrico;
- Gastrite atrófica;
- Pós-ressecção de carcinoma gástrico;

- Familiares de 1º grau de pacientes com cancro gástrico;
- Desejo do paciente após consulta com médico.

A estas, o *Maastricht III-2005* acrescenta:

- Pacientes com anemia ferropénica inexplicada;
- Pacientes com púrpura trombocitopénica idiopática.

Neste artigo, são ainda debatidas as relações entre infecção por HP e dispepsia, refluxo gastro-esofágico, uso de inibidores da bomba de prótons e anti-inflamatórios não-esteróides, com apresentação de recomendações úteis para a prática clínica. É, ainda, feita uma referência à infecção do HP nas crianças.

São abordados e discutidos vários testes não invasivos para o diagnóstico do HP, sendo o teste respiratório com ureia apontado como o melhor para o diagnóstico inicial, bem como para a confirmação da sua erradicação, que deve ser realizada, pelo menos, quatro semanas após o fim do tratamento. Devido ao facto dos inibidores das bombas de prótons (IBP) poderem originar falsos negativos, estes devem ser suspensos duas semanas antes da realização do teste.

São, também, apresentadas as recomendações para o tratamento da infecção do HP, nomeadamente os esquemas terapêuticos de 1ª, 2ª e 3ª linha e a sua duração mais eficaz, tendo em consideração a resistência aos antibióticos. A terapêutica tripla com um IBP (dose *standard*), claritromicina (500 mg) e amoxicilina (1.000 mg) ou metronidazol (400 ou 500 mg), em duas tomas diárias, permanece como a 1ª opção de tratamento.

O artigo termina referindo alguns aspectos relativos à relação entre o cancro gástrico e o HP, realçando-se que a erradicação do HP previne o

desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas na mucosa gástrica e reduz o risco de desenvolvimento do cancro gástrico. Contudo, não é recomendada a erradicação sistemática para prevenção do cancro gástrico, devendo esta ser limitada a determinados grupos de risco.

Ao longo do texto, são apresentados quadros sinópticos que nos permitem pesquisar rapidamente as várias recomendações.

Trata-se, pois, de um artigo que reúne as principais orientações relativas a um tema actual e que, por vezes, suscita dúvidas na prática clínica. A sua leitura, convenientemente adaptada para a nossa realidade, poderá contribuir para a sua melhor compreensão, para um mais correcto diagnóstico e para uma melhor selecção dos candidatos a uma erradicação que se pretende eficaz.

Carla Lunet  
USF Grão Vasco  
Centro de Saúde de Viseu – 3