

Jari Koskenpato

# Ulkustauti, helikobakteeri-infektio ja krooninen gastriitti

## Keskeistä

- Dyspepsia tarkoittaa ylävatsalle painottuvaa luonteeltaan pitkäkestoista tai vaihtelevaa oiretta, jonka syyt voivat olla moninaiset.
- Ulkustauti liittyy helikobakteeri-infektioon tai tulehduskipulääkkeiden käyttöön.
- Ulkustaudin esiintyvyys ja komplikaatiot ovat vähentyneet merkittävästi Suomessa viimeisen 20 vuoden aikana.
- Tärkeimmät kliiniset erotusdiagnostiset sairaudet ovat refluxitauti ja toiminnallinen dyspepsia.
  - Yhdessä ulkustaudin kanssa nämä kattavat n. 90 % pitkäaikaisista ylävatsavaivoista eli dyspepsiasta.
- Helikobakteerivasta-aineiden määrittäminen tai uloste- tai hengitystesti ja positiivisten hoito ilman endoskopiaa on tehokas ja turvallinen hoito alle 50–55-vuotiaille dyspepsiapotilaille, joilla ei ole hälyttäviä oireita.
  - Toiminnallista dyspepsiaa sairastaville potilaille helikobakteerin hoito vaikuttaa vain vähän itse ylävatsavaivaan, mutta helikobakteeri-infektioon liittyvä ulkustauti tulee hoidetuksi ja helikobakteeriin liittyvät pitkäaikais sairaukset (atrofinen gastriitti, pernisiösi anemia ja syöpäriski) tulevat eliminoiduiksi.
- Jos dyspepsiaan liittyy hälyttäviä oireita tai se ilmaantuu ensi kertaa yli 50–55-vuotiaalle, ei hoitoa pidä aloittaa ennen gastroskopiaa.
- Jos ventrikkeli- tai duodenaali-

ulkuspotilaalla todetaan helikobakteeri, se on aina syytä hoitaa.

## Peptisen haavan hoito (sekä ventrikkeli- että duodenaaliulkus)

- Helikobakteerin häätöhoito (ks. alla) on ensisijainen hoito aina, kun helikobakteeri-infektio on todettu ulkuspotilaalla.
  - Duodenaaliulkuspotilaan hoitoksi riittää viikon mittainen helikobakteerin häätö, jonka onnistuminen varmistetaan.
  - Ventrikkeliulkuspotilaalla protonipumpun estäjä (PPI) -lääkitystä jatketaan, kunnes haavan parantuminen on varmistettu ja koepaloin todettu, ettei kyseessä ole maligniteetti.
- Kaikkien ulkuspotilaiden on syytä lopettaa tupakointi ja tulehduskipulääkkeiden käyttö.

## Helikobakteeri-infektio

### Epidemiologia

- Suomessa helikobakteeri-infektion esiintyvyys vuosina 1915–1935 syntyneillä on 70–50 %, vuosina 1955–1975 syntyneillä 35–15 % ja vuoden 1990 jälkeen syntyneillä alle 10 %.
- Yleensä tulehdus on oireeton, mutta 10–20 %:lla potilaista tulehdus johtaa vuosien kuluessa maha- tai pohjukaissuolihaavan kehittymiseen, ja se lisää mahasyövän riskiä 2–6-kertaiseksi. Nykyisin maahanmuuttajilla helikobakteeria esiintyy lähes iästä riippumatta n. 70 %:lla.



## Diagnoosi

- Aikaisemmin hoitamattomilla potilailla ennen endoskopiaa suositeltavia testejä ovat IgG-luokan vasta-ainemääritys, 13C-ureahengitystesti tai ulosteen antigeenimääritys.
- Nykyisin on saatavana PCR-tekniikkaan perustuva ulosteen helikobakteeritesti, joka osoittaa myös mahdollisen klaritromysiiniresistenssin.
  - Happosalpaajahoito tulee lopettaa 2 viikkoa ja antibiotekehoitus 4 viikkoa ennen helikobakteerin ulostetestausta, ja molemmat 2 viikkoa ennen hengitystestiä. Hoidon onnistumista kontrolloitaessa kumpikin tehdään aikaisintaan neljä viikkoa häätöhoiton loppumisesta. Vasta-ainemääritys ei sovellu hoidon onnistumisen seurantaan. Ellei hoitoja lopeteta tai testi tehdään liian varhain, saat-taa tulos olla väärä negatiivinen.

**TAULUKKO 1.** Suositus aikuisten helikobakteeri-infektion hoidosta (Käypä hoito 2013)

Primaarihoito	Uusintahoido yhden epäonnistuneen hoidon jälkeen
Happopumpun salpaaja, normaali annos <sup>1)</sup> + klaritromysiini 500 mg + amoksisilliini 1 g, kaikki × 2/vrk viikon ajan	Happopumpun salpaaja, normaali annos <sup>1)</sup> × 2 + amoksisilliini 1 g × 2 + levofloksasiini 500 mg × 1/vrk, kaikki 10 vrk:n ajan
Penisilliiniyliherkille <sup>2)</sup> : happopumpun salpaaja, normaali annos <sup>1)</sup> × 2 + klaritromysiini 250 mg × 2 + metronidatsoli 400 mg × 3/vrk, viikon ajan	Penisilliiniyliherkillä <sup>2)</sup> amoksisilliinin voi korvata tetrasykliinillä 500 mg × 4/vrk.

<sup>1)</sup> Omepratsoli 20 mg, esomepratsoli 20 mg, lansopratsoli 30 mg, pantopratsoli 40 mg tai rabepratsoli 20 mg

<sup>2)</sup> Epäselvässä tilanteessa testataan penisilliiniyliherkkyys.

Näin on yleensä tapahtunut, kun käytännön työssä potilas kertoo, että "helikobakteeri on hoidettu mutta se on tullut takaisin".

- Endoskopian yhteydessä histologia on paras menetelmä, mutta siihen liittyy vastauksen valmistamisen aikaviive. Käytännössä tämä ei yleensä ole ongelma, koska hoito voidaan aloittaa jo pelkällä PPI-lääkkeellä ennen helikobakteeritulosta.
- Oireettoman väestön helikobakteeriseulontaan ja -hoitoon ei ole perusteita.

#### Helikobakteeri-infektion hoito

- Duodenaali- tai ventrikkeliulkus potilaalla, jolta löytyy helikobakteeri, on aina aihe helikobakteeri-infektion hoitamiseen<sup>A</sup>.
- Helikobakteerin häätöhoito voidaan antaa myös ilman endoskopiaa alle 50–55-vuotiaalle helikobakteeripositiiviselle dyspepsiapotilaalle, jolla ei ole hälyttäviä oireita.
- Nykyisin suositellaan helikobakteerin häätöhoitoa myös toiminnallisissa dyspepsiassa perustellisten tutkimusten jälkeen, vaikka kontrolloiduissa tutkimuksissa dyspepsiaoireet eivät ole juuri vähentyneet.
- Totetun helikobakteeri-infektion hoito on aiheellinen myös epäselvässä raudanpuuteanemiassa ja idiopaattisessa trombosytopeeniassa.

#### Aikuisen helikobakteeri-infektion hoitosuositus

##### ■ KS. TAULUKKO 1.

Huomioitavaa hoidon yhteydessä

- Nykysuositusten mukainen häätöhoitotulos Suomessa on n. 80 %.
- Helikobakteerin häätöhoidon onnistuminen on aina kontrolloitava, koska kyseessä on elinikäinen krooninen infektio.
- Avohoidossa häätöhoidon kontrolli onnistuu helpoiten ulosteantigeenitestillä tai hengitystestillä, jotka ovat varsin tasavertaisia, ja niiden herkkyys ja tarkkuus oikein toteutettuna on yli 90 %. Kontrolli kannattaa tehdä vähintään 1 kk hoidon päättymisen jälkeen.
- Vasta-ainepitoisuudet laskevat häädön jälkeen liian hitaasti, joten niitä ei voi käyttää hoidon kontrollointiin.
- Anamnestinen penisilliiniallergia kannattaa herkästi testata, koska amoksisilliini on oleellinen mikrobilääke helikobakteerin häätöhoidossa.
- Suomessa n. 40 % helikobakteereista on metronidatsoliresistenttejä.
- Tupakointi kuurin aikana heikentää hoitotulosta.

- Jos toinenkin kuuri epäonnistuu, kannattaa potilas lähettää gastroenterologille, jolloin gastroscopian, histologian ja helikobakteeriviljelyn jälkeen mietitään hoidon välttämättömyys ja mahdolliset lääkekombinaatiot.
- Uudenmaan alueen (vuoden 2016 analyysi) toistuvasti hoitoresistenteistä helikobakteereista 40 % on klaritromysiiniresistenttejä ja 65 % metronidatsoliresistenttejä, mutta vain alle 5 % on amoksisilliini- tai tetrasykliiniresistenttejä.
- Helikobakteerin klaritromysiiniresistenssin lisääntymisen takia eurooppalainen helikobakteerihoitosuositus on päivitetty 2016. Suomessa tätä ei ole mahdollista täysin soveltaa, koska vismutti-valmisteita ei ole tällä hetkellä saatavissa.

#### Krooninen gastriitti

- Helikobakteeri-infektio on tärkein kroonisen gastriitin syy. Suurimmalla osalla gastriitti on oireeton.
- Helikobakteeri aiheuttaa aina ainakin histologisen kroonisen gastriitin, mutta se ei siis välttämättä näy heti täyhystystutkimuksessa.
- Krooninen gastriitti on diagnosoitavissa vain histologisesta näytteestä.
- Onnistuneen helikobakteerihoidon jälkeen krooniset tulehdusmuutokset häviävät vuosien kuluessa.
- Korpusatrofia ja mahan hapotto-

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista  
[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)  
 Jari Koskenpato  
 © 2016 Kustannus Oy Duodecim

muus voi helikogastritiin ohella olla ns. autoimmuunigastriitin aiheuttama. Vuosien kuluessa potilaalle kehitytty B<sub>12</sub>-vitamiinin puutos ja mahdollinen megaloblastinen anemia.

- Atrofinen gastriitti lisää lievästi mahasyövän ja korpusatrofia mahakarsinoidin ilmaantumista.
  - Säännöllistä gastrokopiaseurantaa suositellaan tehtäväksi 3–5 vuoden välein, jos potilaalla on totaaliatrofia.
  - Parantuneessa helikogastritis-ta todetaan usein osittaisia tai läiskittäistä atrofiaa, joka ei vaadi seurantaa. Atrofian seuranta tulee suhteuttaa potilaan ikään ja yleistilaan, koska kyseessä on riskitekijän tarkkailu.
- Harvinaisempina vaihtoehtoina kroonisen gastriitin erotusdiagnoosiikassa tulee muistaa mm.
  - Crohnin taudin gastriitti
  - muiden mikrobien kuin helikobakteerin aiheuttamat gastriitit (erityisesti hapoton maha)
  - erosiivinen gastriitti (tulehduskipulääkkeet, alkoholin käyttö)
  - portahypertensiivinen gastropatia (maksakirroosipotilailla)
  - eosinofiilinen gastriitti
  - Ménétrier'n tauti (harvinainen hypoproteineminen hypertrofisen gastropatia)
  - joskus gastriitin tapaan salakavalana ilmenevä ventrikkelin linitis plastica -karsinooma.

## Kirjallisuutta

1. Koivisto T. Helicobacter pylori: resistance and treatment results in Finland. Väitöskirja. Helsingin yliopisto / Lääketieteellinen tiedekunta 2008.
2. Incidence and complications of peptic ulcer disease requiring hospitalisation have markedly decreased in Finland. Malmi, H., Kautiainen, H., Virta, L. J., Färkkilä, N., Koskenpato, J. & Färkkilä, M. A. maaliskuuta 2014 julkaisussa : Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 39, 5, s. 496–506.
3. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report. Malfertheiner P ym. IGut 2016;0:1–25. doi:10.1136/gut-jnl-2016-312288.