

ULCER GASTRIC ȘI DUODENAL – ALGORITM DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC

Cadru nosologic

Boală ulceroasă cu localizare gastrică sau duodenală este o afecțiune plurifactorială, cronică, cu perioade de acutizări, caracterizată prin prezența craterului ulceros.

Date epidemiologice

Prevalența ulcerului în decursul vieții a fost estimată la 5-10%. În populația HP- pozitivă, prevalența ulcerului este de aprox. de 4-10 ori mai mare decât în populația HP- negativă, fiind estimată la 10-20 %.

Etiologie

- Infecția cu *Helicobacter pylori*
UD - peste 90 % sunt HP pozitive
UG – peste 70% sunt HP pozitive
- AINS
 - Reprezintă cauza cea mai frecventă de ulcer la pacienții HP-negativi
 - Aproximativ 25% dintre pacienții care consuma cronic AINS dezvoltă UD sau UG
 - Corticosteroizii administrați singular nu cresc riscul de UG
 - Asocierea corticosteroizi + AINS cresc riscul de UG
- Status hipersecretor
 - Frecvența de 0,1-1 % din totalitatea ulcerelor
 - Gastrinomul (sindromul Zollinger- Ellison)
 - Neoplazia multiplă endocrină (MEN-I)
 - Hiperplazia antrală a celulelor G
 - Mastocitoza sistemică
 - Leucemia bazofilică
- Ulcer de stres
 - Arsuri
 - Traumatisme cranio-cerebrale
 - Postchirurgicale
- Boli asociate cu risc crescut de ulcer: ciroza hepatică, BPOC, transplant de organ
- Cauze rare: radioterapie abdominală, chimioterapie, consum de cocaină

Diagnostic

Diagnosticul ulcerului este fundamentat pe următoarele metode :

- Anamneza și examenul clinic
- Examenul radiologic
- Endoscopia digestivă superioară cu prelevare de biopsii

Endoscopia digestivă superioară cu prelevare de biopsii (gastroscopia) reprezintă „standardul de aur”, fiind o metodă cu sensibilitate/specificitate superioară examenului radiologic.

Permite prelevare de endobiopsii și teste rapide pentru detecția infecției cu HP

ULCERUL REFRACTAR /RECIDIVANT

Ulcerule (UG, UD) sunt refractare atunci când vindecarea nu este evidentă după 8-12 săptăm. de tratament .

Complicații

- Hemoragia digestivă - cea mai frecventă, 15% dintre pacienți
- Perforația: prevalența - 7 %
- Stenoza : prevalența - 2 %

Tratament

Obiective:

- Dispariția și ameliorarea simptomatologiei
- Prevenirea complicațiilor
- Profilaxia recidivelor

Posibilități terapeutice:

- Medicamentoasă
- Endoscopică – destinată complicațiilor
- Chirurgicală – în caz de ulcer refractar sau complicații

Tratamentul medicamentos cuprinde următoarele etape :

- Terapia antisecretoare
- Eradicarea infecției cu H. pylori
- Tratamentul ulcerului indus de AINs
- Tratamentul asociat sindromului Zollinger – Ellison

1. Terapia antisecretoare

Inhibiția secreției acide joacă un rol decisiv în terapia ulcerului, indiferent de etiologia acestuia.

Scopul terapiei: accelerarea procesului de cicatrizare a leziunii ulceroase

Terapia de atac

Recomandările terapeutice actuale:

| Clase medicamentoase | Doza | Administrare | Perioada |
|--|----------------------------------|---|----------------------------|
| Inhibitorii pompei de protoni <ul style="list-style-type: none"> • Omeprazol • Pantoprazol • Esomeprazol • Lansoprazol | 40 mg 40 mg 40 mg 30 mg | Optim: doză unică dimineața înainte de masă | UD = 4 săpt UG= 8 săpt. |
| Blocanți ai receptorilor H2 <ul style="list-style-type: none"> • Ranitidina • Nizatidina • Famotidina | 300 mg 400 mg 40 mg | Optim: doză unică seara | UD = 4 săpt UG= 8 săpt. |

Inhibitorii pompei de protoni (IPP) reprezintă terapia de elecție, optimă pentru terapia UD și UG, indiferent de etiologie
 IPP determină cicatrizarea mai rapidă și în proporție mai mare a UG (cu 20 % la 4 săpt și 40 % la 8 săpt) comparativ cu antagoniștii receptorilor H2.
 Rata de cicatrizare a UD la 4 săpt de terapie cu PPI este de 85-90 %.

Terapia de întreținere

Recomandările terapeutice actuale:

| Clase medicamentoase | Doza | Administrare |
|--|----------------------------------|---|
| Inhibitorii pompei de protoni <ul style="list-style-type: none"> • Omeprazol • Pantoprazol • Esomeprazol • Lansoprazol | 20 mg 20 mg 20 mg 30 mg | Optim: doză unică dimineața înainte de masă |
| Blocanți ai receptorilor H2 <ul style="list-style-type: none"> • Ranitidina • Nizatidina • Famotidina | 150 mg 200 mg 20 mg | Optim: doză unică seara |
| Sucralfat | 2-3X1 gr | |

Rolul terapiei de întreținere în UD și UG a fost reconsiderat în ultimii ani deoarece în contextual eradicării eficiente a infecției cu HP, recidiva este rară.

2. Terapia de eradicare a infecției HP

Toți pacienții cu UD sau UG la care s-a pus în evidență infecția cu H. pylori trebuie supuși terapiei de eradicare.

Consensul European (Consensul Maastricht 2) privind terapia de eradicare a infecției cu HP prevede următorul regim terapeutic :

Tripla terapie ;

- IPP (Omeprazol 2x20 mg, Pantoprazol 2x40 mg, Lansoprazol 2x30 mg, Esomeprazol 40mg)

asociat cu :

- Amoxicilină 2x1 g/zi + Claritromicină 2x500 mg/zi
- Metronidazol 2x500 mg /zi + Claritromicină 2x500 mg/zi

Durata: 7-10 zile

Cvadrupla terapie :

Citrat coloidal de bismut 4x120 mg /zi + Metronidazol 3x500 mg/zi + Tetraciclina 4x500 mg/zi + IPP

Este indicată în cazul eșecului triplei terapii

3. *Terapia ulcerului Indus de AINS*

- Terapie antisecretorie – preparate și doze ca în terapia de atac a UD și UG
- Întreruperea tratamentului cu AINS
- Asocierea Misoprostol 3x200 mg/zi
- Profilaxia; utilizarea agenților antiinflamatori selectivi anti-COX2

4. *Terapia ulcerului asociat sindromului Zollinger- Ellison*

- PPI în doze duble până la obținerea inhibiției acide complete când se poate reduce doza cu 50%
- Pacienții trebuie evaluați la 6 luni cu ajustarea corespunzătoare a dozelor