

SËMUNDJET ULCEROZE GASTRODUODENALE



Hysen Ahmeti

Doktor i Mjekësisë

Ulcerat gastroduodenale janë defekte fokale në mukozën e lukthit ose duodenit që shtrihen në submukozë ose më thellë. Mund të jenë akute ose kronike dhe shkaktohen nga një çekuilibër ndërmjet mbrojtjes mukozale dhe sekretimit të acidit gastrik e pepsinës. Ulcera gastroduodenale mbetet një diagnozë e zakonshme ambulate, por numri i vizitave tek mjeku, pranimeve në spital dhe intervenimeve kirurgjike ka rënë në mënyrë të theksuar gjatë tre dekadave të fundit. Vlen të ceket se fillimit të këtij trendi i paraprin përdorimi i bllokuesve të receptorëve H₂, frenuesve të pompës protonike, endoskopia dhe vagotomia selektive. Megjithatë pavarësisht trendit të rënies së rasteve me ulcera gastroduodenale të moderuara, incidenca e operacioneve urgjente dhe shkalla e vdekjeve të lidhura me ulcerat gastroduodenale nuk ka shënuar ulje aq të madhe.

Këto ndryshime epidemiologjike përfaqësojnë efektin e disa faktorëve, duke përfshirë këtu përmirësimin e higjienës personale, prevalencën e reduktuar të infeksionit me *Helicobacter pylori*, terapia më adekuate mjekësore dhe rritja e menaxhimit më efikas të pacientëve jashtë spitalor. Ulcera gastroduodenale është një nga çrregullimet më të zakonshme të traktit gastro-intestinal në Shtetet e Bashkuara të Amerikës me një prevalencë prej rreth 2%, dhe një kumulativë gjatë gjithë jetës me prevalencë prej rreth 10%, duke arritur kulmin rreth moshës 70 vjeçare. 51 studime kanë treguar një trend në rritje në rastet e spitalizimit dhe vdekshmërisë në pacientët e moshuar për komplikimet e ulcerës peptike për shkak të gjakderdhjes dhe perforimit. Kjo mund të jetë pjesërisht për shkak të përdorimit gjithnjë e më të shpeshtë në baza të përditshme të medikamenteve anti-inflamatore jo-steroidë (NSAID's) në këto grup moshë, shumë prej të cilëve gjithashtu kanë infeksion me *Helicobacter pylori*.

Etiologjia / Faktorët e riskut

Një sërë faktorësh mund të kontribuojnë në zhvillimin e ulcerave gastroduodenale edhe pse tani është e njohur se shumica e madhe e ulcerave gastroduodenale shkaktohen nga infeksioni me *H. pylori* dhe/ose përdorimi i NSAID's. Rruga e përbashkët përfundimtare drejt formimit të ulcerës është dëmtimi acido-peptik i barrierës mukozale gastroduodenale. Supresioni i acidit gastrik ndihmon në shërimin e ulcerave gastroduodenale, si dhe parandalon përsëritjen. Në përgjithësi *Helicobacter pylori* ka predispozita për ulcerim, si pasojë e të dyjave, hipersekretimit të acidit dhe nga kompromentimi i mekanizmave të mbrojtjes së mukozës gastroduodenale.

Helicobacter pylori është një bacil gram-negativ që gjendet brenda qelizave epiteliiale të lukthit. Ky bakter është përgjegjës për 90% të ulcerave duodenale dhe 70% deri në 90% të ulcerave gastrike. Infeksioni me *Helicobacter pylori* është më i përhapur tek ata me status më të ulët socio-ekonomik dhe zakonisht merret gjatë fëmijërisë.

Ky organizëm ka një spektër të gjerë faktorësh virulence që e lejojnë atë të ngjitet dhe të shkaktojë inflamacion të mukozës së lukthit. Kjo rezulton në hipoklorhidri ose aklorhidri, duke çuar kështu në ulcerë gastrike.

Faktorët e virulencës së *H. Pylori* përfshijnë sekretimin e ureazës e cila e zbërthen urenë në amoniak dhe mbron *H. Pylori* duke neutralizuar mjedisin acidik të lukthit.

Pastaj toksinat CagA/VacA shoqërohen me inflamacion të mukozës së lukthit dhe dëmtim të indeve të saj si dhe Flagjelet e *H. Pylori* që i mundësojnë lëvizshmëri dhe lejojnë lëvizjen drejt epitelit gastrik.

Përdorimi i NSAID's është shkak i dytë më i zakonshëm i ulcerave gastroduodenale pas infeksionit me *H. Pylori*. Përdorimi i NSAID's shkakton ulcera kryesisht nga kompromentimi i mekanizmave mbrojtës të mukozës së lukthit. Në kushte normale sekretimi i prostaglandinës normalisht mbron mukozën e stomakut. NSAID's veprojnë duke bllokuar sintezën e prostaglandinës përmes frenimit të enzimës COX-1, duke rezultuar kështu në uljen e prodhimit të mukusit gastrik, bikarbonateve dhe një ulje në qarkullimin e gjakut përgjatë mukozës gastrike.

Është e qartë se mbrojtja mukozale luan një rol kyç por që nga hipersekretimi i acidit mund të rezultojnë në ulcerë gastroduodenale edhe në kushtet normale të funksionimit të mekanizmave mbrojtës mukozal. Eliminimi i infeksionit me *Helicobacter Pylori* ose reduktimi i përdorimit të panevojshëm të NSAID's është i rëndësishëm për shërimin optimal, parandalimin e përsëritjeve apo komplikimeve të ulcerave gastroduodenale. Një sërë sëmundjesh të tjera edhe pse në përqindje të vogël mund të shkaktojnë ulcerë peptike, duke përfshirë këtu Zollinger-Ellison syndrome, mastocitoza sistemike, trauma, djegie dhe streset fiziologjike. Në më shumë se 90% të rasteve të paraqitjes dhe komplikimeve të ulcerës gastroduodenale iu atribuohen infeksionit me *Helicobacter Pylori* dhe përdorimit të NSAID's.

Pasqyra Klinike

Më shumë se 90% e pacientëve me ulcera gastroduodenale ankohen për dhimbje abdominale. Dhimbja është zakonisht jo rrezatuese, në formë djegëse dhe e lokalizuar në epigastrium. Pacientët me ulcerë duodenale shpesh përjetojnë dhimbje 2 deri në 3 orë pas një shujte ushqimore dhe gjatë natës. Dy të tretat e pacientëve me ulcerë duodenale ankohen për dhimbje që i zgjon nga gjumi. Te ulcera gastrike dhimbja më shpesh shfaqet përgjatë ngrënies dhe ka më pak gjasa për dhimbje me intensitet të shtuar gjatë natës. Një histori e përdorimit NSAID's, antacideve pa recetë ose barnave antisekretuese është sugjerues i mirë për diagnostikimin e ulcerës gastroduodenale. Shenja dhe simptoma të tjera më të zakonshme përfshijnë nauze, vjellje, fryrje barku, humbje peshe, dhe anemi. Ndërsa

simptoma që janë më alarmuese dhe u duhet vëmendje më e shtuar janë humbje progresive e padëshiruar e peshës, disfagia progresive, hematemeza dhe melena. Ulcera duodenale është rreth dy herë më e zakonshme tek meshkujt krahasuar me femrat, por incidenca e ulcerës gastrike është e ngjashme në meshkuj dhe femra. Mesatarisht, pacientët me ulcerë gastrike janë më të moshuar se pacientët me ulcerë duodenale dhe incidenca është në rritje në të moshuarit, për shkak të rritjes së përdorimit të aspirinës dhe barnave tjera anti-inflamatore jo-steroidike.

Diagnostikimi

Në diagnostikimin e ulcerave gastroduodenale vlen të merren në konsideratë moshat dhe pasqyra klinike e pacientit. Tek pacientët e rinj me dispepsi dhe/ose dhimbje epigastrike, mund të jetë i përshtatshëm fillimi i terapisë empirike me inhibues të pompës protonike, kur dyshojmë për ulcerë gastroduodenale pa teste konfirmuese. Të gjithë pacientët mbi 45 vjeç me simptoma të mësipërme duhet të bëjnë endoskopinë gastroduodenale por që nga ekzaminimi endoskopik nuk përjashtohen as moshat e reja në rastet kur simptomat janë më alarmante. Pastaj ekzaminimi me kontrast të dyfishtë me rreze X të TGI të sipërme mund të jetë i dobishëm. Pasi që një ulcerë të jetë konfirmuar në mënyrë endoskopike ose radiologjike, duhet evidentuar shkaqet e mundshme përfshirë këtu *Helicobacter Pylori*, përdorimin e NSAIDs, gastrinoma, kanceri. Të gjitha ulcerat gastrike duhet të merret në mënyrë adekuate biopsia, për vlerësim të mëtejshëm histologjik. Testim shtesë që mund të indikohet është testimi për *H. Pylori* dhe nuk është e paarsyeshme të testohen të gjithë pacientët të cilët dyshohen për ulcerë gastroduodenale. Por që përfundimisht ekzaminimi endoskopik është standardi i artë dhe testi diagnostik më i saktë me ndjeshmëri dhe specificitet deri në 90% në diagnostikimin e ulcerave gastroduodenale

Trajtimi

Si bazë e terapisë mjekësore për ulcerat gastroduodenale janë inhibuesit e pompës protonike (IPP), por gjithashtu doza të larta të H₂ bllokatorëve dhe sukralfati janë gjithashtu mjaft efektive. Pacientët e spitalizuar dhe të diagnostikuar me komplikime të ulcerës duhet të marrin terapi të vazhdueshme intravenoze me IPP dhe pas trajtimit spitalor, duhet të merret parasysh përdorimi në periudha të gjata i IPP, përveç nëse eliminohet shkakun definitiv i ulcerës gastroduodenale. Pacientët me ulcerë peptike duhet të shmangin pirjen e duhanit dhe alkoolit si dhe përdorimin e panevojshëm të NSAID's (përfshirë aspirinën). Pacientët që kanë nevojë për

NSAID's për të trajtuar sëmundjet e tjera shoqëruese, duhet të marrin gjithmonë IPP shoqëruese. Nëse pacienti diagnostikohet me infeksion me *H. Pylori*, duhet trajtuar me një nga disa regjime të pranueshme, fillimisht me terapinë e trefishtë, e në rastet kur protokollet e trefishta terapeutike nuk kanë sukses tek *H. Pylori* persistent mund të provohet terapia e katërfishtë. Në rastet kur shkaktari ulceroz është eliminuar, atëherë supresorët e acidit gastrik mund të ndërpriten pas 3 muajsh. Megjithatë, mbajtja afatgjatë nën trajtimin terapeutik me IPP duhet të merret parasysh në të gjithë pacientët e spitalizuar për shkak të komplikimeve më të avancuara të ulcerës gastroduodenale. Pastaj tek të gjithë pacientët me rrezik të lartë për shkak të përdorimit të NSAID's dhe të gjithë pacientët me histori paraprake të ulcerës ose gjakderdhjes gastroduodenale. Duhet konsideruar gjithashtu t'u jepet terapi mbajtëse me IPP duhanpirësve me një histori refraktare të ulcerës gastroduodenale. Si terapi mbrojtëse mund të merret në konsideratë edhe sukrafati i cili vepron në nivel lokal në defektet mukozale, tolerohet mirë dhe herë pas here është i dobishëm si suplement për suprimimin e acidit gastrik.

Në rastet kur ulcera gastroduodenale është avancuar dhe për pasojë vjen deri tek gjakderdhja, perforimi apo pengesat në zbraze atëherë indikohet intervenimi kirurgjik. Trajtimi kirurgjik indikohet edhe në rastet kur ulcera përkundër trajtimit adekuat mjekësor, nuk shërohet dhe paraqet rrezik të lartë për komplikim. Një ulcerë peptike refraktare është ajo me diametër mbi 5 mm që nuk shërohet pavarësisht terapisë 8-12 javore me IPP. Nëse ulcera vazhdon pavarësisht nga adresimi dhe trajtimi i faktorëve të rrezikut të mësipërm, atëherë pacientët e tillë mund të jenë kandidatë për intervenim kirurgjik. Ndërhyrjet kirurgjike përfshijnë vagotominë, gastrektominë e pjesshme apo gastrektominë totale.

Zgjedhja e operimit varet nga një shumëllojshmëri faktorësh, duke përfshirë këtu llojin e ulcerës (duodenale, gastrike, të përsëritura, ose margjinale), gjendjes së përgjithshme të pacientit, si dhe sëmundjet tjera shoqëruese. Po ashtu duhet të konsiderohen faktorët abdominal (inflamacioni duodenal, adhesionet, ose ekspozimi i veshitirë), gjithashtu përvoja dhe preferenca personale e kirurgut operator. Në përgjithësi, procedurat resekuese kanë shkallë më të ulët të përsëritjes së ulcerës, por një shkallë më të lartë të vdekshmërisë krahasuar me ndërhyrjet kirurgjike jo resekuese. Për shkak se përsëritja e ulcerës shpesh lidhet me *H. Pylori* dhe/ose NSAID's, zakonisht menaxhohet në mënyrë adekuate pa rindërhyrje kirurgjike. Kështu reseksioni i lukthit për të minimizuar përsëritjen e ulcerës duodenale shpesh

nuk justifikohet sot. Reseksioni për ulcerën gastrike mbetet standardi i duhur për shkak të rrezikut të kancerit. Kështu që tendencat moderne në intervenimet kirurgjike mund të përshkruhen si "më pak është më shumë".

Përfundim

Si përfundim rekomandohet një qasje e bazuar në prova për sëmundjen e ulcerës gastroduodenale pasi që është një çrregullim shumë i zakonshëm që prek miliona njerëz. Kur nuk trajtohet, ajo ka morbiditet të konsiderueshëm. Shumica e pacientëve me simptoma të ulcerës gastroduodenale paraqiten kryesisht në fillim në kujdesin primar shëndetësor, kështu që është e nevojshme një vetëdije e mirë që nga hallkat e para të sistemit shëndetësor. Dhimbja e barkut mund të imitojë një sërë patologjish të tjera dhe për pasojë të çojë në një vonesë në trajtim. Pasi një evoluim i duhur dhe arritja deri tek diagnoza, çelësi i mëtejshëm i trajtimit është edukimi i pacientit për ndryshimet e stilit të jetesës, të cilat përfshijnë ndërprerjen e pirjes së duhanit, abstenimin nga alkooli dhe pijet me kafeinë dhe shmangien e konsumimit të panevojshëm të NSAID's. Pacienti duhet edukuar apo edhe udhëzuar për konsulta të herëpashërme lidhur me dietën e përditshme, në mënyrë që të shmanget mbipesha që mund të jetë një faktor nxitës për sëmundjen e ulcerës gastroduodenale. Vetëm përmes një qasjeje të duhur ekipore të stafit shëndetësor tek të gjitha hallkat e sistemit shëndetësor, mund të ulet prevalenca e sëmundjes së ulcerës gastroduodenale.

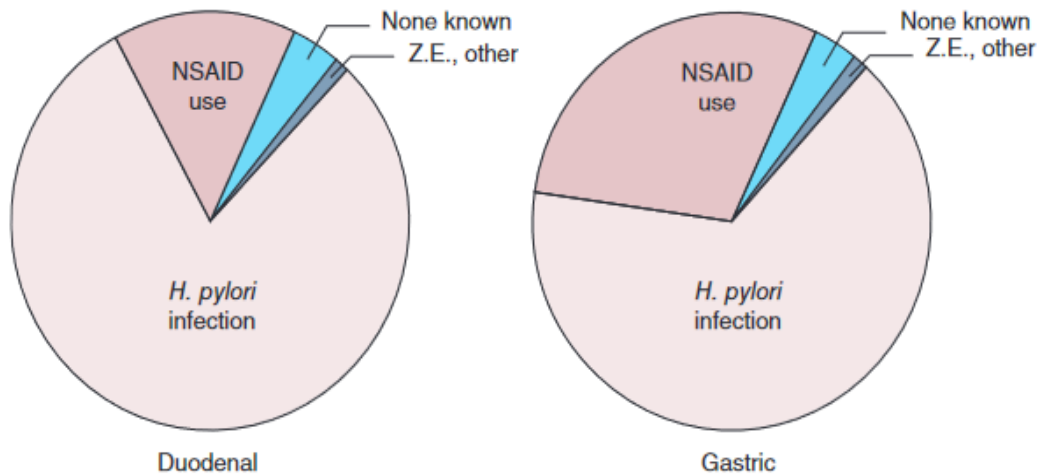


Figura 1. "Shkaktarët" e sëmundjes së ulcerës peptike. Z.E. = Sindroma Zollinger-Ellison. (Spechler SJ: Sëmundja e ulcerës peptike dhe komplikimet e saj, në Feldman M (ed): Slesinger dhe Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, botimi i 7-të. Philadelphia: Saunders, 2002, f. 747. E drejta e autorit Elsevier.)

Referencat:

1. Brunicaardi FC, Anderson D, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. Schwartz' Principles of Surgery, Tenth Edition. McGraw Hill Education; 2010.
2. Farrell J, Ciarán K, Feldman M, Friedman L. Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 2002.
3. Malik TF, Singh K, Gnanapandithan K. Peptic Ulcer Disease. National Library of Medicine. StatPearls Publishing; 2023.
4. Lanis A, Chan FK. Peptic ulcer disease. The Lancet. 2017 Aug 5;390(10094): 613-24.
5. Wang YR, Richter JE, Dempsey DT. Trends and outcomes of hospitalizations for peptic ulcer disease in the United States, 1993 to 2006. Annals of surgery. 2010 Jan 1;251(1):51-8.
6. Chey WD. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline on the management of Helicobacter pylori infection. Am J Gastroenterol. 2007;102:1808-25.

