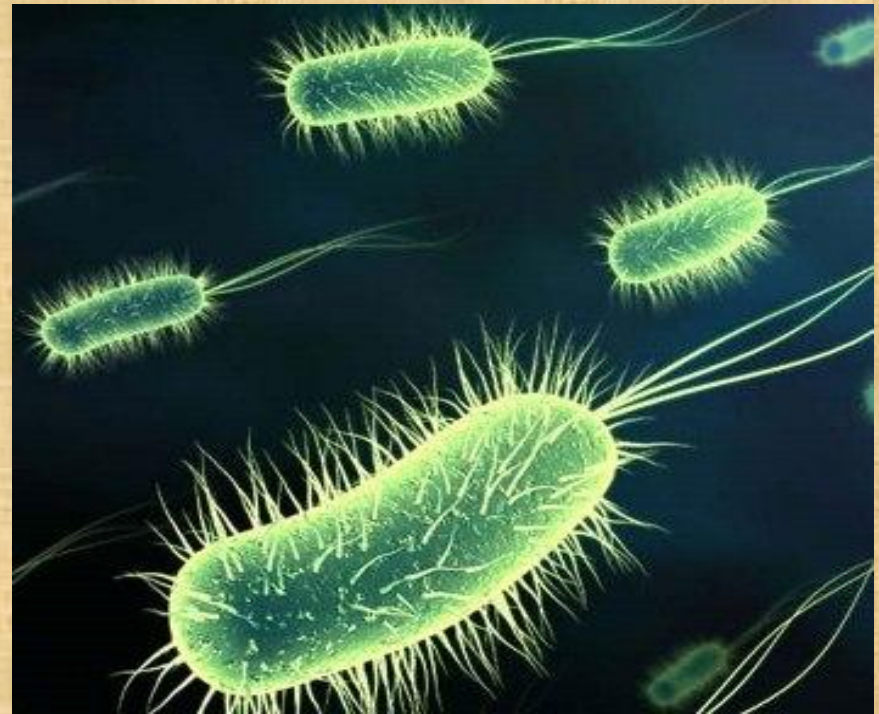


Kết quả đồng thuận về chỉ định tầm soát, test chẩn đoán và chỉ định điều trị *H. pylori* ở trẻ em

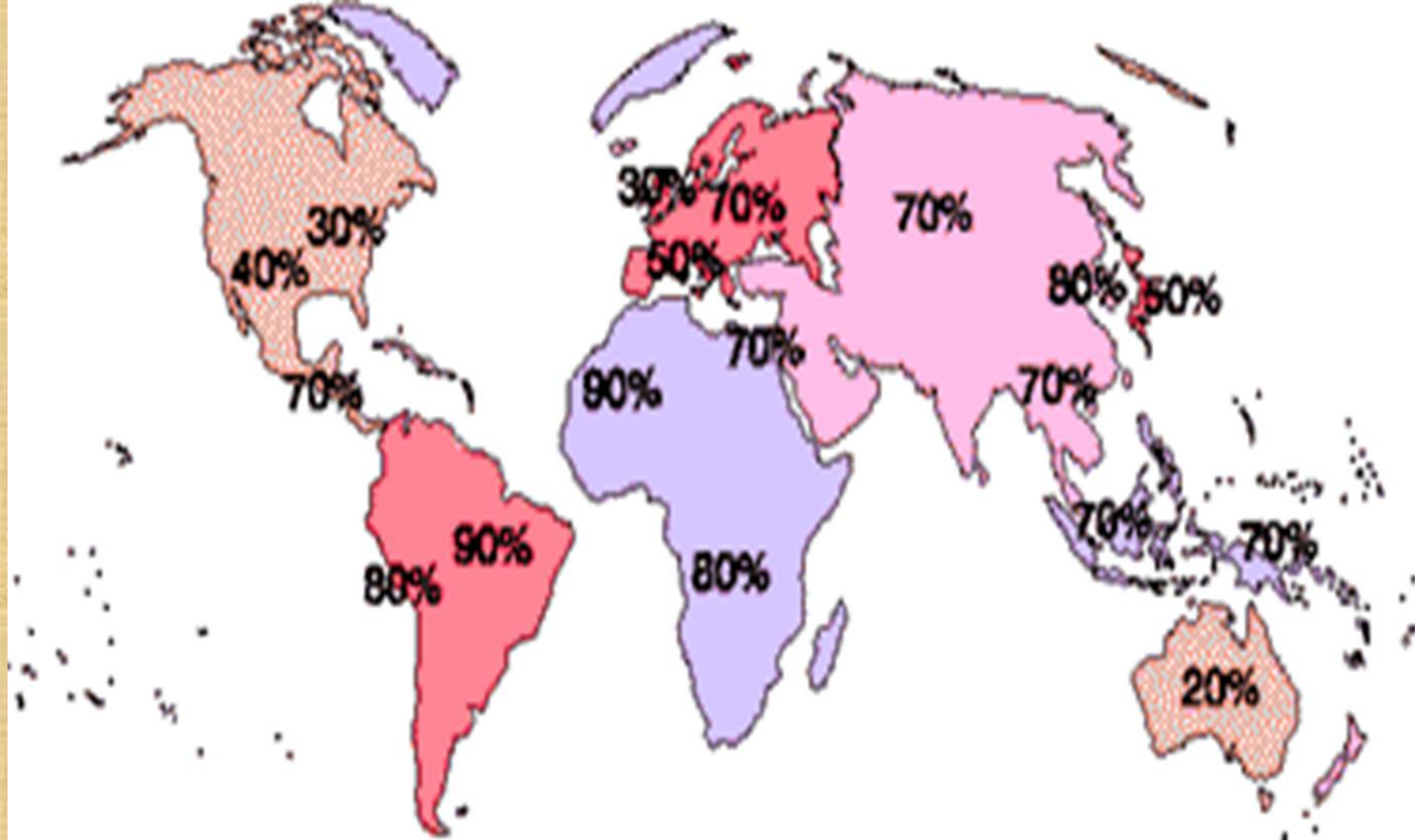


Nội dung trình bày

Kết quả đồng thuận tại Hội nghị Tiêu Hóa – Gan Mật 2013 dựa theo hướng dẫn của ESPGHAN & NASPGHAN 2011:

1. Đối tượng nào nên được tầm soát
2. Test nào nên được sử dụng
3. Chỉ định điều trị

Tình hình nhiễm *H. pylori*



- Hp gây nhiễm 50% dân số thế giới. Trẻ em (dưới 10 tuổi) là thời điểm dễ nhiễm Hp nhất.
- Tỷ lệ nhiễm Hp ở trẻ em là 10% ở các nước phát triển và trên 80% ở nước đang phát triển.

Có nên tầm soát Hp ở trẻ đau bụng mạn không?

- Không áp dụng nội soi và các test chẩn đoán nhiễm Hp cho tất cả trẻ đau bụng.
- Bệnh nhân bị đau bụng mạn cần được khám lâm sàng và làm xét nghiệm loại trừ nguyên nhân đau bụng ngoài đường tiêu hóa trước khi làm test chẩn đoán nhiễm Hp.

ĐAU BỤNG

ĐAU BỤNG CẤP

ĐAU BỤNG MÃN

**CÓ NGUYÊN NHÂN
THỰC THỂ**

**ĐAU BỤNG CHỨC
NĂNG**

GIẢI PHẪU

NHIỄM TRÙNG

**KHÓ TIÊU
CHỨC NĂNG**

**HC RUỘT
KÍCH THÍCH**

CHUYỂN HÓA

VIÊM

**HC ĐAU BỤNG
CHỨC NĂNG**

**ĐAU BỤNG
MIGRAIN**

**CÓ DẤU HIỆU
CẢNH BÁO**

KHÔNG TẦM SOÁT HP

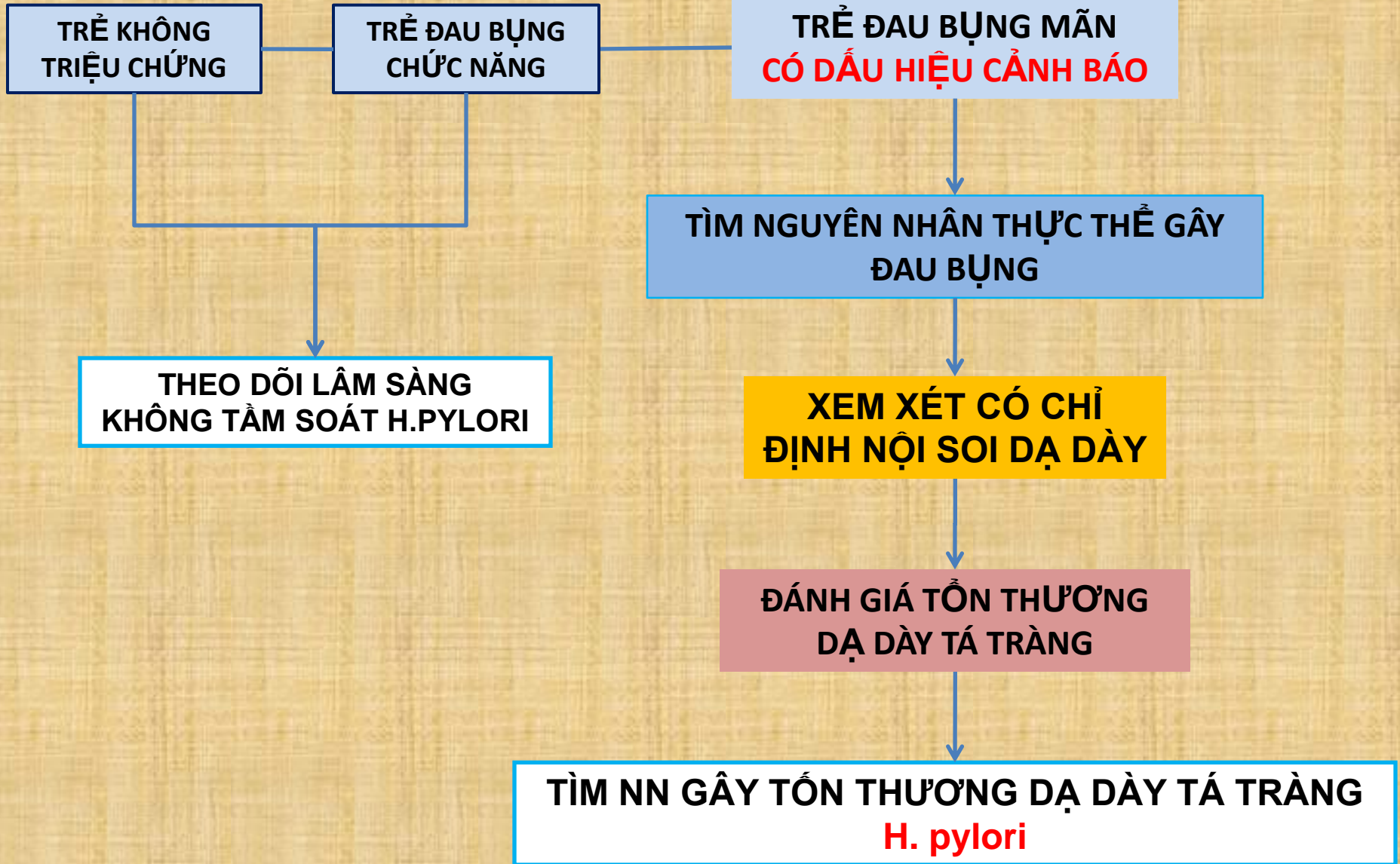
- Tuổi < 5 tuổi
- Đau ngoài điểm quanh rốn
- Cơn đau thức giấc buổi tối
- Ói mửa nặng, ói máu, tiêu máu
- Sụt cân KRNN / Đứng cân
- Tiêu chảy kéo dài nặng

- Tiêu khó, tiêu máu
- Khó nuốt
- Đau khớp
- Sốt không giải thích được
- Tiền sử gia đình có người bệnh viêm ruột mạn, ung thư dạ dày

- Ấn đau ¼ trên phải hoặc ¼ dưới phải.
- Sờ thấy khối ở bụng
- Gan to, lách to
- Ấn đau trên cột sống hoặc góc sườn cột sống
- Bất thường quanh hậu môn
- Các dấu hiệu thực thể bất thường khác

- Máu ẩn trong phân
- VS tăng
- BC/máu tăng
- Thiếu máu
- Giảm albumin/máu

Dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân thực thể ở trẻ đau bụng mãn



Đối tượng cần tầm soát

1. Trẻ có loét đường tiêu hóa phát hiện qua nội soi hoặc XQ cản quang đường tiêu hóa.
2. Trẻ có ba mẹ bị ung thư dạ dày.
3. Trẻ có thiếu máu thiếu sắt kháng trị đã loại trừ các nguyên nhân khác.
4. Trẻ đau bụng mạn gợi ý viêm loét DD-TT.

Các test chẩn đoán Hp

- 1) **Xâm lấn**: Sinh thiết – Mô học, Urease test, Nuôi cấy và PCR.
- 2) **Không xâm lấn**: Kháng nguyên/phân (HPSA), Test hơi thở Urea, HT chẩn đoán, kháng thể trong nước tiểu và nước bọt.

Các test chẩn đoán Hp

	RUT	Histology	PCR	Culture	C13 – UBT	IgG	HPSA
Sensitivity	75-100	66-100	96-100	55-96	75-100	50-100	96.6-98
Specificity	85-100	94-100	94-100	100	77-100	70-98	94.7-100
PPV	83-100	100	NA	100	90-100	72-92	25-98
NPV	94-96	96	NA	96	90-100	90-100	89-100

***Helicobacter pylori* diagnostic tests in children: review of the literature from 1999 to 2009**

Jeannette Guarner • Nicolas Kalach • Yoram Elitsur • Sibylle Koletzko

Các test chẩn đoán

- Khi NSDD-TT nên sinh thiết 2 mẫu ở 2 vị trí thân vị và hang vị
- Chỉ dùng Test thở và HPSA để xác định tình trạng nhiễm và diệt Hp.
- Test huyết thanh chỉ dùng để nghiên cứu dịch tễ chứ không áp dụng vào chẩn đoán và điều trị.
- Sinh thiết dạ dày hoặc các test không xâm nhập (test thở, test phân) nên tiến hành sau khi ngừng PPI ≥ 2 tuần và ngừng kháng sinh ≥ 4 tuần.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm Hp

1 tiêu chuẩn
Cấy (+)

2 tiêu chuẩn

GPB(+)



Test nhanh Urea(+)

Test thở (+)

HPSA (+)

Chỉ định điều trị viêm – loét dạ dày tá tràng do Hp

- Tất cả trường hợp loét dạ dày tá tràng có Hp (+).
- Trẻ có tiền căn loét DDTT, hiện Hp(+).
- Viêm teo dạ dày kèm chuyển sản ruột.
- Trẻ có tổn thương viêm trên nội soi, Hp dương tính:
 - ❖ Ba hoặc mẹ bị loét/ung thư dạ dày => điều trị
 - ❖ Không tiền căn gia đình=> cân nhắc điều trị
- Trẻ có triệu chứng lâm sàng gợi ý bệnh lý dạ dày tá tràng, dù có Hp (+) qua test thở/test phân **cũng cần được làm nội soi tiêu hóa trước khi quyết định điều trị.**

Thanks for your attention!



Bàn luận về chỉ định tầm soát

- Có mối liên quan giữa nhiễm *Hp* & ung thư dạ dày, MALT – lymphoma
- WHO (1994): *Hp* là nguyên nhân gây ung thư 1
- Meta-analysis: nguy cơ ung thư dạ dày tăng 1-2 lần ở BN nhiễm *Hp*, diệt *Hp* làm giảm nguy cơ UTDD
- Người có tiền sử gia đình bị UTDD được xem là nhóm nguy cơ cao (liên quan tới gen, môi trường, và nhiễm *Hp* cùng chủng)
- 70% lymphoma MALT dạ dày được điều trị thành công bằng diệt *Hp*
- Quần thể có tỉ lệ UTDD cao => cần phải sàng lọc UTDD và trẻ em nên được sàng lọc nhiễm *Hp* (giám sát trẻ có thiếu sản hoặc dị sản ruột).
- Nhiễm *Hp* có thể là nguyên nhân TMTS & các test không xâm nhập không xác định được nguyên nhân hoặc/và điều trị thiếu máu thiếu sắt không hiệu quả => có thể chỉ định NSDD-TT, sinh thiết niêm mạc, test và nuôi cấy *Hp*.
- Các bằng chứng hiện tại (các nghiên cứu can thiệp): điều trị diệt *Hp* có hiệu quả cho bệnh nhân TMTS.
- Cần có thêm các nghiên cứu xác định nhiễm *Hp* có phải là nguyên nhân gây thiếu sắt.
- Có nhiều biểu hiện ngoài đường tiêu hóa được cho là có liên quan tới nhiễm *Hp*
- Tuy nhiên các bằng chứng gần đây không đủ để khẳng định điều này.

Bàn luận về test chẩn đoán

- Độ nhạy của phương pháp xâm nhập:
 - Mô bệnh học 66-100%
 - Test nhanh urease 75 - 100%
- Nhận định kết quả:
 - Khi 2 test cùng (+) => tăng giá trị chẩn đoán
 - Kết quả 2 test không giống nhau => chỉ định test không xâm nhập (test thở và test phân)
 - Nếu chỉ 1 kết quả dương tính (nuôi cấy/mô bệnh học) và có loét chảy máu => có thể bắt đầu liệu pháp KS diệt *Hp*
- Meta-analysis cho thấy, độ nhạy của các test chẩn đoán xâm nhập giảm và độ đặc hiệu cao trong trường hợp loét đang chảy máu.
- Độ nhạy và đặc hiệu của các test dựa vào nồng độ kháng thể dao động lớn.
- IgG đặc hiệu vẫn dương tính sau vài tháng - vài năm sau khi nhiễm trùng đã được giải quyết => không khuyến cáo sử dụng trong lâm sàng.
- Nồng độ kháng thể thay đổi theo tuổi => độ nhạy thấp ở trẻ nhỏ:
 - IgA chỉ dương tính ở 20 – 50% trẻ nhiễm *Hp*
 - IgG có độ nhạy tốt hơn IgA nhưng vẫn thấp ở trẻ em so với người lớn.
- Kháng sinh và thuốc giảm tiết acid có thể làm test âm tính giả do làm giảm lượng vi khuẩn.

Bàn luận về chỉ định điều trị

- Chưa có đủ bằng chứng chứng minh mối quan hệ nhân quả giữa viêm dạ dày do HP không có loét và đau bụng => điều trị diệt HP có thể không cải thiện tình trạng đau bụng
- HP làm gia tăng nguy cơ gây ung thư dạ dày tá tràng nhưng yếu tố gây ung thư bị ảnh hưởng bởi các yếu tố độc lực của vi khuẩn, đáp ứng của cơ thể và môi trường tác giữa cơ thể và vi khuẩn
- Quyết định điều trị diệt HP cho trường hợp viêm dạ dày tá tràng không có loét phụ thuộc vào sự đánh giá của bác sỹ, sự cân nhắc giữa bác sỹ và gia đình về các nguy cơ tiềm tàng & hiệu quả khi áp dụng điều trị trên từng cá thể

Mục tiêu

Cần có sự thống nhất trong việc đưa ra chỉ định và các test tầm soát Hp cũng như chỉ định khi nào thì điều trị cho trẻ em vì:

- Vấn đề chỉ định trong việc tầm soát Hp còn tràn lan.
- Khi lâm sàng có chỉ định tầm soát Hp thì các test được làm không phù hợp và thời gian thực hiện test không đúng cũng cho kết quả vô nghĩa.
- Mặc khác, khi nào mới điều trị Hp cũng còn đang có nhiều tranh cãi.