

# 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 săpt. 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"><li>• Omeprazol</li><li>• Pantoprazol</li><li>• Esomeprazol</li><li>• Lansoprazol</li></ul>	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"><li>• Ranitidina</li><li>• Nizatidina</li><li>• Famotidina</li></ul>	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 săptăm și 40 % la 8 săptăm ) comparativ cu antagoniștii receptorilor H2.

Rata de cicatrizare a UD la 4 săptăm 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"><li>• Omeprazol</li><li>• Pantoprazol</li><li>• Esomeprazol</li><li>• Lansoprazol</li></ul>	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"><li>• Ranitidina</li><li>• Nizatidina</li><li>• Famotidina</li></ul>	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 antisecretoare – 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