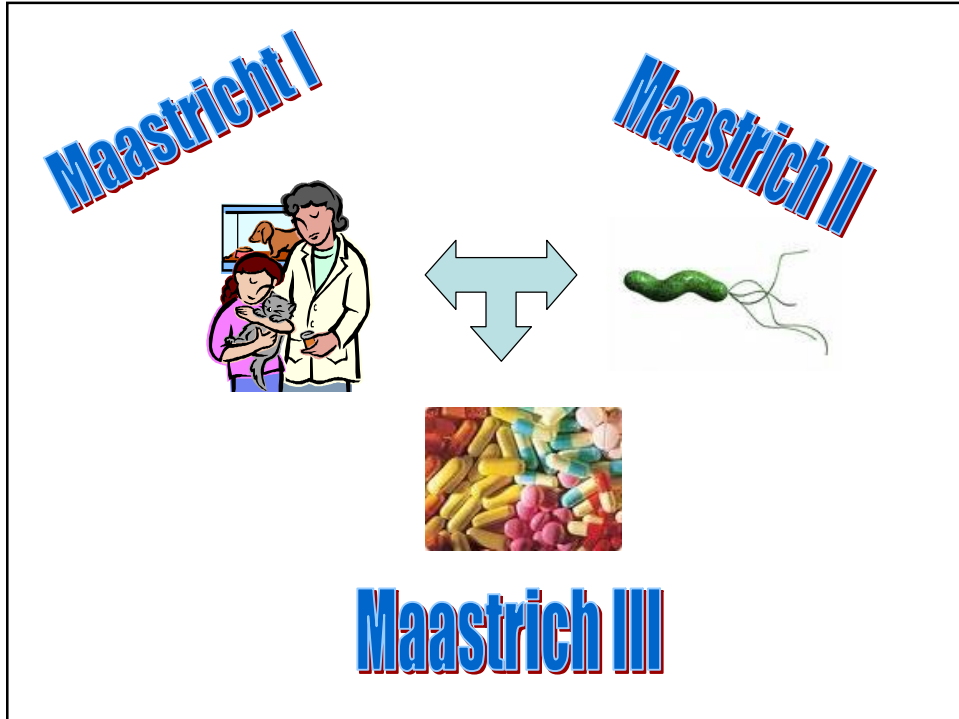


H pylori Kimi nasıl tedavi edelim

Dr.Ender Serin
Başkent Üniversitesi
Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi



Tedavi endikasyonları (Maastricht III)

- Duodenum ülseri
- Mide ülseri
- Atrofik gastrit
- Mide MALT lenfoması
- Non-ülser dispepsi
- Araştırılmamış dispepsi (Hp prevalansı >%10 ise)
- Mide ca. op. sonrası
- Mide ca.lı hastaların 1.derece yakınları
- Açıklanamayan demir eksikliği anemisi
- ITP
- NSAİİ naif hastalarda, NSAİİ başlamadan önce
- GI kanama geçiren uzun süreli aspirin kullananlar
- Hasta isteği (risk ve faydalar tartışıldıktan sonra)

Midenin MALT lenfoması

- Evre I düşük evre
 - *H pylori* ile enfekte
- İlk Rx seçeneği
H pylori eradikasyonu

H pylori – Dispepsi (Eradikasyon önerilenler)

- İncelenmemiş dispepsili hastalarda “test et- tedavi” yaklaşımı uygundur
- *H pylori* ile enfekte, incelenmiş non-ülser dispepsili hastalara verilmeli
- *H pylori* prevalansı düşük toplumlarda (<%20) “test et-tedavi” yaklaşımının etkinliği düşük
 - Ampirik asit baskılanması eşdeğer

NÜD/Dispepsi'li hastalarda *H pylori* sıklığı Türkiye'de %60-70

H pylori – Gastroözofagal reflü hastalığı

- *H pylori* ve GÖRH prevalansı arasında negatif ilişki mevcut
- Batıda *H pylori* eradikasyonu GÖRH'lü hastalarda PPI tedavi sonuçlarını etkilemiyor
- GÖRH'lü hastalarda *H pylori* için rutin test önerilmez
- Uzun süreli idame PPI alacaklara *H pylori* testi önerilir

H pylori – NSAİİ ve Aspirin kullanımı

- Peptik ülser kanama riski
 - *H pylori*: 1.79
 - NSAİİ: 4.86
 - *H pylori* ve NSAİİ: 6.13
- Naif NSAİİ kullanıcılarında *H pylori* eradikasyonu PU ve kanamasını önleyebilir
- Uzun süreli NSAİİ (+), PU (+) ve/veya ülser kanaması olanlarda PPI idamesi > Hp eradikasyonu
- Kanama geçirmiş uzun süreli aspirin kullanıcılarında Hp (+) ise tedavi et

H pylori-Mide dışı hastalıklar

- İdiopatik trombositopenik purpura (ITP)
- Demir eksikliği anemisi (DEA)
- Ateroskleroz
- Serebrovasküler hastalıklar
- Cilt hastalıkları
- Safra taşı
- Halitosis
- Vitamin B12 düşüklüğü

H pylori-Mide dışı hastalıklar Öneriler

• Açıklanamamış DEA

• ITP

H pylori
araştırılmalı,
tedavi edilmeli

H pylori 'nin diğer mide dışı hastalıklardaki rolü kanıtlanmamıştır.

H pylori –Tanı (girişimsel olmayan)

• ¹³C/¹⁴C-üre nefes testi (ÜNT)

• Gayta antijen testi (GAT)

- Poliklonal antikor
- Monoklonal antikor

• İmmünojenik (serolojik) testler

- Kan
- Tükrük
- İdrarda
- Ofis testleri

PPI yalancı (-)'liğe neden olur

-Ofis testleri, tükrük ve idrarda yapılan testler hasta yönetiminde önerilmez.
-Epidemiyolojik çalışmalarda yardımcı olabilir.

H pylori –Tanı (girişimsel olmayan)

- ÜNT: Tanısal doğruluk > %95
- GAT: Toplu halde çalışılırsa avantajlı
Monoklonal olanlar tercih edilmeli
- Serolojik test (kullanım alanları):
 - Yakın zamanda PPI ve antibiotik kullanımı
 - Kanamalı ülser
 - Düşük bakteri yoğunluğu durumları
 - Yaygın mukozal atrofi
 - MALT lenfoma

Tedavi sonrası takip

- *H pylori* eradikasyonu tedaviden en az 4 hafta sonra doğrulanmalıdır.
- Yapılabiliyorsa ÜNT önerilir.
- ÜNT yoksa laboratuvarlar için üretilmiş GAT
 - Tedaviden 6-12 hafta sonra
- Tedavi öncesinde mide ülseri tesbit edilmişse endoskopi tekrarı yapılmalıdır.

Tedavi-Birinci basamak

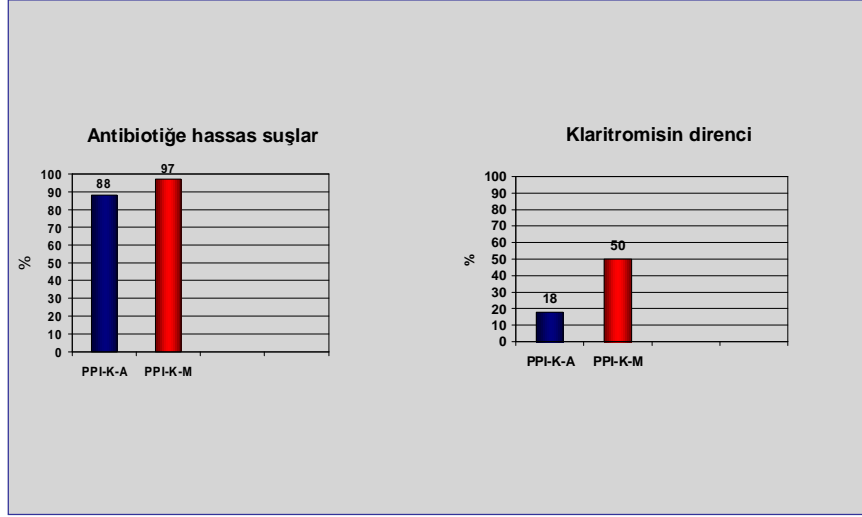
- Tedavi >%80 eradikasyon başarısına sahip olmalı
- Üçlü tedavi
 - PPI (2 kez/gün) / klaritromisin (2X500 mg/gün) / amoksisilin (2X1gr/gün)
 - PPI (2 kez/gün) / klaritromisin (2X500 mg/gün) / metronidazol (2X500mg/gün)
- 14 günlük tedavi daha etkili
- Klaritromisin direnci < %15-20 ise uygun
- Metronidazol direnci < %40 ise tercih edilir
- Dörtlü tedavi ilk basamakta alternatif olabilir
 - PPI + Bizmut + Metronidazol + Tetrasiklin (10-14 gün)

Birinci basamak dünyanın her yerinde önerilir (doz farklılıkları olabilir)

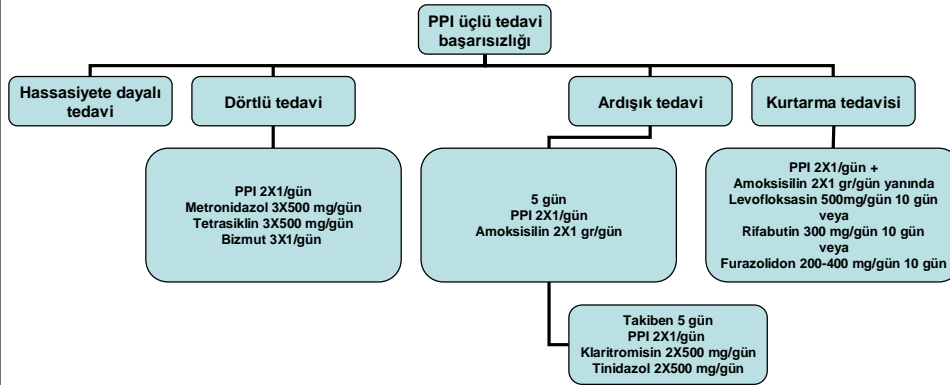
Türkiye'de klasik 3'lü tedavide eradikasyon oranları (2004)

Merkez	Tedavi Protokolü		
	7 günlük	10 günlük	14 günlük
Ankara-YİH 107 hasta		PP: %71,4 ITT: %66,1	PP: %75 ITT: %68
Çok merkezli 279 hasta			PP: %63,6 ITT: %62,3
GATA 92 hasta	%40,2		%54,2
AÜTF 45 hasta	PP: %55,8 ITT: %53,3		PP: %75,6 ITT: %70,8
Başkent-Adana 53/59 hasta	%24,5		%40,7

PPI-K-M / PPI-K-A başarısı



İlk basamak başarısızlığında strateji



İkinci seçenek tedaviler

- Daha önce kullanılmadıysa bizmutlu 4'lü tedaviler tercih edilen seçenek

- Klaritromisin, hassasiyeti gösteril kullanılmalı

Türkiye verileri:

PPI - B - T - A: %81

PPI - B - T - M: %80

PPI - B - A - M: %70-80

PPI - B - K - A: %70

Bizmut bulunamıyorsa;

- PPI-Amoksisilin-Metronidazol başarısı
 - Metronidazole duyarlılarda: %89
 - Metronidazole dirençlilerde: %64
- PPI-Tetrasiklin-Metronidazol: %91 eradikasyon

Maliyet-etkinlik

- Duodenal-gastrik ülserde eradikasyon maliyet etkin
- Kanamalı ülser hastalarında test-tedavi-eradikasyonu kontrol için test tekrarı maliyet etkin
- Fonksiyonel dispepside eradikasyon tedavisi maliyet etkin

Eradikasyonu etkileyen faktörler

- İlaç metabolizmasındaki genetik farklar
- Sigara
- Hastalığın karakteri (NUD / Peptik ülser)
- Tedavi rejiminin karışıklığı
- Antimikrobiyallere direnç
 - Klaritromisin direnci eradikasyon başarısını %56-70 azaltır.

Katılımınız için teşekkürler