



Ulcerul gastric și/sau duodenal la copil

Ulcerul gastric și/sau duodenal – leziuni a mucoasei gastrice sau duodenului cu implicarea stratului muscular.
Ulcer refractar – lipsa vindecării după 8 -12 săptămâni de tratament.

Codul bolii (CIM-10): K25; K26; K27

Clasificarea

- După localizare: gastric; duodenal.
- *Helicobacter pylori*: HP pozitiv; HP negativ

Factorii etiologici și de risc

Factorii ereditari

- Factorul ereditar: rude „ulcerose” - risc > de 2,5 ori, ambii părinți cu UG/D - risc > de 3 ori.
- Apartenența HLA (UG: HLA A₃B₇, A₃ B₄₀, B₁₄ B₁₅, iar UD: HLA B₁₈ B₄₀, B₃₅ B₄₀, A₁₀ B₅, A₁₀ B₄₀)
- Antecedentele familiale
- Componenta mucusului gastric
- Scăderea producției locale de bicarbonat
- Creșterea secreției de pepsinogen
- Hipersecreția de gastrină
- Hiperaciditatea
- Antigenul Lewis

Factorii dobândiți

- Infecția cu *H. pylori*.
- Stările psihoemoționale.
- Factorul medicamentos (AINS, glucocorticosteroizii).
- Factorul alimentar.
- Patologiile digestive asociate: anomaliile duodenului, boala Crohn, sindromul intestinului scurt, pancreatita cronică, tumorile pancreatice secretante, ciroza hepatică.
- Patologiile extradigestive: deficitul de alfa1-antitripsină, fibroza chistică, insuficiența respiratorie, cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială, litiaza renală, insuficiența renală cronică și transplantul renal sau hemodializa cronică, policitemia vera, leucemia granulocitară, bazofilă, hiperparatiroidismul, hipercorticosupra renalismul, sepsisul.

Profilaxia

Măsurile de profilaxie primară în ulcerul gastric și duodenal la momentul nu se întreprind.

Profilaxia secundară :

- Preîntâmpinarea factorilor de risc și ai celor ce pot provoca acutizările.
- Profilaxia infecțiilor intercurente ale tractului gastrointestinal și respirator.
- Micșorarea expunerii la stresuri.
- Măsurile educaționale privind combaterea tabagismului pasiv și activ.
- Supravegherea copiilor cu gastrită și/sau duodenită.

Screening-ul

- Screening primar al ulcerului gastric și duodenal nu există.
- Evaluarea anamnesticalui și acuzelor sugestive pentru UG/D.
- Evidențierea activă a pacienților din grupurile cu risc sporit de dezvoltare a UG/D.

Manifestările clinice

- **Manifestări digestive:** dureri abdominale, greață, vomă, pirozis, eructații, regurgitații, meteorism postprandial, digestie dificilă.
- **Manifestări generale:** slăbiciune generală, cefalee.
- **Semne de alarmă:** hematemeză, melenă.
- **Particularități:**
 - ✓ *La copiii mici* – debutul ulcerului este insidios, cu inapetență, grețuri, vărsături, senzații de presiune epigastrică, balonare.
 - ✓ *La copiii mari* – debutul poate fi acut, cu dureri periombilicale și/sau epigastrice, asociate cu manifestările copilului mic.
 - ✓ *La adolescenți* – debutul poate fi atât violent, cât și insidios, în funcție de factorul etiologic, cu dominarea durerii abdominale, concomitent cu inapetență, grețuri, vărsături.
- Indiferent de vîrstă, ulcerul silențios („mut”) are evoluție asimptomatică sau oligosimptomatică, cu debut prin complicații (hematemeză și/sau melenă, perforații).
- **Durerile abdominale** în ulcer se specifică prin: localizare, intensitate, tip, ritmicitate, periodicitate.

Descrierea durerii în UG/D la copil

Durerea/ Tipul ulcerului	Ulcerul gastric	Ulcerul duodenal
Localizarea	epigastrul	hipocondrul drept zona periombilicală din dreapta
Intensitatea	<ul style="list-style-type: none"> ✓ minimă: copilul zîmbește, are o poziție comodă; ✓ moderată: copilul se încrețește, își schimbă mimica, își întrerupe activitatea de pînă la atacul dureros; ✓ severă: copilul se culcă, preia o poză embrionară, este agitat sau poate fi paradoxal de liniștit (în ulcere profunde, cu dimensiuni mari, localizate în regiunea pilorului, cardiei, duodenului, ulcer gastric complicat). 	
Tipul	copilul < 6 ani: senzație de torsiune abdominală; arsură izolată. copilul școlar: caracter de crampe cu/fără senzație de foame dureroasă.	
Ritmicitatea – dureri dependente de mese.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ atacul dureros apare după o perioadă de liniște, ce durează de la 30-90 min. pînă la câteva ore. Particularitate: ✓ cînd cantitatea de alimente ingerate este mai mare și greu digerabilă, durerea poate apărea imediat după ingestie (durere postprandială precoce) și durează mai mult, datorită întârzierii evacuării gastrice. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ după alimentație este o perioadă de liniște de 1,5-4 ore, apoi apare durerea ce poate dispărea după vomă sau alimentație; ✓ dureri nocturne – după 1-4 ore de la culcare, trezind copilul din somn.
Periodicitatea – perioade de dureri dependente de anotimpuri.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ primăvara – toamna: perioadă activă; ✓ vara – iarna: liniște. <p>La 1/3 copii - dureri în pusee cu frecvență de 1 sau 2-3 ori în zi, durata de 15-20 minute. În perioadele dureroase, nu există zile fără durere, ceea ce deosebește durerea UG/D de celelalte dureri abdominale.</p>	

Examenul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui.
- Analiza generală a urinei.
- Examenul materialelor fecale prin coproscopie
- Examenul coproparazitologic.
- Examenul materialelor fecale la sînge ocult.
- Examenul endoscopic cu determinarea germeului *H. pylori*.
- Examenul ecografic al organelor interne.

În caz de necesitate:

Examenul radiologic (prezența contraindicațiilor pentru examenul endoscopic, imposibilitatea efectuării și diagnosticării anomaliilor de dezvoltare).

Diagnosticul diferențial

Maladiile propuse spre diferențiere sunt multiple, datorită manifestărilor clinice comune pentru majoritatea afecțiunilor digestive: *esofagita, gastrita și/sau duodenita, colecistita, litiaza biliară, pancreatita, polipul gastric, sindromul intestinului iritabil.*

Tratamentul

Tratamentul medicamentos:

- tratamentul fazei acute sau tratamentul de scurtă durată (7 zile);
- tratamentul de întreținere sau de lungă durată (4-8 săptăm.).

Ulcerul H. pylori pozitiv prevede eradicarea infecției cu H.pylori (Maastricht IV, 2010).

I linie de tratament – 7 zile

- ✓ IPP + Claritromicină + Amoxicilină, **sau**
- ✓ IPP + Claritromicină + Metronidazol, **sau**
- ✓ IPP + Amoxicilină + Metronidazol.

II linie de tratament – 7 zile

- ✓ Subcitrăt de bismut + IPP + Metronidazol + Tetraciclină, **sau**
- ✓ Subcitrăt de bismut + IPP + Metronidazol + Amoxicilină, **sau**
- ✓ Subcitrăt de bismut + IPP + Claritromicină + Amoxicilină, **sau**
- ✓ Subcitrăt de bismut + IPP + Claritromicină + Tetraciclină.

Terapia de rezervă după antibiogramă – 7 zile

- ✓ IPP + Amoxicilină + Levofloxacină, **sau**
- ✓ IPP + Amoxicilină + Rifabutin, **sau**
- ✓ IPP + Subcitrăt de bismut + Tetraciclină.

⚠ **Notă:** În prima linie de tratament, IPP pot fi înlocuiți cu H2-blocanți.

⚠ **Notă:** Uneori prima linie prevede **quadroterapie din start, în funcție de sensibilitatea H. pylori la Claritromicină, Amoxicilină și Metronidazol.**

⚠ **Notă:** Probioticele sunt administrate concomitent, ca terapie adjuvantă.

BLOCATORII RECEPTORILOR H2

RANITIDINĂ

Tratamentul fazei acute:

- 2-4 mg/kgc/zi, per os, 2 prize; nu mai mult de 300 mg/zi.

Tratament de întreținere:

- 2-4 mg/kgc/zi, per os, 1 priză; max. 150 mg/zi.

FAMOTIDINĂ

- 0,25 mg/kgc, i/v, 2 prize **sau**
- 0,5 mg/kgc, per os, 1 priză, **sau**
- 0,5 mg/kgc, per os, 2 prize, **sau**
- doza maximă 40 mg/zi.

INHIBITORII POMPEI DE PROTONI

OMEPRAZOL

- 0,6-1,2 mg/kgc/zi, per os, 1-2 prize **sau**
- copii 15-30 kg: 10 mg, per os, 2 prize;
- copii > 30 kg: 20 mg, per os, 2 prize.

LANZOPRAZOL

- 0,7-2,0 mg/kgc/zi, per os, 2 prize.
- #### ESOMEPRAZOL
- copii 1-11 ani: 10-20 mg, per os, 1-2 prize;
 - copii 12-17 ani: 20-40 mg, per os, 1-2 prize.

ANTIBACTERIENELE

AMOXICILINĂ

- copii 20 kg: 20 mg/kgc/zi, per os, 2 prize;
- copii > 20 kg: 50 mg/kgc/zi, per os, 2 prize, max. 2-3 g/zi.

METRONIDAZOL

- 15 – 20 mg/kgc/zi, per os, 2 prize.

CLARITROMICINĂ

- 15 mg/kgc/zi, per os, în 2 prize, doza maximă: 500 mg/zi.

TETRACICLINĂ

- copii > 8 ani: 25-50mg/kgc/zi, per os, 4 prize.

AGENȚII DE SUPRAFAȚĂ

AMOXICILINĂ

- 40-80 mg/kgc/zi, per os, 4 prize în tratamentul fazei acute, apoi 2 prize/zi în tratamentul de întreținere sau
- 0,5-1g, per os, 4 prize în tratamentul fazei acute, apoi câte 1 priză/zi în tratamentul de întreținere.

SUBCITRATUL DE BISMUT

- copii 3-6 ani: 5 ml (aproximativ 88 mg) sau 1/3 de comprimat, per os, 4 prize;
- copii 6-9 ani: 10 ml (aproximativ 175 mg) sau 2/3 de comprimat, per os; 4 prize;
- copii 9-12 ani: 15 ml (262 mg) sau 1 comprimat (262 mg), per os, 4 prize.

ANTIACIDELE

5-10 ml, se administrează cu 1,5 – 2 ore după mesele principale și înainte de somn.

PROBIOTICELE

Enterococcus faecium + Bifidobacterium longum

copii 2 ani: 0,5 caps., per os, 2 prize; copii > 2 ani: 1 caps, per os, 2 prize.

În răspuns complet: lipsa semnelor clinice, cicatrizarea ulcerului, eradicarea H. pylori, examen endoscopic și testare H. pylori la 6 luni.

În răspuns incomplet:

- semne clinice discrete, cicatrizarea ulcerului, persistența H. pylori,** se aplică timp de 7 zile o altă schemă de tratament (triplă sau quadriplă).
- semne clinice discrete, micșorarea ulcerului, persistența H. pylori,** se aplică timp de 7 zile o altă schemă de tri- sau quadroterapie, după care 3 săptămâni – numai antisecretozii.
- semne clinice discrete, micșorarea ulcerului,** eradicarea H. pylori, se indică tratament antisecretor timp de 3 săptămâni.

⚠ **Notă:** În lipsa răspunsului - (semne clinice evidente, creșterea sau păstrarea aceluiași dimensiuni ale ulcerului, persistența sau eradicarea H. pylori) este indicată referirea la specialist pentru tratament chirurgical.

Ulcerul indus de AINS: ● sistarea tratamentului cu AINS; ● antisecretozii (H2 - blocanți sau IPP) și antiacide.

Referirea la specialist

- Pacienții cu UG/D în acutizare.
- Pacienții cu UG/D primar depistat în scop de diagnostic diferențial.
- Determinarea necesității spitalizării conform criteriilor de spitalizare.
- Ajustarea tratamentului medicamentos, în funcție de tipul ulcerului, prezența H. pylori.
- În lipsa răspunsului la tratament, pentru reevaluarea criteriilor de spitalizare.

⚠ **Notă:** În caz de urgență (hemoragie digestivă superioară, abdomen acut) necesitatea spitalizării poate fi luată de către medicul de familie.

Criteriile de spitalizare

- Rezistența la tratament.
- Frecvența acutizărilor - mai mult de 2 pe an.
- Ulcere multiple.
- Ulcer gigant.
- Revizuirea indicațiilor pentru intervenție chirurgicală.
- Hemoragie digestivă superioară.

Supravegherea

Regimul de supraveghere:

- În 1 an după acutizare: o dată la 3 luni.
- Ulterior: o dată la 6 luni (primăvara/toamna).

Volumul cercetărilor:

- Analiza generală de sânge, anual.
- Examenul materialelor fecale la sânge ocult, anual.
- Examenul endoscopic la indicații.

⚠ **Notă:** Perioada de supraveghere este pînă la 18 ani. Evidență ulterioară ca persoană adultă cu UG/D

Abrevierile folosite în document:

AINS - Antiinflamatoare nesteroidiene;
FEGDS - Fibrogastroduodenoscopie;

H. pylori - Helicobacter pylori;
IPP - Inhibitorii pompei de protoni

MF - Medic de familie;
UG/D - Ulcer gastric și/sau duodenal

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. _____ din _____ cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie „Ulcerul gastric și/sau duodenal la copil”

Implementat de Ministerul Sănătății în cadrul Proiectului „Servicii de Sănătate și Asistență Socială” cu suportul Băncii Mondiale și Centrului Strategii și Politici de Sănătate

Elaborat în baza Protocolului Clinic Național „Ulcerul gastric și/sau duodenal la copil” (PCN - 124) Elaborat: octombrie 2012