15η Πανελλήνια Εκπαιδευτική Συνάντηση ΕΛΙΓΑΣΤ

“Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία και Ηπατολογία”

ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

H.pylori:

τι κάνουμε μετά από αποτυχία σχήματος β΄ γραμμής / νεότερα θεραπευτικά σχήματα

Χρήστος Λιάτσος, MD, PhD, FEBGH

Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής 401 ΓΣΝΑ

Statement 1: H. pylori gastritis is an infectious disease irrespective of symptoms and complications.

Level of evidence: 1B **Grade of recommendation: A**

Malfertheiner P, *et al. Gut* 2017;**66**:6–30. doi:10.1136/gutjnl-2016-312288

Maastricht V

CQ6. Is *H. pylori* gastritis an infectious disease irrespective of symptom and complications?

Statement 6

H. pylori gastritis should be defined as an infectious disease, even when patients have no symptoms and irrespective of complications such as peptic ulcers and gastric cancer.

Grade of recommendation: strong

Evidence level: high

Consensus level: 100%

Sugano K, *et al. Gut* 2015;**64**:1353–1367. doi:10.1136/gutjnl-2015-309252

Kyoto

ΕΚΡΙΖΩΣΗ H.PYLORI

Statement 10: *H. pylori* 'screen-and-treat' strategies are recommended in communities at high risk of gastric cancer.

Level of evidence: moderate **Grade of recommendation: strong**

Statement 11: A screen-and-treat strategy of *H. pylori* gastritis should be considered in communities with intermediate to low risk for gastric cancer

Level of evidence: low **Grade of recommendation: weak**

Malfertheiner P, *et al. Gut* 2017;**66**:6–30. doi:10.1136/gutjnl-2016-312288

Section 4 Management of gastritis

CQ17. Should all *H. pylori*-positive individuals receive eradication therapy?

Statement 17

H. pylori infected individuals should be offered eradication therapy, unless there are competing considerations.

Grade of recommendation strong

Evidence level: high

Consensus level: 100%

Sugano K, *et al. Gut* 2015;**64**:1353–1367. doi:10.1136/gutjnl-2015-309252

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΠΑΡΑΠΛΑΝΗΤΙΚΗ

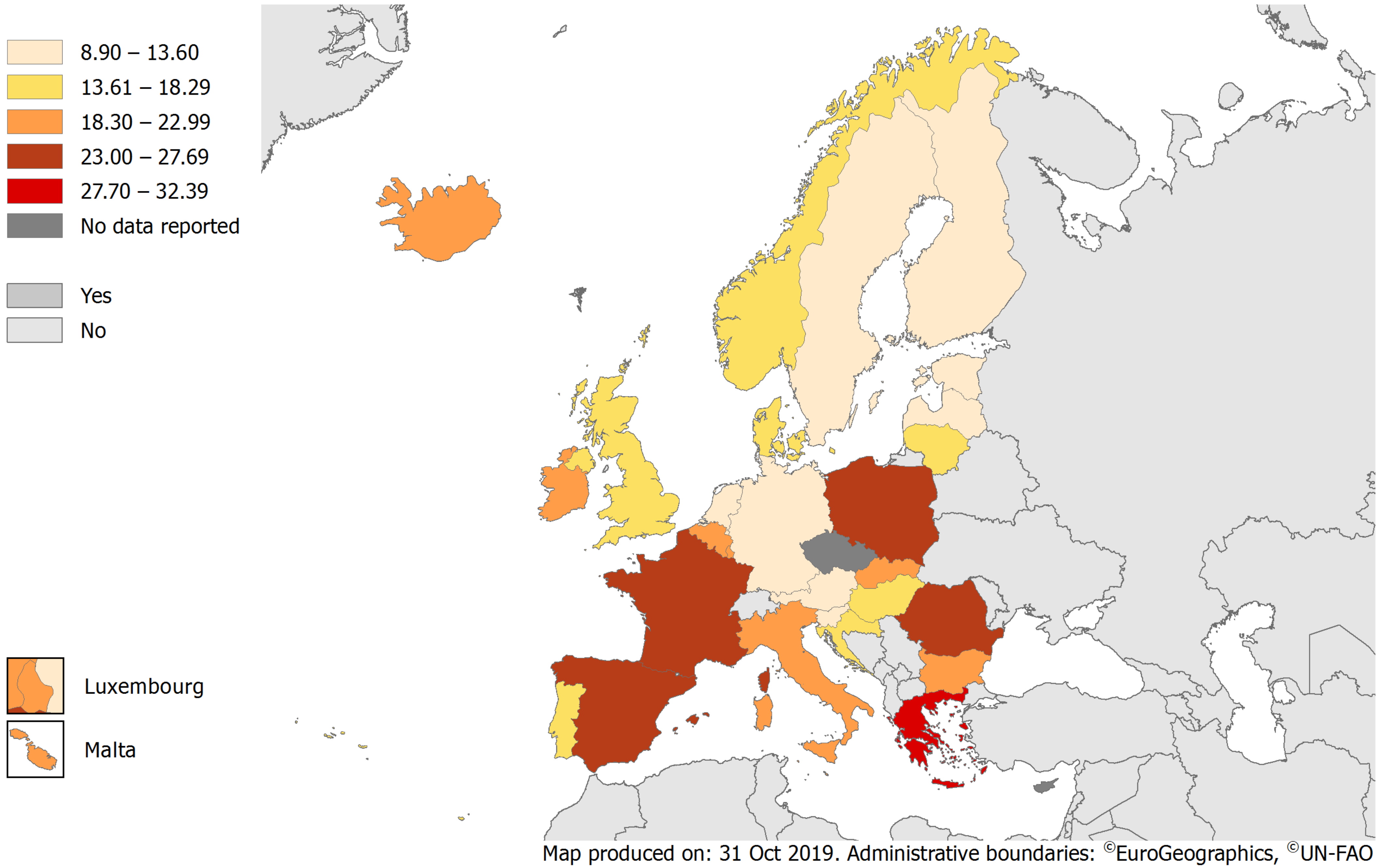
ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΜΕ ↓ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ Ca

Μαζική εκρίζωση:

- **Πιθανό 👉 δυσβίωση ΓΕΣ**
- **Αύξηση αντοχής στα αντιβιοτικά μέσω δημιουργίας σημειακών μεταλλάξεων στο HpDNA διά της κακής χρήσης των αντιβιοτικών**

ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΕ

Consumption of antibacterials for systemic use in the community in EU/EEA countries in 2018 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)



Defined Daily Dose (DDD)

Total consumption (community and hospital sector) of antibacterials for systemic use

(ATC group J01) in EU/EEA countries, 2009–2018 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)

Country	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Trends in antimicrobial consumption, 2009–2018	CAGR Compound annual growth rate (%)	Trend
Austria	13.6*	13.1*	12.7*	12.2*	14.2*	12.1*	12.1*	11.4*	11.9*	10.4*		-2.9%	↓
Belgium	23.9	24.9	25.4	25.6	24.2	24.0	24.4	24.2	22.8	22.3		-0.8%	↓
Bulgaria	17.3	17.2	18.3	17.4	18.6	20.0	20.1	19.2	20.5	21.0		2.1%	↑
Croatia	20.7	18.8	18.2	20.0	19.2	19.4	19.7	18.7	18.6	18.8		-1.1%	
Cyprus	29.2	26.3	26.9	25.1	23.9	22.2	26.6	28.4	28.9			-0.1%	
Czech Republic	16.6*	16.0*	16.5*	15.7*	16.9*	17.1*	17.4*					0.7%	
Denmark	16.7	17.5	18.3	17.4	17.5	17.1	17.5	17.0	16.2	15.6		-0.7%	
Estonia	11.2	11.4	12.4	12.2	12.0	11.9	12.1	12.0	11.6	11.8		0.6%	
Finland	19.6	19.7	21.5	20.6	19.6	19.1	18.1	17.4	15.7	15.5		-2.6%	↓
France	26.2	25.0	25.1	25.7	25.9	24.9	25.6	25.6	24.7	25.3		-0.4%	
Germany	13.8*	13.4*	13.1*	13.7*	14.5*	13.4*	13.1*	12.8*	12.3*	11.9*		-1.6%	↓
Greece	37.6	35.6	33.4	29.9	29.8	31.0	33.2	33.1	34.2	34.0		-1.1%	
Hungary	15.0	14.8	14.9	14.1	14.5	15.2	15.8	14.4	14.6	14.8		-0.1%	
Iceland	17.2*	19.8	19.8	19.7	19.4	17.1*	17.6*	18.2*	18.8*	20.4*		4.6%	↑
Ireland	19.0	19.0	20.8	21.0	21.6	21.0	23.0	22.0	20.9	22.7		2.0%	↑
Italy	23.7*	24.9	25.1	24.6	25.2	24.5	24.5	24.0	20.9	21.4		-1.9%	↓
Latvia	11.5	12.6	12.9	12.9	13.3	12.6	13.1	12.9	13.9	13.3		1.6%	↑
Lithuania	16.2	14.4	15.5	15.3	17.1	15.1	15.8	15.6	15.7	17.5		0.9%	
Luxembourg	25.7	25.1	25.2	25.0	25.0	23.2	23.5	22.9	22.6	22.2		-1.6%	↓
Malta	19.8	19.9	21.6	20.8	22.2	22.4	21.2	20.9	22.6	20.9		0.6%	
Netherlands	10.1*	10.9	11.0	10.9	10.5	10.3	10.4	10.1	9.8	9.7		-0.4%	↓
Norway	16.3	16.8	17.5	17.9	17.2	16.9	16.8	16.2	15.7	15.3		-0.7%	
Poland	20.1*	18.0*	18.2*	19.9*	20.5*	21.2	24.1	22.0	25.4	24.4		3.6%	
Portugal	20.4	19.9	20.6	20.1	17.6	18.0	18.8	19.0	17.8	18.6		-1.0%	↓
Romania	12.1		26.5	25.9	26.8	26.6	28.0	24.4	24.5	25.0		-0.8%	
Slovakia	23.0		21.4*	19.7	23.2	21.2	24.2	23.6	20.0	22.0		0.5%	
Slovenia	13.5	13.4	13.4	13.2	13.3	13.1	13.3	12.1	12.2	13.2		-0.3%	↓
Spain	15.7†	16.2†	16.6†	15.7†	16.2†	17.1†	17.5†	27.5	26.8	26.0		N/A	
Sweden	15.1	15.2	15.4	15.3	14.2	14.0	13.5	13.2	12.8	12.4		-2.1%	↓
United Kingdom	15.2*	16.5*	16.5*	17.7*	20.4	20.8	20.1	19.7	19.3	18.8		-1.6%	↓
EU/EEA	**20.6**	**19.7**	**20.9**	**21.0**	**21.5**	**21.1**	**21.5**	**20.7**	**20.2**	**20.1**		**-0.3%**	

Table 2. Consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) by country and ATC group level 3 in the community in EU/EEA countries in 2018 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)

Country	Tetracyclines (J01A)	Beta-lactams, penicillins (J01C)	Other beta-lactam antibacterials (J01D)	Sulfonamides and trimethoprim (J01E)	Macrolides, lincosamides and streptogramins (J01F)	Quinolones (J01M)	Other antibacterials (J01X)	Sum (J01B, J01G, and J01R) *	Total (ATC group J01)
Austria	0.4	4.8	1.4	0.2	2.3	1.0	0.4	0.0	10.4
Belgium	1.9	10.1	1.3	0.2	3.6	1.2	2.5	0.0	20.8
Bulgaria	1.6	5.5	4.4	0.9	4.0	2.8	0.0	0.2	19.4
Croatia	1.0	7.8	2.5	0.5	2.8	1.5	0.8	0.0	17.0
Denmark	1.4	9.2	0.0	0.7	1.5	0.4	0.5	0.0	13.7
Estonia	1.2	3.7	1.2	0.4	2.3	0.8	0.6	0.0	10.2
Finland	3.1	4.4	1.9	1.0	0.7	0.6	1.5	0.0	13.2
France	3.1	13.3	1.4	0.4	2.9	1.3	0.4	0.7	23.6
Germany	1.6	3.7	2.5	0.6	1.9	1.0	0.5	0.0	11.9
Greece	2.9	11.1	7.9	0.3	6.3	2.9	0.9	0.1	32.4
Hungary	1.1	4.6	2.1	0.4	2.8	2.3	0.3	0.0	13.7
Iceland	5.0	8.9	0.6	2.5	1.6	0.8	1.1	0.0	20.4
Ireland	2.6	9.8	1.1	1.0	4.1	0.8	1.4	0.0	20.9
Italy	0.5	8.9	2.1	0.7	3.9	2.7	0.7	0.1	19.5
Latvia	2.0	4.4	0.6	0.7	2.0	0.9	0.7	0.0	11.4
Lithuania	1.4	7.2	2.1	0.0	2.2	1.1	1.4	0.1	15.4
Luxembourg	2.1	8.5	2.9	0.3	3.5	2.0	1.4	0.0	20.7
Malta	1.5	6.3	2.7	0.3	4.5	2.3	0.5	0.3	18.6
Netherlands	1.9	2.9	0.0	0.4	1.4	0.7	1.4	0.0	8.9
Norway	2.6	5.5	0.1	0.7	0.9	0.3	3.9	0.0	14.0
Poland	2.3	6.8	3.0	0.5	6.0	1.5	2.9	0.0	23.0
Portugal	0.9	9.2	1.6	0.3	2.7	1.2	1.2	0.0	17.2
Romania *(a)*	0.9	11.3	5.1	0.8	3.0	3.3	0.3	0.2	25.0
Slovakia	1.7	5.0	6.2	0.4	4.7	2.1	0.1	0.0	20.2
Slovenia	0.5	6.9	0.3	0.7	1.8	1.1	0.4	0.0	11.7
Spain	1.5	13.7	2.3	0.4	3.0	2.7	0.5	0.2	24.3
Sweden	2.2	5.7	0.1	0.3	0.5	0.6	1.5	0.0	10.8
United Kingdom	4.6	6.2	0.2	0.8	2.6	0.4	1.3	0.0	16.3
EU/EEA	**2.1**	**8.1**	**2.0**	**0.6**	**3.0**	**1.5**	**1.0**	**0.1**	**18.4**

- ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ
- ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΣΗΜΕΙΑΚΩΝ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ HpDNA
- ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ
- ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΕΞ’ΑΡΧΗΣ
- ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΔΙΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ
- ΚΑΚΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ Tx ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ
- Η ΕΥΚΟΛΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΗΠΙΑΣ - ΜΕΣΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΑΠΟΤΥΧΙΕΣ 1ης + 2ης γραμμής Tx εκρίζωσης

3ης γραμμής
Τx εκρίζωσης

Ελάχιστα δεδομένα σχετικά με το:

- **πόσοι ιατροί επιθυμούν να συνταγογραφήσουν Τx 3ης γραμμής**

- **ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΌ ή ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ**

ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ 3ης-ΓΡΑΜΜΗΣ Tx ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ

Maastricht V

Statement 15: After failure of second-line treatment, culture with susceptibility testing or molecular determination of genotype resistance is recommended in order to guide treatment.

Level of evidence: very low **Grade of recommendation: weak**

After failure of a second-line strategy, treatment should be guided by AST, whenever possible.

Sugano K, *et al*. *Gut* 2015;**64**:1353–1367. doi:10.1136/gutjnl-2015-309252

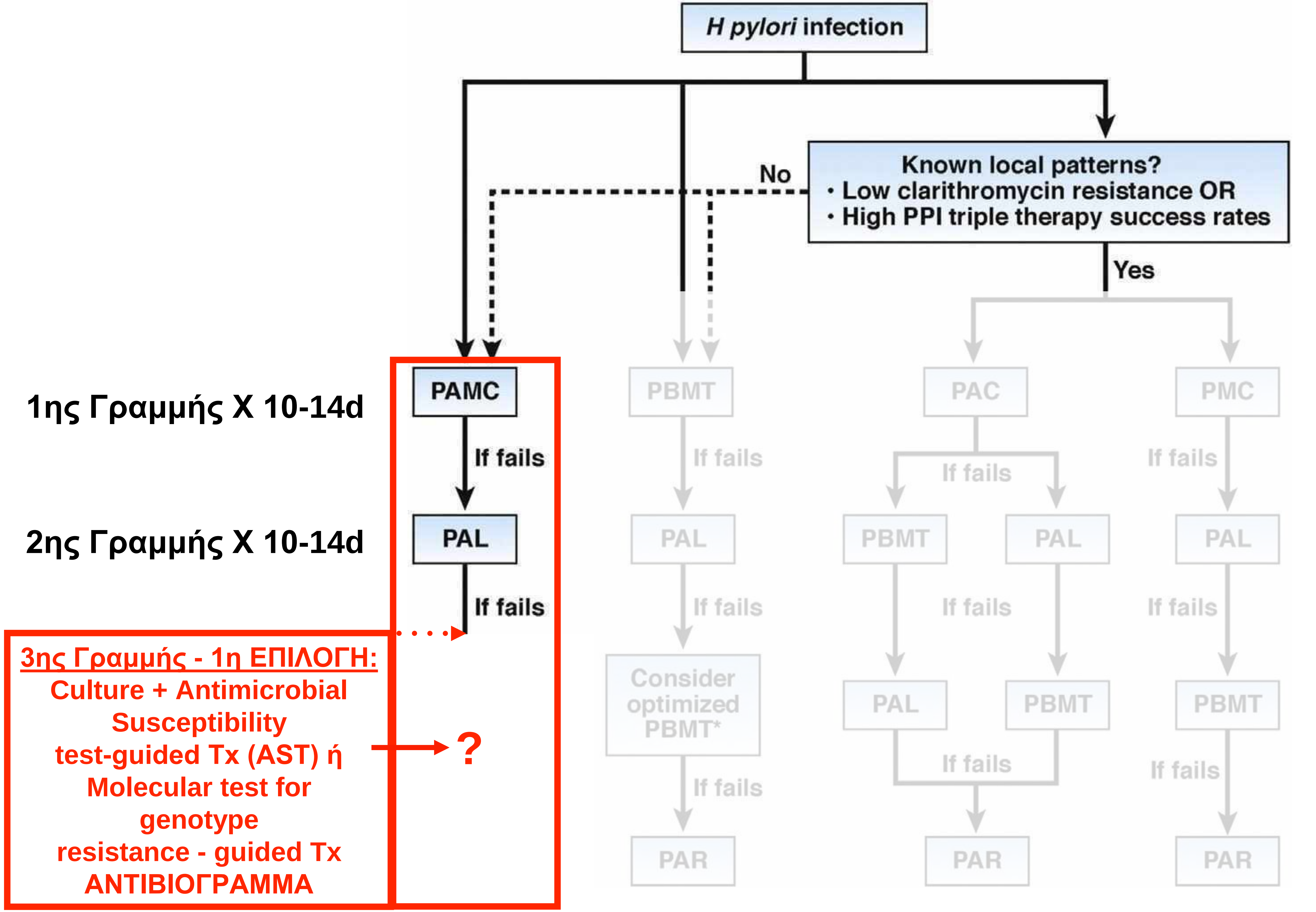
Hellenic consensus on *Helicobacter pylori* infection

Statement 26: Culture and antimicrobial susceptibility testing is not recommended before first-line therapy. Susceptibility-guided *H. pylori* therapy should be currently reserved as a rescue option, especially after a second-line treatment has failed.

Recommendation grade: **C;** *Evidence level:* **4;** *Agreement level:* ***81.3%***

S. D. Georgopoulos *et al* *Annals of Gastroenterology* (2020) **33,** 1-21

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ Tx ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ H.pylori



3ης Γραμμής - 1η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Culture+Antimicrobial Susceptibility test-guided Tx (AST) ή Molecular test for genotype resistance - guided Tx ΑΝΤΙΒΙΟΓΡΑΜΜΑ

Hellenic consensus on *Helicobacter pylori* infection

> **Statement 26:** Culture and antimicrobial susceptibility testing is not recommended before first-line therapy. Susceptibility-guided *H. pylori* therapy should be currently reserved as a rescue option, especially after a second-line treatment has failed.
>
> *Recommendation grade:* ***C;*** *Evidence level:* ***4;*** *Agreement level:* ***81.3%***

S. D. Georgopoulos *et al* *Annals of Gastroenterology* (2020) **33**, 1-21

ΑΛΛΑ

Η συγκριτική αποτελεσματικότητα των AST έχει αποδειχθεί μόνο σε 1ης+2ης γραμμής Tx

Is Antimicrobial Susceptibility Testing Necessary Before First-line Treatment for *Helicobacter pylori* Infection? —Meta-analysis of Randomized Controlled Trials—

Inter Med 49: 1103-1109, 2010 DOI: 10.2169/internalmedicine.49.3031

SCANDINAVIAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY, 2015
http://dx.doi.org/10.3109/00365521.2015.1095352

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

ORIGINAL ARTICLE

Comparison of the efficacy of culture-based tailored therapy for *Helicobacter pylori* eradication with that of the traditional second-line rescue therapy in Korean patients: a prospective single tertiary center study

Yong Hwan Kwon[a,b], Nayoung Kim[a,c], Ju Yup Lee[a], Yoon Jin Choi[a], Kichul Yoon[a], Ryung Hee Nam[a], Ji Hyung Suh[a], Jung Won Lee[c] and Dong Ho Lee[a,c]

3ης Γραμμής - 1η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Culture+Antimicrobial Susceptibility test-guided Tx (AST) ή Molecular test for genotype resistance - guided Tx
ΑΝΤΙΒΙΟΓΡΑΜΜΑ

Helicobacter. 2015 October ; 20(5): 321–325. doi:10.1111/hel.12244.

Editorial - Avoiding unethical *Helicobacter pylori* clinical trials: Susceptibility-based studies and probiotics as adjuvants

David Y. Graham, M.D.
Department of Medicine, Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center and Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA

Abstract

As a general rule, any clinical study where the result is already known or when the investigator(s) compares an assigned treatment against another assigned treatment known to be ineffective in the study population (e.g. in a population with known clarithromycin resistance) is unethical. Since susceptibility-based therapy will always be superior to empiric therapy in any population with a prevalence of antimicrobial resistance greater than 0%, any trial that randomizes susceptibility-based therapy with empiric therapy would be unethical. The journal **Helicobacter** welcomes susceptibility or culture-guided studies, studies of new therapies and of adjuvants and probiotics. However, the Journal will not accept for review any study we judge to be lacking clinical equipoise or which assign subjects to a treatment known to be ineffective, such as a susceptibility-based clinical trial with an empiric therapy comparator. To assist authors we provide examples and suggestion regarding trial design for comparative studies, for susceptibility-based studies, and for studies testing adjuvants or probiotics.

3ης Γραμμής - 1η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Culture+Antimicrobial Susceptibility test-guided Tx (AST) ή Molecular test for genotype resistance - guided Tx
ΑΝΤΙΒΙΟΓΡΑΜΜΑ

Hellenic consensus on *Helicobacter pylori* infection

Statement 26: Culture and antimicrobial susceptibility testing is not recommended before first-line therapy. Susceptibility-guided *H. pylori* therapy should be currently reserved as a rescue option, especially after a second-line treatment has failed.

Recommendation grade: **C**; *Evidence level:* **4**; *Agreement level:* **81.3%**

S. D. Georgopoulos *et al* *Annals of Gastroenterology* (2020) **33**, 1-21

ΑΛΛΑ

ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΠΑΝΤΟΥ - ΑΘΗΝΑ - ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ PASTEUR - 1 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ?

Γονοτυπική αντοχή στην:

- **Clarithromycin: σημειακές μεταλλάξεις στο γονίδιο *23SrRNA***
- **Fluoroquinolones: μεταλλάξεις στην υποομάδα της gyrase A**

ΧΡΟΝΟΒΟΡΟΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ > 72-96h επώαση+καλ/γεια σε υλικό άγαρ Arslan N et al. WJG 2017;23:2854-69

In vitro profile αντοχής: ΔΕΝ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑ το in vivo profile αντοχής Graham DY. Curr Pharm Des 2000;6:1537

% ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ: ≦ 55-73% Smith SM et al. WJG 2014;20:9912-21

<u>3ης Γραμμής - 1η ΕΠΙΛΟΓΗ:</u>
Culture+Antimicrobial Susceptibility test-guided Tx (<u>AST</u>) ή Molecular test for genotype resistance - guided Tx
ΑΝΤΙΒΙΟΓΡΑΜΜΑ

Hellenic consensus on *Helicobacter pylori* infection

> **Statement 26:** Culture and antimicrobial susceptibility testing is not recommended before first-line therapy. Susceptibility-guided *H. pylori* therapy should be currently reserved as a rescue option, especially after a second-line treatment has failed.
>
> *Recommendation grade:* ***C;*** *Evidence level:* ***4;*** *Agreement level:* ***81.3%***

S. D. Georgopoulos *et al* *Annals of Gastroenterology* (2020) **33**, 1-21

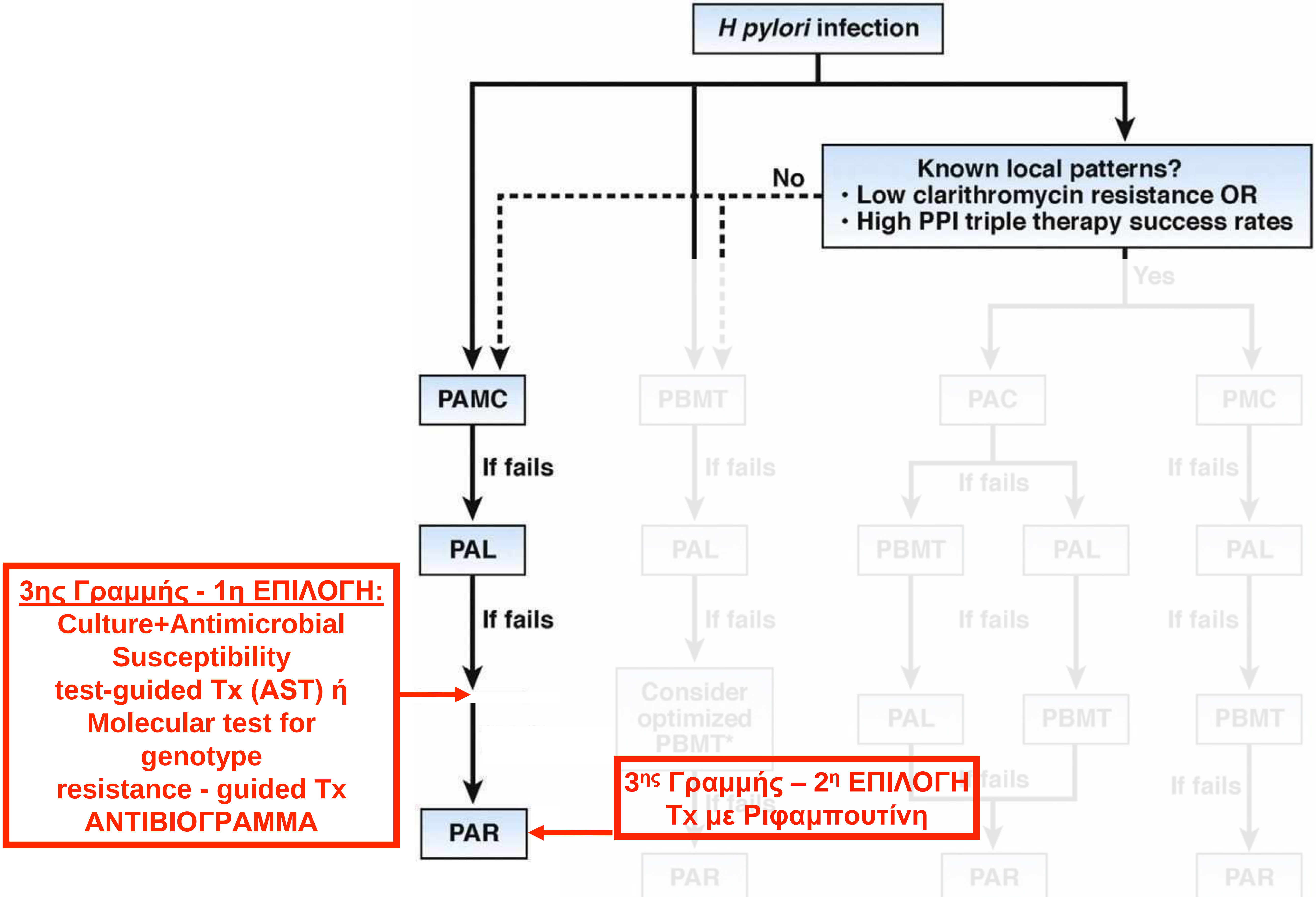
ΑΛΛΑ

<u>ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΤΑ ΧΑΜΗΛΑ % ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ?</u>

Gastroenterol Res Pract 2018

- **Παράγοντες που σχετίζονται με το μικρόβιο:**
  - ↑ βακτηριακό φορτίο
  - Biofilm H.pylori
- **Παράγοντες που σχετίζονται με τον ξενιστή:**
  - Πτωχή συμμόρφωση
  - Κάπνισμα
  - Γενετικοί πολυμορφισμοί P450 2C19
  - Επηρεασμένη βλεννογονική ανοσογονικότητα
- **Παράγοντες που σχετίζονται με την αγωγή:** Ανεπαρκής δόση - διάρκεια αγωγής - Λανθασμένη αγωγή (επανάληψη της ίδιας)
- **Λοίμωξη από πολλαπλά στελέχη** *(+διαφορετικά του H.pylori)*: 65% ασθ καλλιεργήθηκαν > 2 στελέχη - $R_{αντιβιοτικά}$ ήταν όμοια 61.1%

Helicobacter 2003 + Kor J Gastroenterol 2011



H pylori infection
Known local patterns?
• Low clarithromycin resistance OR
• High PPI triple therapy success rates
No
Yes
PAMC
If fails
PAL
If fails
PAR
PBMT
If fails
PAL
If fails
Consider optimized PBMT*
If fails
PAR
PAC
If fails
PBMT
If fails
PAL
PAL
If fails
PBMT
If fails
PAR
PMC
If fails
PAL
If fails
PBMT
If fails
PAR
3ης Γραμμής - 1η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Culture+Antimicrobial Susceptibility test-guided Tx (AST) ή Molecular test for genotype resistance - guided Tx
ΑΝΤΙΒΙΟΓΡΑΜΜΑ
3ης Γραμμής – 2η ΕΠΙΛΟΓΗ
Tx με Ριφαμπουτίνη

3ης Γραμμής - 2η ΕΠΙΛΟΓΗ:

Τx με Ριφαμπουτίνη

PPIs new gen 40mg + Amo 1gr + Rif 150mg bid X 10d

Ριφαμπουτίνη

ANSATIPINE
MYCOBUTIN
Πηγή: Γαληνός

EUROPEAN SURVEY OF HELICOBACTER PYLORI

PRIMARY RESISTANCE TO ANTIBIOTICS - EVOLUTION

OVER THE LAST 20 YEARS

"ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ" ΑΝΤΟΧΗ Hp EU 2018 (n=1232)

ANTIBIOTIKO	No results	%	Range
Clarithromycin	263	21,6	5,0-36,9
Levofloxacin	197	16,3	0-29,4
Amoxicillin	11	0,9	0-3,8
Tetracycline	1	0,08	0-1,2
Rifabutine	27	**2,4**	0-4,4
Metronidazole	475	39,1	6,1-67,5

Megraud F, UEGW 2019

P1.55 | Multicenter survey of antimicrobial resistance in *Helicobacter pylori* isolates in Greece - Trends of resistance 1998-2018

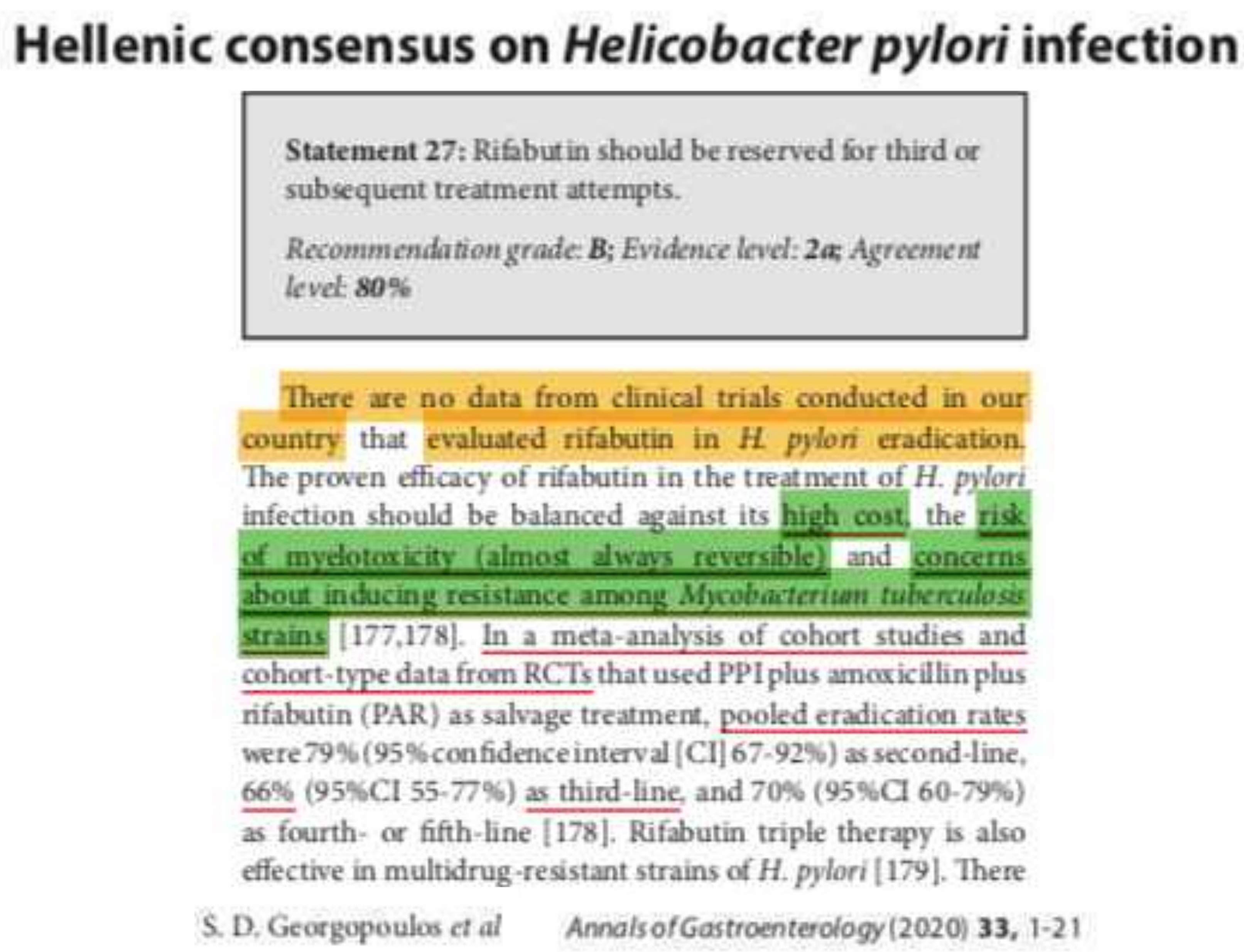
B. Martinez-Gonzalez[1]; S. Georgopoulos[2]; S. Michopoulos[3]; Y. Karayiannis[1]; C. Liatsos[4]; F. Megraud[5]; D. N. Sgouras[1]; A. F. Mentis[1]

[1]*Laboratory of Medical Microbiology, Hellenic Pasteur Institute,, Athens, Greece;* [2]*Gastroenterology Department, Athens Medical, Paleo Faliron Hospital, Athens, Greece;* [3]*Gastroenterology Unit, "Alexandra" Hospital,, Athens, Greece;* [4]*Gastroenterology Department, 401 Army General Hospital of Athens, Athens, Greece;* [5]*Laboratory of Bacteriology, University of Bordeaux, Bordeaux, France*

Resistance to antibiotics among *Helicobacter pylori* (*Hp*) isolates is a matter of concern worldwide due to important implications in treatment failures. In this surveillance study carried out from December 2018 to January 2019, we estimated primary resistance to clarithromycin (CLA), metronidazole (MET), levofloxacin (LEV), amoxicillin (AMO), tetracycline (TET) and rifabutin (RIF) of 50 isolates from Greek adult patients. Data were prospectively correlated with similar surveys carried out 10 and 20 years ago. Antibiotic susceptibility was assessed by E-test method. Primary resistant rates were 40% (20/50) for MET, 28% (14/50) for CLA and 8% (4/50) for LEV. No resistance was observed for AMO, TET and RIF. Antibiotic resistant rates were significantly higher for MET and CLA when compared to results of a similar survey undertaken in 1998 (33.3% for MET and 2.3% for CLA-resistance), but not quite significant when compared with a survey carried out 10 years ago (2008-2009: 35.3% for MET, 24.7% for CLA and 7% for LEV-resistance). Over the last 20 years, consumption of antibiotics, particularly of macrolides in the Greek population, has increased resulting to a parallel dramatic rise in CLA-resistant *Hp* isolates. Since the latest European antimicrobial-susceptibility survey, ten years ago, resistance to MET, CLA and LEV remains relatively stable. It is important to note however, that increased levels of MET and CLA-resistance require that professionals must exercise caution when using these agents for empirical treatment, if local antimicrobial resistance patterns are not available. Timely surveillance programs will be essential components for efforts to combat *Hp* resistance.

Helicobacter 2019;24(Suppl 1):e12646

3ης Γραμμής - 2η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Τx με Ριφαμπουτίνη
PPIs new gen 40mg + Amo 1gr + Rif 150mg bid X 10d



Hellenic consensus on *Helicobacter pylori* infection

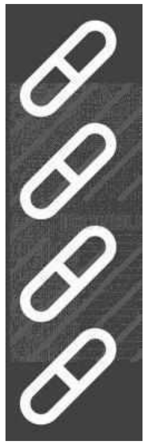
Statement 27: Rifabutin should be reserved for third or subsequent treatment attempts.

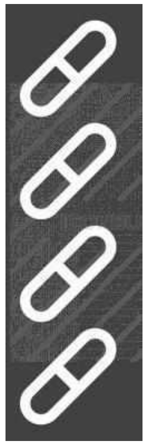
Recommendation grade: ***B****; Evidence level:* ***2a****; Agreement level:* ***80%***

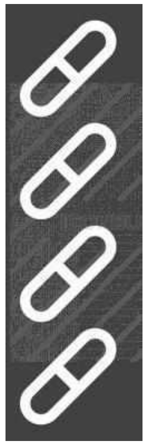
There are no data from clinical trials conducted in our country that evaluated rifabutin in *H. pylori* eradication. The proven efficacy of rifabutin in the treatment of *H. pylori* infection should be balanced against its high cost, the risk of myelotoxicity (almost always reversible) and concerns about inducing resistance among *Mycobacterium tuberculosis* strains [177,178]. In a meta-analysis of cohort studies and cohort-type data from RCTs that used PPI plus amoxicillin plus rifabutin (PAR) as salvage treatment, pooled eradication rates were 79% (95% confidence interval [CI] 67-92%) as second-line, 66% (95%CI 55-77%) as third-line, and 70% (95%CI 60-79%) as fourth- or fifth-line [178]. Rifabutin triple therapy is also effective in multidrug-resistant strains of *H. pylori* [179]. There

S. D. Georgopoulos *et al* *Annals of Gastroenterology* (2020) **33**, 1-21

4capsx3/d x 14d







FDA Approves Talicia To Treat Superbug Linked To Stomach Cancer

Talicia Approved for Treatment of H. Pylori in Adults

New drug addresses bacterial resistance to standard therapy

November 6, 2019

A combination of omeprazole magnesium, amoxicillin, and rifabutin (Talicia, RedHill Biopharma Ltd.) has won FDA approval for the treatment of *Helicobacter pylori* infection in adults. The drug—the only rifabutin-based therapy approved for *Helicobacter pylori* infection—seeks to address the bacteria's growing resistance to clarithromycin-based standard care, which more than doubled between 2009 and 2013.

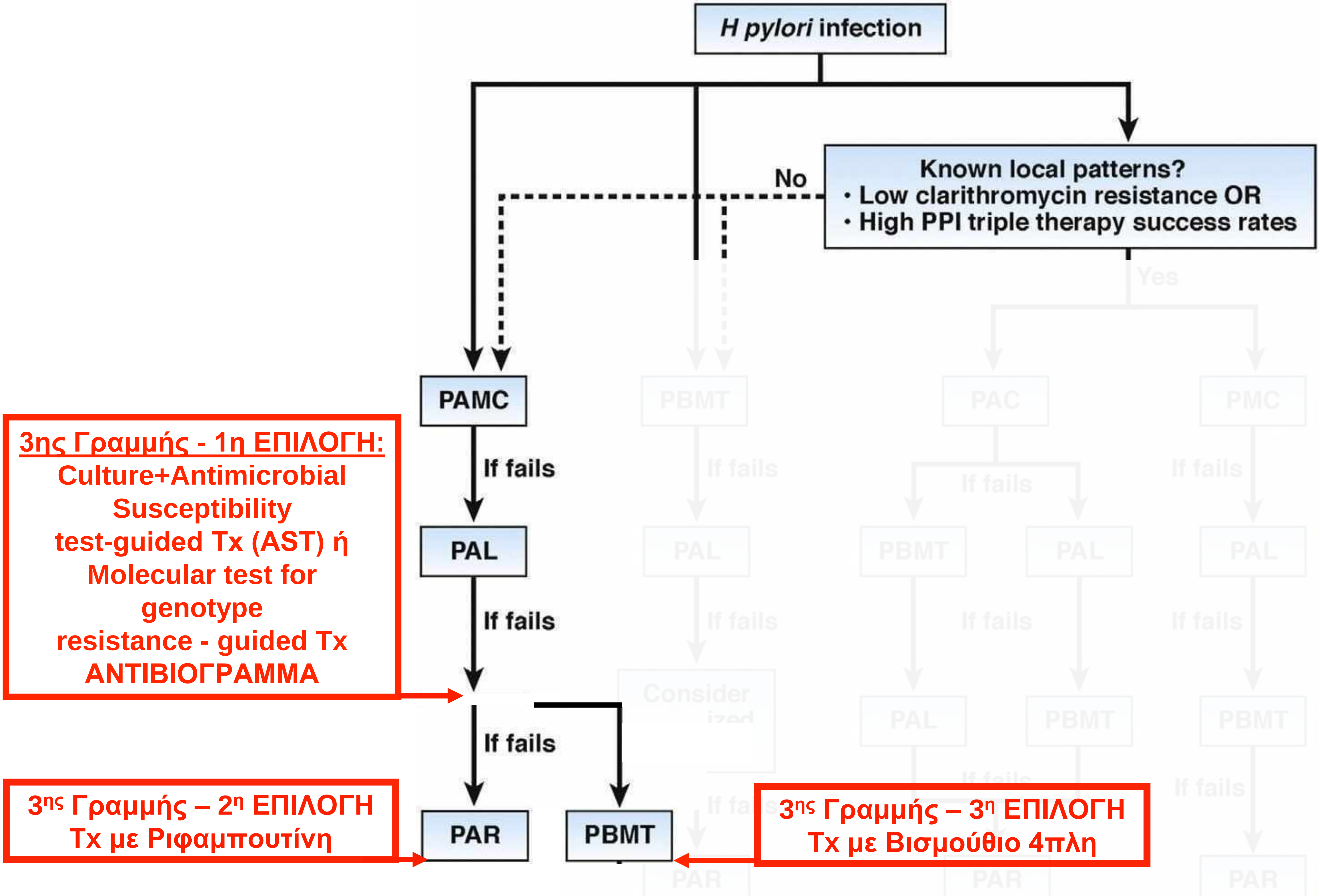
The delayed-release oral capsules include 10 mg of the proton pump inhibitor omeprazole plus two antibiotics: 250 mg of amoxicillin and 12.5 mg of rifabutin.

Clinical studies demonstrated the drug's high efficacy in eradicating *H. pylori* and zero resistance to rifabutin, compared with 17% resistance to the macrolide antibiotic clarithromycin, said lead investigator David Y. Graham, MD, MACG, Professor of Medicine, Molecular Virology, and Microbiology at Baylor College of Medicine in Houston. Other data show clarithromycin-containing therapies fail in about 25% to 40% of cases, he added.

The new drug combination's approval is based, in part, on the results of two phase 3 studies for the treatment of *H. pylori*-positive adults complaining of epigastric pain, discomfort, or both. One study demonstrated 84% eradication of *H. pylori* infection with Talicia versus 58% in the active comparator arm, with response rates of 90.3% in the Talicia arm versus 64.7% in the active comparator arm at day 13. Adverse reactions leading to patients' discontinuation of the new drug were nausea, vomiting, nasal congestion, and nasopharyngitis.

H. pylori is a major cause of peptic ulcer, gastritis, and gastric cancer.

Source: RedHill Biopharma, November 4, 2019



H pylori infection
No
Known local patterns?
• Low clarithromycin resistance OR
• High PPI triple therapy success rates
PAMC
If fails
PAL
If fails
If fails
PAR
PBMT
3ης Γραμμής - 1η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Culture+Antimicrobial Susceptibility test-guided Tx (AST) ή Molecular test for genotype resistance - guided Tx
ΑΝΤΙΒΙΟΓΡΑΜΜΑ
3^{ης} Γραμμής – 2^{η} ΕΠΙΛΟΓΗ
Tx με Ριφαμπουτίνη
3^{ης} Γραμμής – 3^{η} ΕΠΙΛΟΓΗ
Tx με Βισμούθιο 4πλη

3ης Γραμμής - 3η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Τx με Βισμούθιο 4πλη

Maastricht V

Statement 17: After failure of the first-line treatment (triple or non-bismuth quadruple) and second-line treatment (fluoroquinolone-containing therapy), it is recommended to use the bismuth-based quadruple therapy.

Level of evidence: very low **Grade of recommendation: weak**

A quadruple regimen of bismuth, metronidazole, and tetracycline plus omeprazole produces a high eradication rate in patients previously failing *H. pylori* eradication regimens. This bismuth-based regimen offers an effective option as rescue therapy.[141 193 282 283] Furthermore, BQT is not influenced by clarithromycin and fluoroquinolone resistance.[284]

Sugano K, *et al. Gut* 2015;**64**:1353–1367. doi:10.1136/gutjnl-2015-309252

Hellenic consensus on *Helicobacter pylori* infection

analysis and from 78.7-96% on per-protocol analysis. The unavailability of either tetracycline or bismuth salts in Greece, and the effectiveness of concomitant and levofloxacin triple therapy [51,156,157] in the Greek population, relegate the use of BQT to third-line treatment.

S. D. Georgopoulos *et al* *Annals of Gastroenterology* (2020) **33**, 1-21

ΙΦΕΤ ΑΕ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΕΝΤΥΠΟ Α

ΠΛ-02/Ε2
Έκδοση:1

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Ονοματεπώνυμο ασθενούς: ΛΙΑΤΣΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Πάθηση: ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

Εμπορική ονομασία φαρμάκου: TETRACYCLINE HYDROCHLORIDE

Δραστική ουσία: **ΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΝΗ**

Φαρμακοτεχνική μορφή: **CAPS** Περιεκτικότητα: **500 MG**

Συσκευασία:**100 CAPS** Αιτούμενη ποσότητα: **56**

Δοσολογία: **500MG X 4 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ** Χρόνος θεραπείας: **14 ΗΜΕΡΕΣ**

Χώρα προέλευσης: .... Εταιρεία: ....

Άδεια κυκλοφορίας στην χώρα προέλευσης: ΝΑΙ ΟΧΙ

Εγκεκριμένες ενδείξεις: ....

Τρόπος διάθεσης στην χώρα κυκλοφορίας και προέλευσης (Απλή συνταγή, Ειδική συνταγή κ.λ.π.): ....

Τεκμηρίωση ανάγκης χορήγησης του συγκεκριμένου φαρμάκου και αιτιολόγηση λόγων αποκλεισμού άλλων κυκλοφορούντων στην Ελλάδα όμοιων ή παρόμοιας φαρμακολογικής δράσης φαρμάκων: **Ο ασθενής πάσχει από ανθεκτική ελικοβακτηριδιακή λοίμωξη. Έχει λάβει ήδη 2 σχήματα εκρίζωσης (AMO+KLA+METRO+PPIS και AMO+LEVO+PPIS) χωρίς επιτυχία, ενώ η καλλιέργεια και το αντιβιόγραμμα του μικροβίου στο Ινστιτούτο Παστέρ ήταν αρνητικά. Το τετραπλό σχήμα (Βισμούθιο+ μετρονιδαζόλη + τετρακυκλίνη+ PPIs) έχει επιτυχία > 90% και είναι το μόνο που δεν έχει δοκιμαστεί στην ασθενή. Για τους λόγους αυτούς κρίνεται απαραίτητη η λήψη του συγκεκριμένου σκευάσματος**

<u>Πηγές απο τις οποίες προέρχονται οι πληροφορίες για την παραπάνω τεκμηρίωση</u> :
1.Ευρωπαϊκή ομοφωνία για την αντιμετώπιση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (Maastricht 2016)
2.Κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΕΜΕΛΟΠ
3. Ελληνικό Πλαίσιο Συμφωνίας για το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού

Το φάρμακο υπάγεται στον Ν 1729/87 περι ναρκωτικών: ΟΧΙ
Ονοματεπώνυμο ιατρού: **...................................** (Γαστρεντερολόγος)
Διεύθυνση: 401 ΓΣΝΑ-ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ (Λεωφόρος Μεσογείων & Κατεχάκη)
Αρ. Μητρώου: .... Τηλ. : 2107494524, 694730548, ΦΑΞ: 210749452
Υπογραφή: .... Ημερομηνία: ....

ΙΦΕΤ ΑΕ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΕΝΤΥΠΟ Α

ΠΛ-02/Ε2
Έκδοση:1

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Ονοματεπώνυμο ασθενούς: ΛΙΑΤΣΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Πάθηση: MALT ΛΕΜΦΩΜΑ-ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

Εμπορική ονομασία φαρμάκου: DE-NOL

Δραστική ουσία: **ΤΡΙΚΑΛΙΟΥΧΟ ΥΠΟΚΙΤΡΙΚΟ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟ**

Φαρμακοτεχνική μορφή: **TABS** Περιεκτικότητα: **420 MG**

Συσκευασία:**28 TABS** Αιτούμενη ποσότητα: **56 TABS (2 ΚΟΥΤΙΑ)**

Δοσολογία: **1 TAB X 4 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ** Χρόνος θεραπείας: **14 ΗΜΕΡΕΣ**

Χώρα προέλευσης: .... Εταιρεία: ....

Άδεια κυκλοφορίας στην χώρα προέλευσης: ΝΑΙ ΟΧΙ

Εγκεκριμένες ενδείξεις: ....

Τρόπος διάθεσης στην χώρα κυκλοφορίας και προέλευσης (Απλή συνταγή, Ειδική συνταγή κ.λ.π.): ....

Τεκμηρίωση ανάγκης χορήγησης του συγκεκριμένου φαρμάκου και αιτιολόγηση λόγων αποκλεισμού άλλων κυκλοφορούντων στην Ελλάδα όμοιων ή παρόμοιας φαρμακολογικής δράσης φαρμάκων: **Ο ασθενής πάσχει από ανθεκτική ελικοβακτηριδιακή λοίμωξη. Έχει λάβει ήδη 2 σχήματα εκρίζωσης (AMO+KLA+METRO+PPIS και AMO+LEVO+PPIS) χωρίς επιτυχία, ενώ η καλλιέργεια και το αντιβιόγραμμα του μικροβίου στο Ινστιτούτο Παστέρ ήταν αρνητικά. Το τετραπλό σχήμα (Βισμούθιο+ μετρονιδαζόλη + τετρακυκλίνη+ PPIs) έχει επιτυχία > 90% και είναι το μόνο που δεν έχει δοκιμαστεί στην ασθενή. Για τους λόγους αυτούς κρίνεται απαραίτητη η λήψη του συγκεκριμένου σκευάσματος**

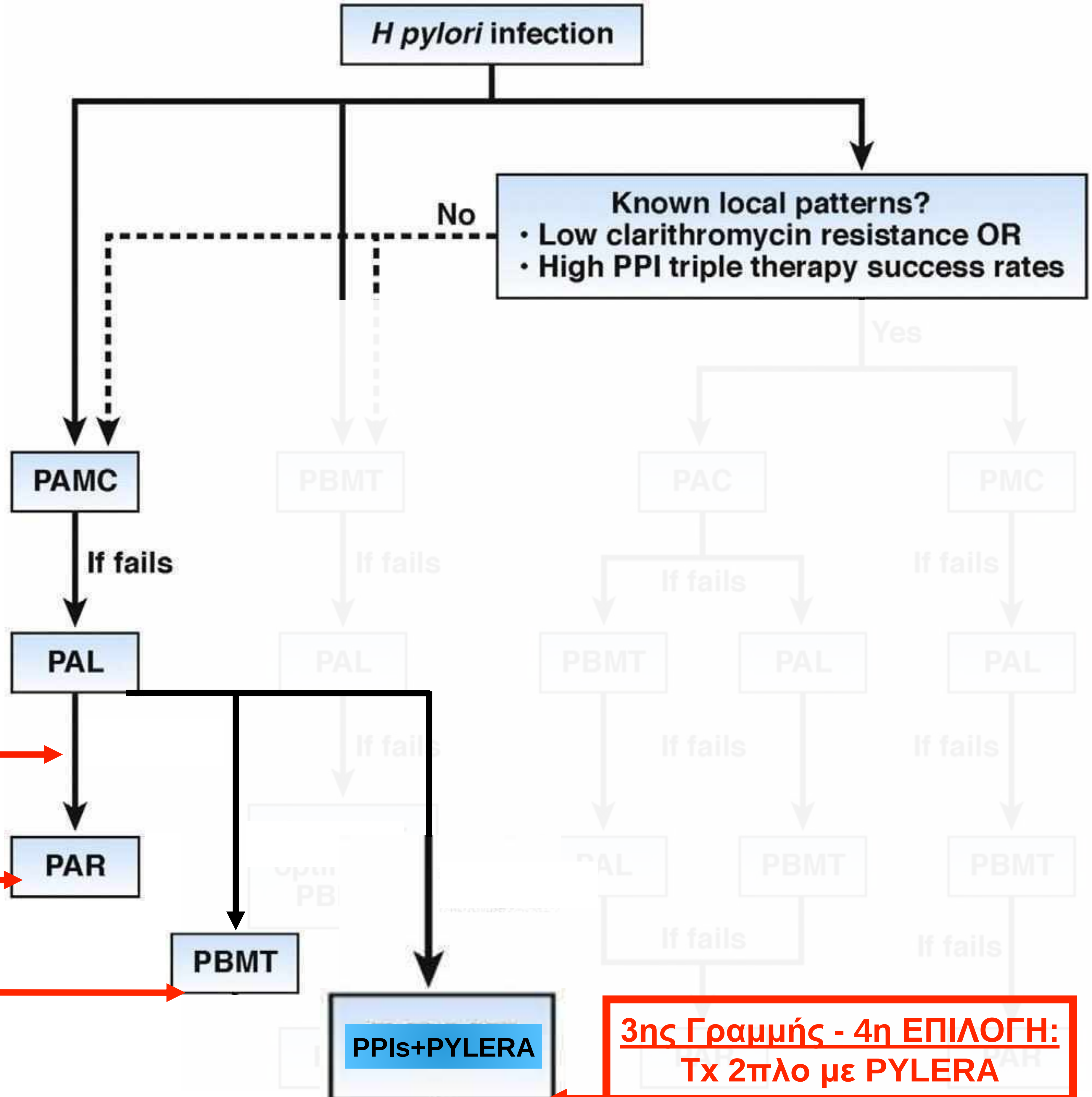
<u>Πηγές απο τις οποίες προέρχονται οι πληροφορίες για την παραπάνω τεκμηρίωση</u>
1.Ευρωπαϊκή ομοφωνία για την αντιμετώπιση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (Maastricht 2016)
2.Κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΕΜΕΛΟΠ
3. Ελληνικό Πλαίσιο Συμφωνίας για το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού

Το φάρμακο υπάγεται στον Ν 1729/87 περι ναρκωτικών: ΟΧΙ
Ονοματεπώνυμο ιατρού: **...................................** (Γαστρεντερολόγος)
Διεύθυνση: 401 ΓΣΝΑ-ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ (Λεωφόρος Μεσογείων & Κατεχάκη)
Αρ. Μητρώου: .... Τηλ. : 2107494524, 694730548, ΦΑΞ: 210749452
Υπογραφή: .... Ημερομηνία: ....

<u>3ης Γραμμής - 1η ΕΠΙΛΟΓΗ:</u>
Culture+Antimicrobial Susceptibility test-guided Tx (AST) ή Molecular test for genotype resistance - guided Tx ΑΝΤΙΒΙΟΓΡΑΜΜΑ

3ης Γραμμής – 2η ΕΠΙΛΟΓΗ
Tx με Ριφαμπουτίνη

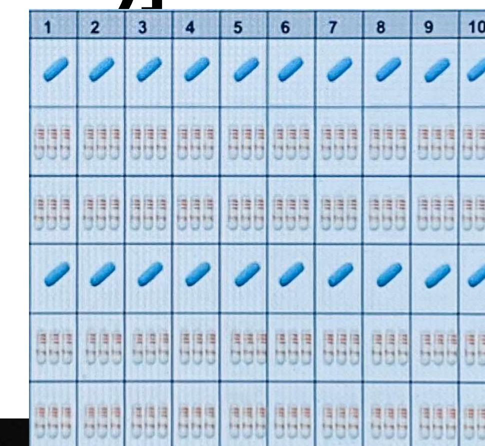
<u>3ης Γραμμής - 3η ΕΠΙΛΟΓΗ:</u>
Tx με Βισμούθιο 4πλη



<u>3ης Γραμμής - 4η ΕΠΙΛΟΓΗ:</u>
Tx 2πλο με PYLERA

<u>3ης Γραμμής - 4η ΕΠΙΛΟΓΗ:</u>
Tx 2πλο με PYLERA

- **2PPIs + PYLERA [CAP(BISMUTH+TETRA+METRO X 4/d)] X 10d**

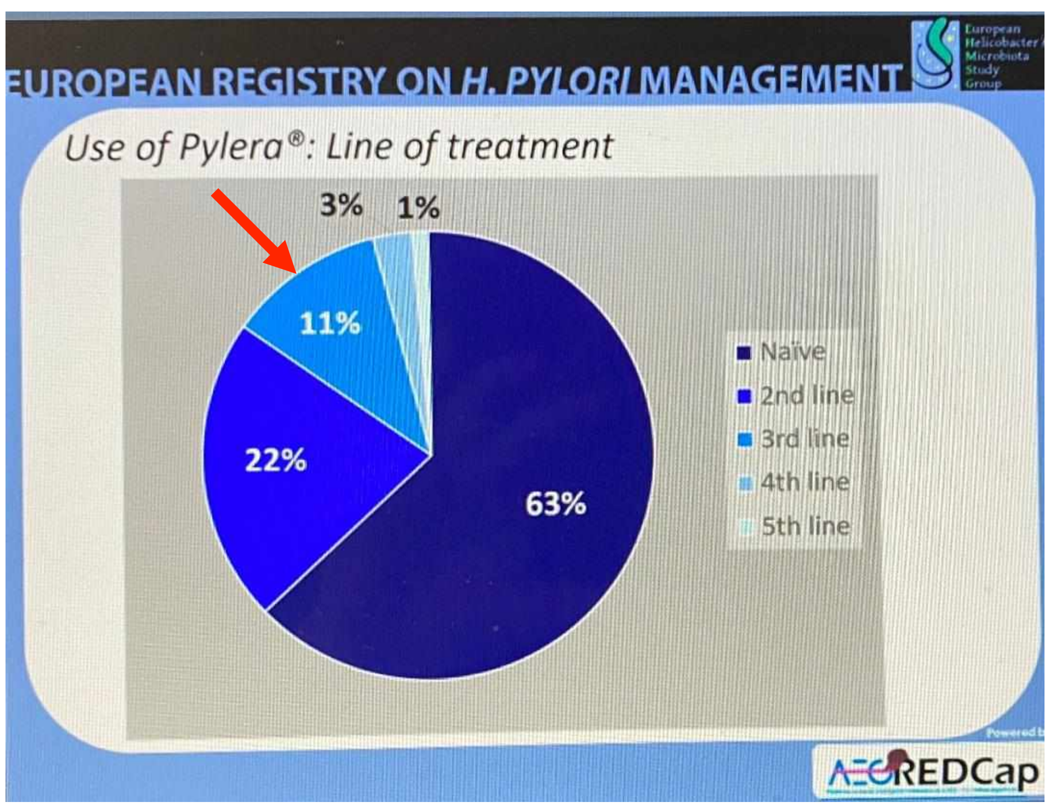


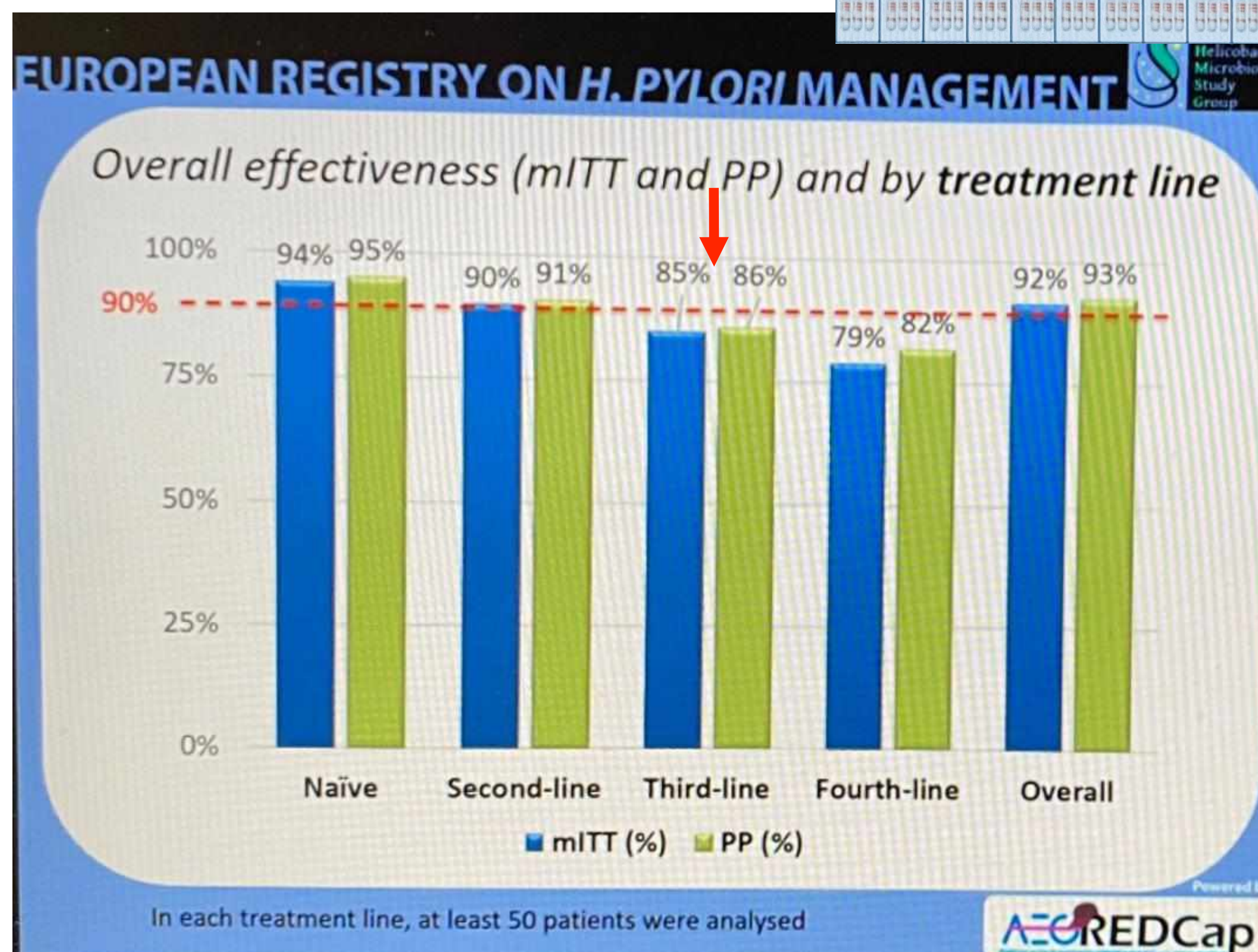
PAN-EUROPEAN REGISTRY ON H. PYLORI

MANAGEMENT (HP-EUREG): EXPERIENCE WITH

SINGLE CAPSULE BISMUTH QUADRUPLE THERAPY

IN 2,326 PATIENTS





Perez Nyssen O et al. UEGW 2019

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΙΦΕΤ ΑΕ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ   ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ   ΕΝΤΥΠΟ Α   ΠΛ-02/Ε2
Έκδοση:1

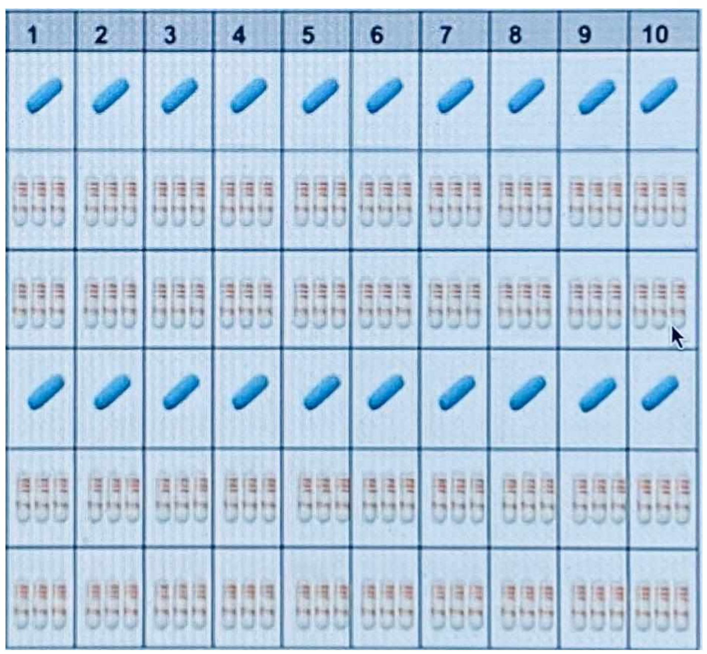
ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Ονοματεπώνυμο ασθενούς: ΛΙΑΤΣΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Πάθηση: ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

Εμπορική ονομασία φαρμάκου: **PYLERA**

Δραστική ουσία: **140mg Bismuth Subcitrate Potassium 125mg Metronidazole / 125mg Tetracycline HCL**



Φαρμακοτεχνική μορφή: **CAPS**   Περιεκτικότητα: **140mg Bismuth Subcitrate Potassium / 125mg Metronidazole / 125mg Tetracycline HCL**

Συσκευασία:: **120 caps in 10 blister**   Αιτούμενη ποσότητα **120 caos**

Δοσολογία: **3caps x 4 φορές / ημέρα**   Χρόνος θεραπείας: **10 ΗΜΕΡΕΣ**

Χώρα προέλευσης: **ΙΤΑΛΙΑ** ....   Εταιρεία: **Aptalis Pharma(TM)** ......

Άδεια κυκλοφορίας στην χώρα προέλευσης: $\boxed{\text{ΝΑΙ}}$ ΟΧΙ

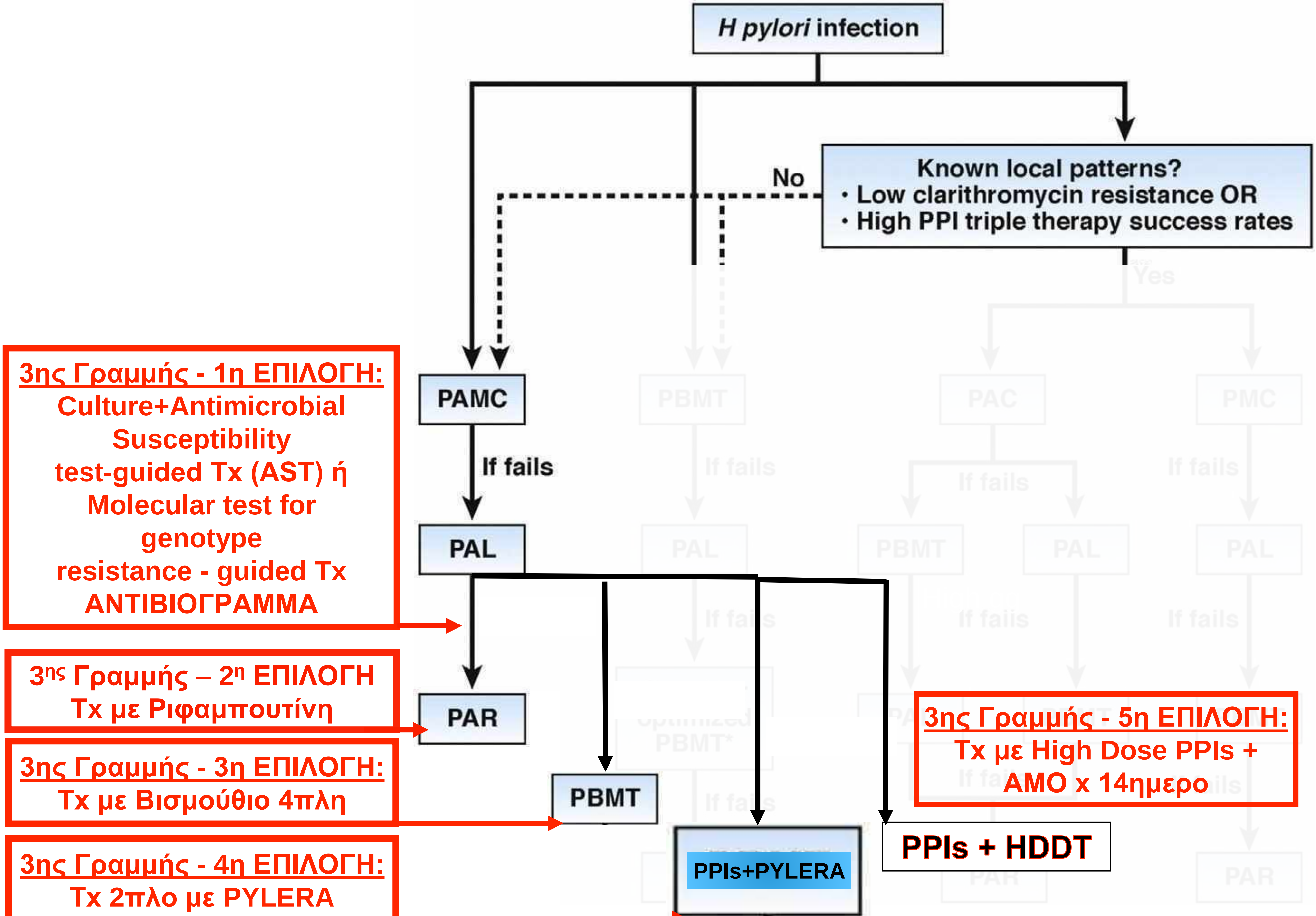
Εγκεκριμένες ενδείξεις: **ΕΚΡΙΖΩΣΗ H.pylori +**..

Τρόπος διάθεσης στην χώρα κυκλοφορίας και προέλευσης $\boxed{\text{(Απλή συνταγή,}}$ Ειδική συνταγή κ.λ.π.): ....

Τεκμηρίωση ανάγκης χορήγησης του συγκεκριμένου φαρμάκου και αιτιολόγηση λόγων αποκλεισμού άλλων κυκλοφορούντων στην Ελλάδα όμοιων ή παρόμοιας φαρμακολογικής δράσης φαρμάκων: **Ο ασθενής πάσχει από ανθεκτική ελικοβακτηριδιακή λοίμωξη. Έχει λάβει ήδη 2 σχήματα εκρίζωσης (AMO+KLA+METRO+PPIS και AMO+LEVO+PPIS) χωρίς επιτυχία, ενώ η καλλιέργεια και το αντιβιόγραμμα του μικροβίου στο Ινστιτούτο Παστέρ ήταν αρνητικά.**
Το Pylera έχει επιτυχία > 90% και είναι το μόνο που δεν έχει δοκιμαστεί στην ασθενη. Για τους λόγους αυτούς κρίνεται απαραίτητη η λήψη του συγκεκριμένου σκευάσματος

<u>Πηγές απο τις οποίες προέρχονται οι πληροφορίες για την παραπάνω τεκμηρίωση</u> :
1.Ευρωπαϊκή ομοφωνία για την αντιμετώπιση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (Maastricht 2016)
2.Κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΕΜΕΛΟΠ
3. Ελληνικό Πλαίσιο Συμφωνίας για το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού *Annals of Gastroenterology* (2020) **33**, 1-21

Το φάρμακο υπάγεται στον Ν 1729/87 περι ναρκωτικών: ΟΧΙ
Ονοματεπώνυμο ιατρού: .... (Γαστρεντερολόγος)
Διεύθυνση: 401 ΓΣΝΑ-ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ (Λεωφόρος Μεσογείων & Κατεχάκη)
Αρ. Μητρώου: .... Τηλ. : 2107494524, 694730548, ΦΑΞ: 210749452
Υπογραφή: ....   Ημερομηνία: ....



H pylori infection
Known local patterns?
• Low clarithromycin resistance OR
• High PPI triple therapy success rates
No
PAMC
If fails
PAL
PAR
PBMT
PPIs+PYLERA
PPIs + HDDT
3ης Γραμμής - 1η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Culture+Antimicrobial Susceptibility test-guided Tx (AST) ή Molecular test for genotype resistance - guided Tx
ΑΝΤΙΒΙΟΓΡΑΜΜΑ
3ης Γραμμής – 2η ΕΠΙΛΟΓΗ
Tx με Ριφαμπουτίνη
3ης Γραμμής - 3η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Tx με Βισμούθιο 4πλη
3ης Γραμμής - 4η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Tx 2πλο με PYLERA
3ης Γραμμής - 5η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Tx με High Dose PPIs + AMO x 14ημερο

3ης Γραμμής - 5η ΕΠΙΛΟΓΗ:
Τx με High Dose PPIs + AMO x 14ημερο

Maastricht V

If bismuth is not available in high dual clarithromycin and metronidazole resistance areas, levofloxacin,[180] rifabutin,[181] and high dose dual (PPI+amoxicillin)[182] treatments can be considered.

Sugano K, *et al. Gut* 2015;**64**:1353–1367. doi:10.1136/gutjnl-2015-309252

Hellenic consensus on *Helicobacter pylori* infection

Furthermore, taking into account that the resistance of *H. pylori* to amoxicillin is exceptional, and the antibacterial activity of this drug is largely inhibited by gastric acidity. Dual combinations of various doses of amoxicillin (500 mg to 1 g, tid or qid) with high-dose PPI (20-40 mg, tid or qid) have been tested in many countries (including Greece) as alternative therapeutic options, and have yielded highly heterogeneous results, with eradication rates ranging between 53.8% and 93.8% [152-154]. Accordingly, although current evidence offers scant support, high-dose dual therapy for 14 days may be an option worth considering when multidrug-resistant *H. pylori* infection is suspected, such as in patients with multiple treatment failures [155].

S. D. Georgopoulos *et al* *Annals of Gastroenterology* (2020) **33**, 1-21

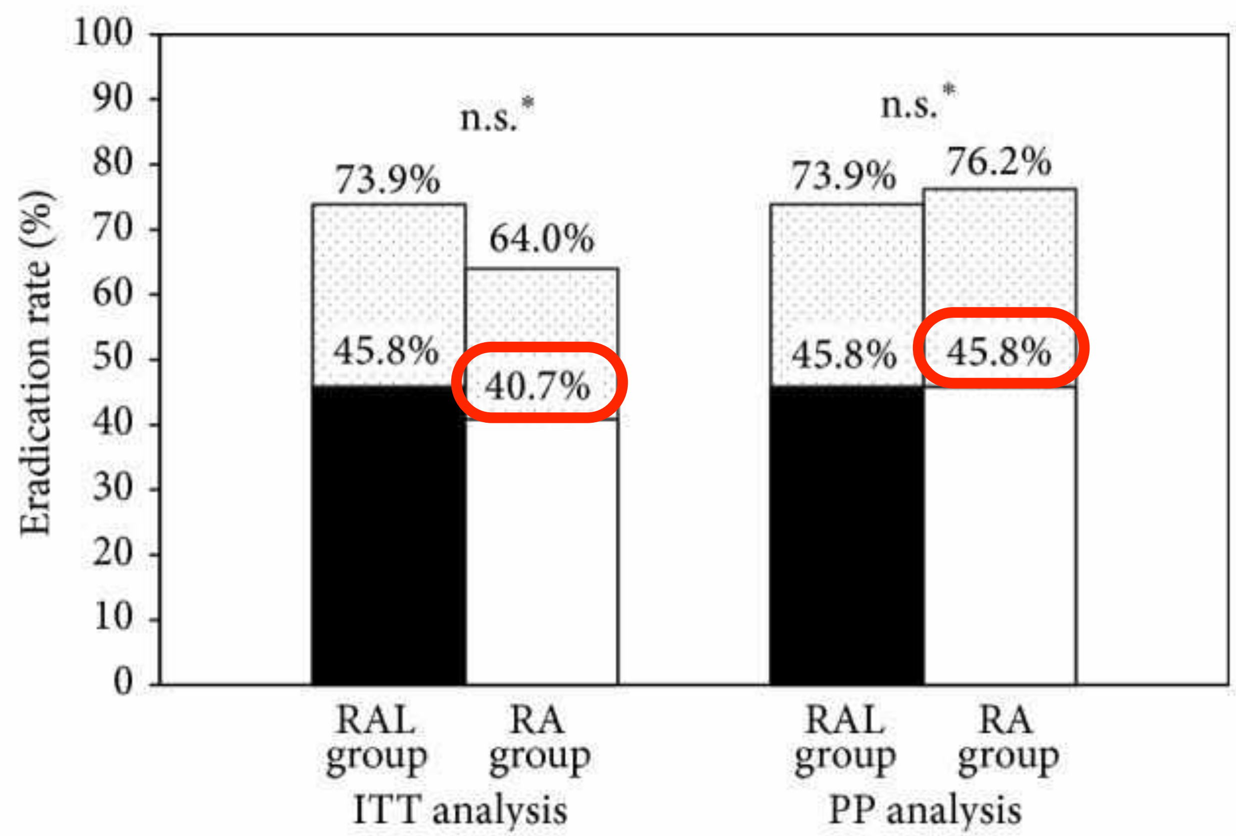
Hindawi Publishing Corporation
International Scholarly Research Notices
Volume 2014, Article ID 631501, 6 pages
http://dx.doi.org/10.1155/2014/631501

Clinical Study

Efficacy of Levofloxacin Based Triple and High-Dose PPI-Amoxicillin Dual Eradication Therapy for *Helicobacter pylori* after Failures of First- and Second-Line Therapies

Kenichiro Okimoto,[1] Makoto Arai,[1] Keiko Saito,[1] Shoko Minemura,[1] Daisuke Maruoka,[1] Tomoaki Matsumura,[1] Tomoo Nakagawa, Tatsuro Katsuno,[1] Chisato Ishii,[2] Shota Murata,[2] Masaharu Watanabe,[2] Fumio Nomura,[2] and Osamu Yokosuka[1]

[1]Department of Gastroenterology and Nephrology, Graduate School of Medicine, Chiba University, Inohana 1-8-1, Chiba City 260-8670, Japan
[2]Department of Clinical Laboratory, Chiba University Hospital, Japan



H.pylori:
τι κάνουμε μετά από αποτυχία σχήματος β΄ γραμμής / νεότερα θεραπευτικά σχήματα

Sitafloxacin (4ης γενιάς κινολόνη)

Sitafloxacin (STX) is a novel quinolone with broad-spectrum bactericidal activity. Its antibacterial activity towards *H. pylori* is more than 100-fold that of ciprofloxacin in vitro [9]. In addition, STX shows superior antibacterial activity against *H. pylori* with *gyrA*

Digestion

Digestion
DOI: 10.1159/000501610

Received: April 23, 2019
Accepted after revision: June 19, 2019
Published online: August 6, 2019

10-Year Trends in *Helicobacter pylori* Eradication Rates by Sitafloxacin-Based Third-Line Rescue Therapy

Hideki Mori[a] Hidekazu Suzuki[b] Juntaro Matsuzaki[c] Tatsuhiro Masaoka[c] Takanori Kanai[c]

[a]Department of Gastroenterology, National Hospital Organization Tokyo Medical Center, Tokyo, Japan; [b]Department of Gastroenterology and Hepatology, Tokai University School of Medicine, Isehara, Japan; [c]Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan

Table 2. Eradication rates in this study and historical controls

	10-Day EAS 2014–2015	10-Day EAS 2012–2013[a]	7-Day RAS 2009–2011[b]	*p* value[c]	*p* value[d]
Total number	38	63	78		
Eradication rate (ITT)	81.6 (31/38)	81.0 (51/63)	78.2 (61/78)	0.586[‡]	0.321[‡]
Eradication rate (PP)	81.6 (31/38)	82.0 (50/61)	83.6 (61/73)	0.586[‡]	0.785[‡]

H.pylori:

τι κάνουμε μετά από αποτυχία σχήματος β΄ γραμμής / νεότερα θεραπευτικά σχήματα

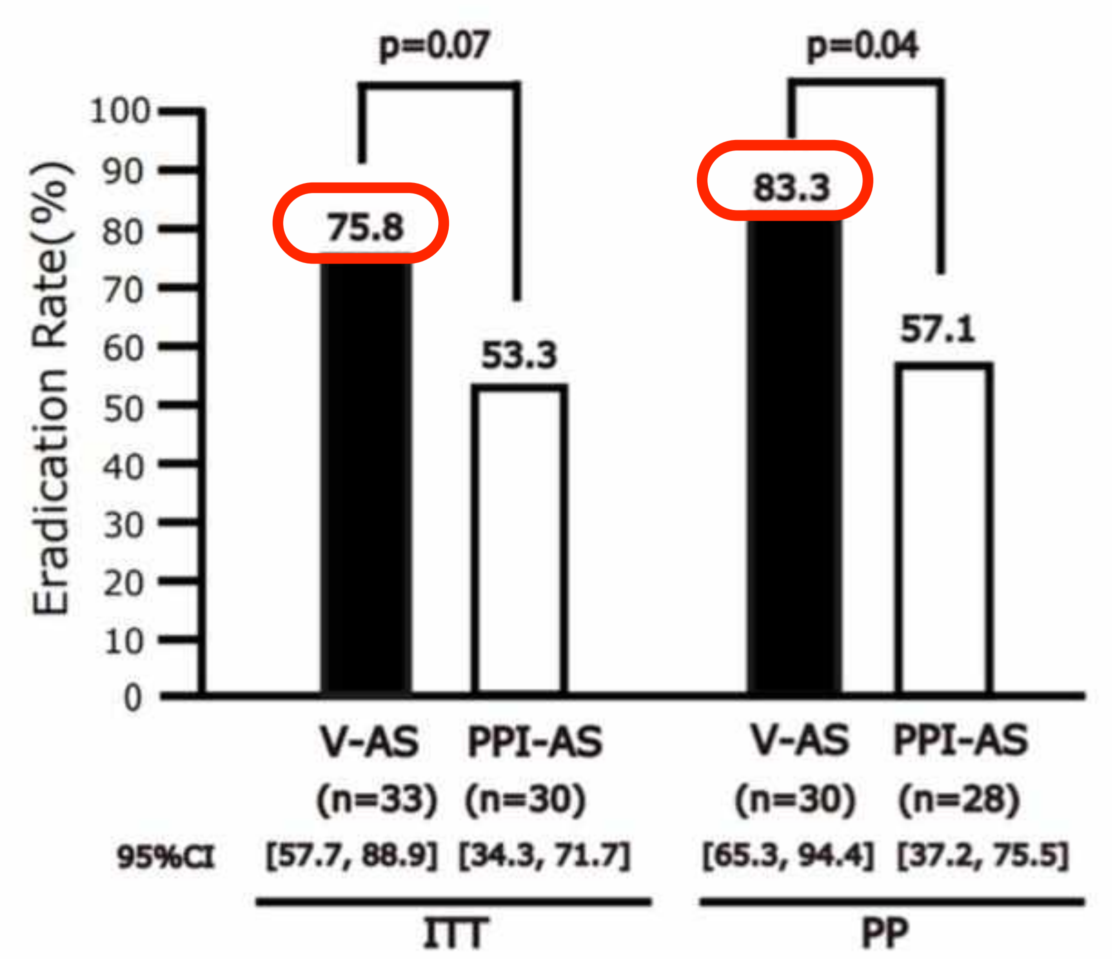
ΧΡΗΣΗ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΟΞΕΟΣ

- **Νεότερης γενιάς φάρμακα: Vonoprazan**
  Ανταγωνιστής K+ που αναστέλλει την Η-Κ-ΑΤΡαση χωρίς να απαιτεί προηγουμένως την ενεργοποίηση της αντλίας πρωτονίων

McNicholl AG, et al. 2012;36:414-25

Scarpignato C, Hunt RH. Aliment Pharmacol Ther 2015;42:1027–29
Murakami K, et al. Gut 2016;65:1439-46

Sue, S., Shibata, W., Sasaki, T., Kaneko, H., Irie, K., Kondo, M., & Maeda, S..
Randomized Trial of Vonoprazan- Versus PPI-Based **Third-Line** Triple Therapy With Sitafloxacin for H.pylori.
J Gastroenterol Hepatol 2019;34(4):686-692. doi: 10.



H.pylori:

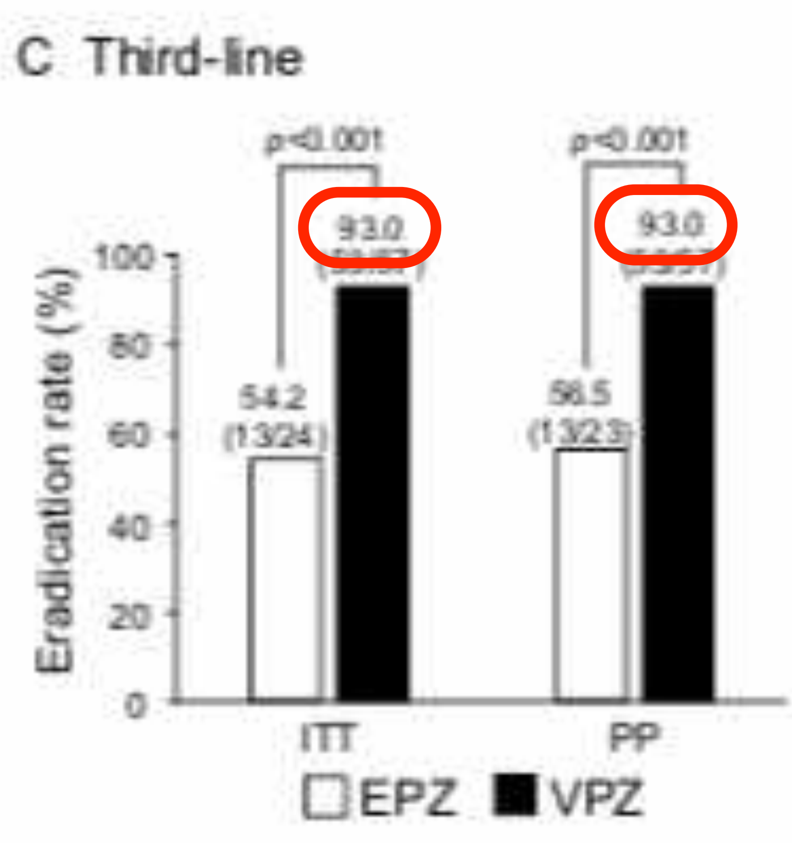
τι κάνουμε μετά από αποτυχία σχήματος β΄ γραμμής /

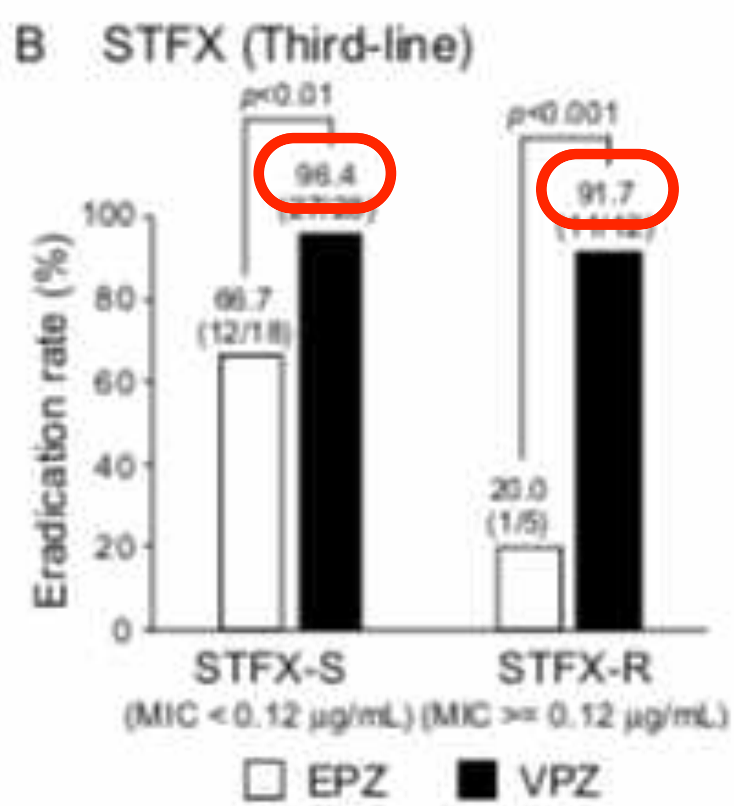
νεότερα θεραπευτικά σχήματα

Vonoprazan-Based Third-Line Therapy Has a Higher Eradication Rate against Sitafloxacin-Resistant *Helicobacter pylori*

Yoshimasa Saito [1,2,*], Kaho Konno [2], Moeka Sato [2], Masaru Nakano [1], Yukako Kato [1], Hidetsugu Saito [2] and Hiroshi Serizawa [3]

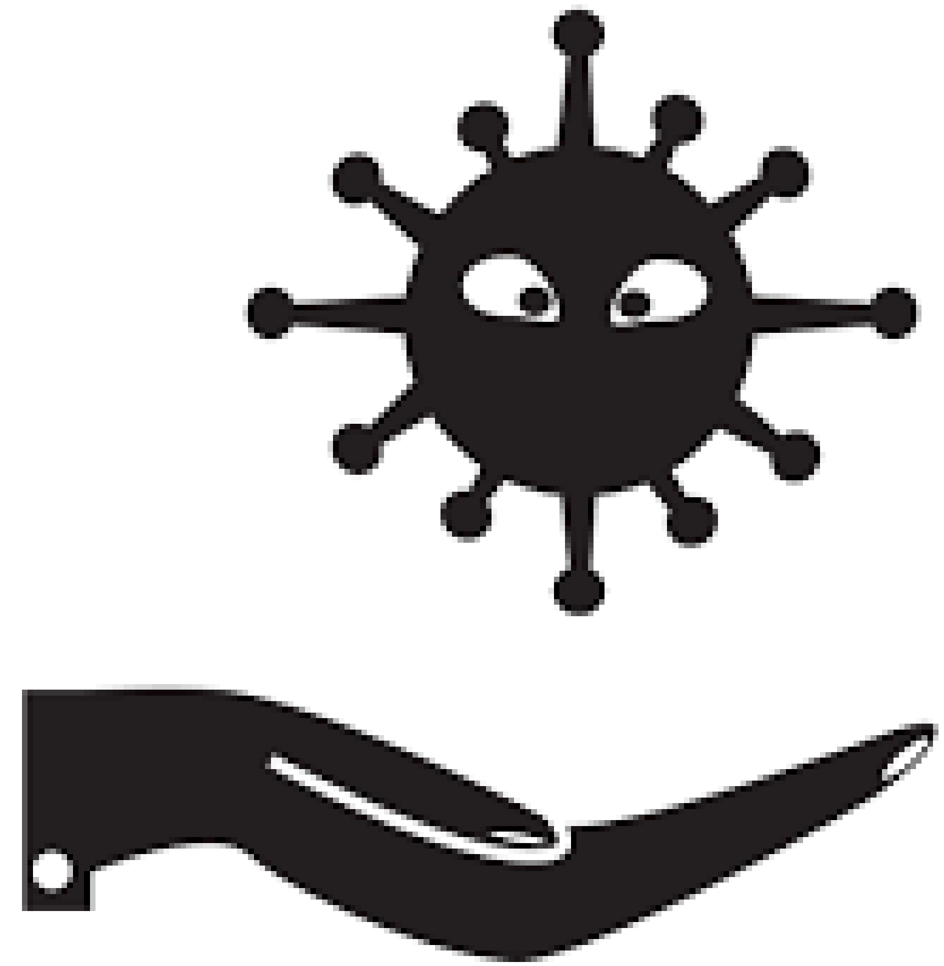
Cancers 2019, *11*, 116; doi:10.3390/cancers11010116





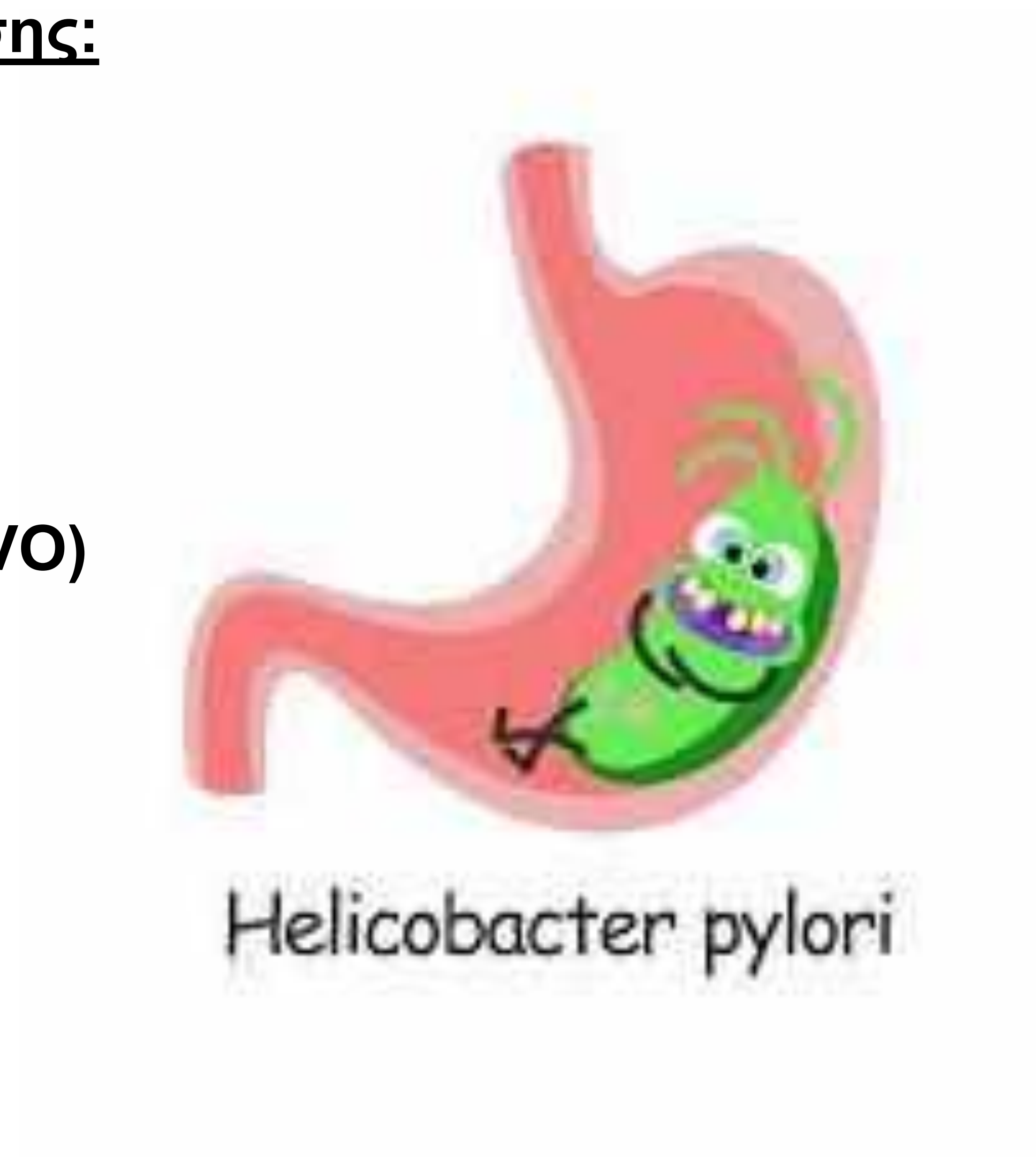
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (1)

- **Η ΕΕΜΕΛΟΠ θα πρέπει να οργανώσει:**
  - **Διαδικτυακή έρευνα με το πόσοι γαστρεντερολόγοι δίνουν 3ης γραμμής Tx - σε τι % - με ποιά 1η/2η/..η επιλογή - εάν έχουν δώσει τριπλό PAR ή παραγγελία μέσω ΙΦΕΤ**
  - **Πρωτόκολλο καταγραφής όλων των Tx εκρίζωσης 3ης γραμμής με βάσει τις διάφορες επιλογές που υπάρχουν (χρηματοδότηση μέσω ΕΓΕ)**



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (1)

- <u>**Οι επιλογές μας στην 3ης γραμμής Τx εκρίζωσης:**</u>
  - **Τx βάσει καλλιέργειας + δοκιμασιών ευαισθησίας στα αντιβιοτικά: AMO / CLA / METRO / LEVO / TETRA / RIF ή μοριακές δοκιμασίες γονοτυπικής αντοχής (CLA / LEVO)**
  - **3πλο σχήμα με PAR**
  - **4πλο σχήμα με PBMT (ΙΦΕΤ)**
  - **2πλο με P+Pylera (ΙΦΕΤ)**
- **Εν αναμονή από ΕΜΑ - ΕΟΦ: Εισαγωγής στην EU/GR Vonoprazan**




Thank
you