

19.3. Peptik Ülser Hastalığı

Çağrı BÜYÜKKASAP¹

Peptik ülser hastalığı (PÜH), gastrik asit ve pepsinin gastrointestinal kanalın epitelden muskularis propria tabakasına kadar olan iç tabakalarında hasar geliştirmesi ile karakterize sınırları belirli bir doku kaybıdır. Ülser en çok mide ve proksimal duodenumda görülür ancak alt özofagus, distal duodenum ve jejunumda da gelişebilir.

Yaşam boyu PÜH gelişme riski %5-10 arasındadır. Duodenal ülserler mide ülserlerinden dört kat daha sık görülür. Ayrıca duodenum ülseri erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür. Genel olarak yaş ilerledikçe peptik ülser insidansı artmaktadır. Ülkemizde duodenal ülser en sık 20-50 yaş, gastrik ülser ise 30-60 yaş grubunda görülmektedir. Birinci derece akrabasında PÜH hikayesi olanlarda görülme sıklığı artar.

ETİYOLOJİ

PÜH'ün çeşitli nedenleri vardır. Sigara içmek peptik ülser riskini 2 kat artırır. Alkol mide mukozasında irritasyona ve asidite artışına neden olabilir.

Peptik Ülser Hastalığının Nedenleri;

1. *Helicobacter pylori* enfeksiyonu (HP): En sık nedendir. Bu bakteri duodenum ülserlerinin %95'inden ve mide ülserlerinin %70-90'ından sorumludur. H. pylori mide epitel hücrelerinde bulunan Gram negatif bir basildir. Organizma, mide mukozasına adhezyonunu sağlayan ve mide mukozasında inflamasyona sebebiyet veren virülans faktörlerine (ürez, CagA/VacA, flagella) sahiptir.

Ürez üreyi amonyağa yıkarak mide asidini nötralize ederek bakteriyi midenin asidik ortamından korur.

CagA/VacA toksinleri mukozada inflamasyona ve doku hasarına neden olur.

Flagella bakterinin mide epiteline doğru ilerlemesini sağlayan hareket organeldir.

2. *Non Steroid Antiinflatuar İlaçlar (NSA-II)*: İkinci en sık nedendir. Duodenum ülserlerinin % 4-5'inden ve mide ülserlerinin %15-30'undan sorumludur. COX-1 enzimini inhibe ederek mide koruyucu etkisi olan

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., cagribk@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *Lancet*. 2017;390(10094):613-624. doi:10.1016/S0140-6736(16)32404-7
2. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(3):345-360. doi:10.1038/ajg.2011.480
3. Malfertheiner P, Chan FK, McColl KE. Peptic ulcer disease. *Lancet*. 2009;374(9699):1449-1461. doi:10.1016/S0140-6736(09)60938-7
4. Sung JJ, Kuipers EJ, El-Serag HB. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009;29(9):938-946. doi:10.1111/j.1365-2036.2009.03959.x
5. Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011;84(2):102-113. doi:10.1159/000323958
6. Kamolz T, Granderath FA, Bammer T, Pasiut M, Pöintner R. The surgical treatment of peptic esophagitis: a 27-year retrospective analysis. *Surg Endosc*. 2002;16(7):1037-1041. doi:10.1007/s00464-001-9140-0
7. Hsu SD, Kutler DI, Poppers PJ. Surgical management of peptic ulcers. *Otolaryngol Clin North Am*. 1997;30(3):437-451. doi:10.1016/s0030-6665(05)70571-1
8. Lau JY, Barkun A, Fan DM, et al. Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. *Lancet*. 2013;381(9882):2033-2043. doi:10.1016/S0140-6736(13)60496-4.