

VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU A DUODENA

MUDr. Ivona Krejčí

III. interní hepatogastroenterologická klinika FN Brno

Vřed je slizniční defekt, zasahující nejméně pod muscularis mucosae. Vyskytuje se v trávicí trubici všude tam, kde je přítomna volná kyselina chlorovodíková (HCl), tj. v jícnu, žaludku, duodenu. Takový vřed označujeme jako peptický vřed. Hlavní příčinou je zánět sliznice (gastritis) vyvolaná mikroben *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Často se setkáváme s ulceracemi způsobené jinými činiteli: lékové, stresové, endokrinní, hepatogenní. Hlavní léčebné úsilí je zaměřeno na snížení sekrece HCl a eradikaci *H. pylori*. Žaludeční vřed je nejčastěji lokalizován v malé křivině žaludku, vřed duodena se vyskytuje typicky v bulbu (3).

Klíčová slova: vřed, *Helicobacter pylori*, endoskopie, eradikace.

Med. Pro Praxi 2007; 5: 209–210

Patogeneze

Vznik vředu lze vysvětlit vzájemným nerovnoměrným poměrem mezi projektivními agresivními faktory (tabulka 1).

Klinický obraz

Příznaky vředové choroby se liší podle lokalizace ulcerace. Projevy duodenálního vředu: muži jsou postiženi častěji. Typická je bolest v epigastriu nebo pravém hypogastriu, vyskytující se nalačno. Jako průvodní projev je popisována pyróza, říhání, regurgitace kyselých šťáv, nežídka i zvracení, celková únava. Úlevu často nemocní pocítují postprandiálně. Můžeme pozorovat familiární výskyt tohoto onemocnění. U žaludečního vředu není prevalence mezi muži či ženami. V symptomatologii převládá bolest, pocit dyskomfortu po jídle, a to v časové závislosti. Orálně detegované léze se projeví algickou reakcí časněji po najezení (4).

Exacerbace se dostavuje na jaře a na podzim. Zvláštní pozornost si zaslouží starší pacienti. Vřed může u nich probíhat asymptomaticky, nebo se projevovat nespecifickými příznaky (nechutenství, váhový úbytek). První manifestaci vředu pak může být komplikace, krvácení nebo perforace, zejména při léčbě tzv. ulcerogenními léky. Při fyzikálním vyšetření břicha u nekomplikovaného vředu zjišťujeme palpační bolestivost v epigastriu nebo vpravo od pupku.

Diagnostika

Vychází z anamnézy a fyzikálního vyšetření. Výsadní postavení ve vyšetřovacím postupu zaujímá **endoskopie**. Umožňuje stanovení lokalizace a velikosti vředu, následný odběr biotických vzorků (6–8) ze spodiny a okrajů vředu k posouzení biologické povahy, odběr dvou biopsií z antra a těla k průkazu *H. pylori*. Duodenální vředy jsou obvykle lokalizovány v bulbu, velmi často v terénu bulbitidy (1).

Endosonografie dobře znázorní rozsah postižení stěny trávicí trubice, upozorní tak na riziko vzniku komplikací dle hloubky defektu.

Stanovení gastrinu má důležitou roli při diferenciální diagnostice k odlišení gastrinomu při Zollinger-Ellissonově syndromu. U těchto osob je právě typickou lokalizace mimo tzv. „klasická místa žaludečního a duodenálního vředu“. V symptomatologii je pak v popředí nehojící se ulcerace, jen malá responsibilita na antisekreční medikaci.

Dechový test k detekci *H. pylori*. Jeho výhodou je neinvazivita, vysoká senzitivita, specifita a v současné době i dobrá dostupnost. Dalšími přednostmi je možnost vyšetřování dětí, těhotných žen, možnost opakovaných vyšetření a jednoduchost vyšetření. Test se provádí nalačno. Před vyšetřením je potřeba vysadit případnou léčbu H₂ blokátory sukralfátem (alespoň na jeden den), preparáty bismutu, inhibitory protonové pumpy (alespoň tři dny) a terapii antibiolytiky.

Komplikace peptického vředu

Hlavními komplikacemi peptického vředu jsou:

1. **krvácení:** projevující se buď jako hemateméza nebo melena. Velmi často dochází ke krvácivé komplikaci při užívání NSAID, chronicita medikace není podmínkou. Záleží na již zmiňované rovnováze mezi agresivními a cytoprotektivními činiteli,
2. **penetrace:** prohlubování vředu celou stěnou žaludku do okolí, a to nejčastěji do pankreatu. V této lokalizaci nedochází k perforaci do břišní dutiny díky tvorbě reaktivního zánětu a vzniku srůstů,
3. **perforace** do dutiny břišní se ohlásí náhlou a krutou bolestí, pacient je v šokovém stavu, jedná se o náhlou příhodu břišní s rozvojem peritonitidy,
4. **stenóza** či obstrukce pylorického kanálu.

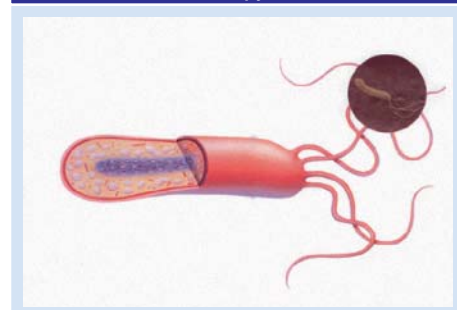
Diferenciální diagnostika

Jako první v diagnostické roztaze musíme pomyslet na odlišení od karcinomu, jehož prognóza, terapie a další sledování se výrazně liší. Karcinomu se mohou podobat ulcerace lokalizované v žaludku,

Tabulka 1. Faktory způsobující vznik vředu

Faktory agresivní
• Acidopeptický účinek žaludečního sekretu („Není kyselina není vřed“) • <i>Helicobacter pylori</i> • Ulcerogenní léky (nesteroidní antirevmatika, kys. acetylosalicylová) • Poruchy mikrocirkulace • Duodenogastriční reflux • Poruchy motility
Faktory projektivní
• Žaludeční hlen • Normální mikrocirkulace v žaludku • Rezistence sliznice • Regenerační schopnost sliznice • Alkalická sekrece • Sekrece endogenních prostaglandinů třídy E

Obrázek 1. *Helicobacter pylori*



duodenální jsou zaměněny vzácně. V této lokalizaci se bude jednat spíše o invazivní karcinom pankreatu napadající stěnu dvanácterníku. K přesné diagnostice je potřeba opakovaná endoskopická biopsie. U zvláště suspektních lézí neváháme odběr opakovat, abychom zabránili falešně negativnímu výsledku, který by mohl mít pro pacienta katastrofické následky. Vhodné je pak doplnění dalšího screeningu: endosonografie stěny žaludku, CT vyšetření, operační revize. Dále potíže nemocného mohou být podmíněny cholecystopatií, pankreatitidou, funkční gastropatií. V některých případech je nutné pomýšlet na koronární původ obtíží (5).

Terapie

Vychází z patofyziologického základu o poměru ochranných a agresivních faktorů. Správná léčba

zajišťuje úpravu rovnováhy mezi těmito činiteli v žaludečním či duodenálním prostředí.

Konzervativní léčba peptického vředu má komplexní povahu. Kromě rozhodující medikamentózní terapie zahrnuje také opatření režimová a dietní.

Režimová opatření

Režimová léčba – pacientovi se doporučuje relativní tělesný i duševní klid, pravidelný, přiměřeně dlouhý spánek. Postoj k výkonu zaměstnání závisí především na druhu vykonávané práce. Kouření se zakazuje. Vzhledem k obtížnosti dosažení tohoto cíle je nutné alespoň výrazné omezení.

Dietní léčba – příkládá se jí menší význam ve srovnání s minulostí. Doporučuje se pravidelný příjem mechanicky dobře upravené stravy s omezením tučných, smažených a kořeněných jídel. Požívání alkoholů, kávy, čaje apod. není vhodné. Zákaz ulcerogenních léků: kyseliny acetylsalicylové, nesteroidních antirevmatik, kortikoidů.

Medikamentózní terapie

H. pylori pozitivní vředy

Průkaz *H. pylori* u pacientů s duodenálním nebo žaludečním vředem je indikací k jeho eradikaci. Vhodně volená léčba sestávající z trojkombinace antisekrečního léku (PPI – proton pump inhibitors) a dvou antibiotik přispívá nejen k zahojení vředu, ale i minimalizaci recidiv. Nejčastěji se používá trojkombinace ve složení: omeprazol 2 × 20 mg, amoxicilin 2 × 1000 mg nebo metronidazol 2 × 400 mg a klaritromycin 2 × 500 mg, které se podávají po dobu 7 dnů. Terapii je možné ukončit nebo pokračovat v aplikaci omeprazolu v dávce 1 × 20 mg ještě po dobu 21 dnů. Kontrola u vředů lokalizovaných v žaludku se vždy provádí endoskopicky, u mladých jedinců s duodenálním vředem postačí kontrola dechovým testem eradikace *H. pylori*. Úspěšnost eradikace dosahuje 94–96 % u duodenálních vředů a 70 % u žaludečních. Podobných výsledků bylo dosaženo i při použití novějších PPI, tedy lanso-

prazolu a pantoprazolu. Rekurence vředů se tímto postupem snižuje na 0–10 %. Ke kontrole účinnosti eradikační terapie je zlatým standardem dechový test se značenou ureou (2).

H. pylori negativní vředy

Jsou podstatně častější, nacházejí se v duodenu i v žaludku. Výskyt žaludečních vředů bývá vázán na terapii ulcerogenními léky, případně jde o vředy stresové nebo sekundární při jiných chorobách (jaterní cirhóza, chronická obstrukční plicní nemoc). K vzácnějším příčinám patří hormonálně podmíněné vředy při hyperparatyreóze a Zollinger-Ellisonově syndromu. Součástí terapeutického přístupu k těmto lézím je na prvním místě eliminace vyvolávající příčiny (nesteroidní antirevmatika, kortikoidy) nebo léčebné ovlivnění základní choroby. K léčbě vředů volíme nejčastěji antisekreční preparáty, případně cytoprotektiva a doplňkové antacida. Nejčastěji jsou příčinou *H. pylori* negativních lézí nesteroidní antiflogistika, a je proto třeba pečlivě indikovat jejich podávání, stejně tak i kyselinu acetylsalicylovou.

Antisekreční léky

Inhibitory protonové pumpy způsobují protrahovanou inhibici sekrece HCl. K nejrozšířenějším patří omeprazol, z novějších pak lansoprazol a pantoprazol. Obvykle je doporučován omeprazol 1–2 × denně v dávce 20 mg. (2)

Antagonisté H₂ receptorů zaujímaly významné postavení v klinické praxi, jejich uplatnění se omezilo. Používá se ranitidin a famotidin.

Cytoprotektivní látky

Jedná se o skupinu preparátů s komplexním účinkem podporujícím protektivní procesy žaludeční sliznice. Sukralfat je dostupný jako Venter nebo Ulcogant. Využití má preventivní. Bizmutové soli tvoří ochrannou vrstvu na povrchu peptické léze, stimulují žaludeční hlen. Syntetické prostaglandiny zlepšují prokrvení sliznice a pozitivně ovlivňují skladbu a produkci ochranného žaludečního hlenu.

Do klinické praxe byl zaveden analog prostaglandinů (misoprostol).

Antacida

Uplatňují se jako neutralizační a adsorpční preparáty (Anacid, Maalox). Podávají se 3–4 × denně. Pro monoterapii nejsou vhodná. Výhodou je rychlá úleva od bolesti provázející vředovou nemoc.

Chirurgická terapie

Je indikována při komplikacích vředové choroby: penetrace, perforace, recidivující krvácení.

Léčba komplikací

Endoskopické vyšetření umožňuje přesně lokalizovat zdroj krvácení a dovoluje i terapeutický zásah – stavění krvácení opichem, tepelnou sondou nebo naložením svorky.

Občas je možné setkat se s výskytem rezistentních vředů, které se po osmítýdenní terapii nezahojily. V takových případech je nezbytné nejprve vyloučit jinou povahu ulcerace, např. Zollinger-Ellisonův syndrom, chronický abúzus nesteroidních antirevmatik, Crohnovu chorobu, TBC nebo nádor, a pak přistoupit k podávání PPI z jiné skupiny za průběžného sledování hojení vředu. Při neúspěchu léčby, včetně eradikační, přistoupit k chirurgickému zákroku.

Závěr

Pochopení patogenetických mechanismů vzniku peptického vředu a vředové choroby duodena společně s uplatňováním nových terapeutických prostředků umožnily významný pokrok v konzervativní léčbě tohoto onemocnění. Dostupnost diagnostických metod včetně průkazu *H. pylori* a široké palety léků umožňuje realizaci moderní terapie v terénní praxi. Ve složitějších případech nebo při preskripčním omezení některých preparátů se terapie uskutečňuje ve spolupráci s gastroenterologickými pracovišti. Z uvedených údajů je zřejmé, že současné možnosti terapie peptického vředu jsou velmi efektivní, výrazně snížily výskyt recidiv a komplikací (krvácení, perforace).

MUDr. Ivona Krejčí

III. interní hepatogastroenterologická klinika
Jihlavská 20, 625 00 Brno-Bohunice
e-mail: ivona.krejci@gmail.com

Literatura

- Blaser M J, Misiewicz J J. s *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *Europ. J. Gastroenterol. & Hepatolog.* 9, 1997, Suppl. I: 53–529.
- Fixa B, Kotlíř J, Mařatka Z, Antoš F. Peptický vřed a vředová nemoc. In: Mařatka Z et al. *Gastroenterologie*. Karolinum, 1999: 143–165.
- Jirásek V. Peptický vřed žaludku a duodena. In: Klenner P et al. *Vnitřní lékařství*. Galén, Karolinum, 1999: 452–459.
- Olbe L. *Milestones in drug therapy: proton pump inhibitors*. Basel: Birkhauser Verlag, 1999.
- Švestka T, Mareček P. Vředová choroba duodena. In: *Trendy v medicíně 2002 – gastroenterologie*, Triton, 2002: 3–18.

Doporučené postupy pro praktické lékaře

- příznaky: bolest v epigastriu; pyrosa, říhání, pocit dyskomfortu nalačno i po jídle; při komplikacích: krvácení (penetrace, perforace)
- diagnostika:
 - odběr anamnézy, včetně rodinné a lékové
 - gastroskopie s odběrem histologie
- léčba:
 - zajištění klidového režimu, zákaz kouření, nedráždivá strava (vyloučit alkohol, kávu, pálivé koření)
 - eradikace v případě positivity *Helicobacter pylori*: inhibitory protonové pumpy (PPI) omeprazol 2 × 20 mg 2-kombinace antibiotik: amoxicilin 2 × 1 mg a klaritromycin 2 × 250 mg (500 mg) po dobu 7 dní
- kontrola:
 - za 4 týdny po eradikaci: provést dechový test se značenou ureou 13C
 - endoskopické vyšetření s odběrem histologie – u žaludečních vředů vždy u polékových lézích
- prevence: úprava životosprávy, uvažované podávání nesteroidních antiflogistik