TABLE 50-11 Prevention of Peptic Ulcer Disease in Patients Receiving Chronic NSAID Therapy

	Low Gastrointestinal Risk[a]	High Gastrointestinal Risk[b,c]
Low Cardiovascular Risk	Nonselective NSAIDs	Nonselective NSAIDs plus PPI; celecoxib plus PPI[d]
High Cardiovascular Risk[e]	Naproxen; add PPI if patient is taking aspirin	No NSAIDs; naproxen plus PPI; low-dose celecoxib plus aspirin plus PPI may be an alternative option[f]

a No risk factor

b Presence of risk factors (patients 60 years or older, history of peptic ulcers, receiving concomitant antiplatelet agents, anticoagulants, corticosteroids, or selective serotonin reuptake inhibitors).

c In patients with prior history of ulcers, adopt test-and-treat strategy to exclude H. pylori infection.

d Consider when patients have complicated ulcer history or presence of multiple risk factors.

e Use risk calculator (eg, Framingham or ASCVD risk calculators) to estimate cardiovascular risk on the basis of several variables. Patients with a history of cardiovascular events or diabetes are considered high cardiovascular risk.

f NSAIDs with increasing selectivity for COX-2 (ie, celecoxib) have been associated with increased cardiovascular risk, and this risk appears to be increased in patients with established cardiovascular disease. Patients with cardiovascular disease or risk factors, recommendations for pain management (in the order listed) include: acetaminophen, aspirin, tramadol, opioids (short-term), nonacetylated salicylates (eg, diflunisal), NSAIDs with low COX-2 selectivity (eg, naproxen), NSAIDs with some COX-2 selectivity (eg, nabumetone), and COX-2 selective agents (ie, celecoxib).

e => (diabitis / smooking / BP / age / lipid profile / race / gender / hypertion / On treatment) statin / aspirin

lifestyle / wiegnt / history

low CV risk < 5%

intermedit, mooret 5-20% / high risk > 20%

الجزء الثالث من ال PUD
28/11 من دقيقة (1-24)

* لو المريض ال GI عنده تمام وما عنده اي risk factor انه ال NSAID تعمل عنده ulcer بس مع هيك ما في داعي upselute ممكن حد سليم ما عنده اي مشاكل وما بياخد ادوية وممكن يصير عنده ulcer وما عنده CV بنعطي non-selective NSAID ما عندي شروط بظل بس الخيار حسب ال Frequncy او انه ما ناسبه بعطي خيارات تانية

يعني هون الدواء لحكي عن ال prevention يعني انا ما ضمنت المريض صح زيادة ماكل ادوية او ما اعطيه متلازم ال NSAID حبة PPI

* لو كان شخص صغير بالعمر وما عنده CV risk وما عنده مشاكل بالقلب او الشرايين بس عنده مثلا high GI risk عنده مثلا previous ulcer او بياخد SSRI او عنده اكتئاب هون بيجي رأي الطب ال high على ال lower بعطي PPI + celecoxib او (high risk لانه) PPI + non-selective
↳ safe on GI
بس على حساب ال CV
بس هو عنده low

مثلا عندي two regimens (PPI + Ibuprofen) / (PPI + celecoxib) ←
بعني هون في خيارات لم الحكم اعطي للناس اللي عندهم multiple risk factor on GI

* لو كان المريض عنده GI risk ↓ بس CV risk ↑ (يعني عنده MI قبل او diabetis)
هون بيجي رأي ال CV على حساب ال GI بعطي هون ال Naproxin هو the safest NSAID on heart بس هو مزعج على ال GI / صفاتي المريض بكون باخد اسبرين for 2°, 1° prevention اذا بياخد NSAID + aspirin يعني هو dual GI يعني بعطيه PPI

↳ risk equevilent
بعاملة كأنه عنده مشاكل
احنا بناخد اكثر من شغلة في حساباتنا

Five Apple

اذا كان المريض عنده GI risk↑ مع CV risk↑ بدنا نحاول ما نعطي NSAID

طبعا لو كان الألم بفيد نعطي إياه Acetaminophen , tramadol , opioid

ممكن نعطي (PPI + naproxen) / (PPI + ↓dose celecoxib)

ما في عنا إشي perfect احنا بنجرب مع المريض

الدكتورة قرأت الفقرة

فتدرج فيهم حسب ال selectivity

- ✓ Surgical Management

nonpharmacoligical treatment

شخص جربت معاه الادوية وتجنب الاشياء اللي بتزيد ال GI , CV
و نتحكم في بال endoscopy

- Surgery is still occasionally required for intractable symptoms, GI bleeding, Zollinger– Ellison syndrome, and complicated PUD. (bleeding , obstruction , perforation (صار في ثقب emergency) amelase ويرفع ال البنكرياس ويوصل penetratio يصير الاشياء اللي بالمعدة تطلع لبرا ويصير عنا

- Surgical options vary depending on the location of the ulcer and the presence of complications.

<u>*Complications*</u>

- ✓ GI bleeding
- ✓ Gastric outlet obstruction can occur with ulcers close to the pyloric channel and can manifest as nausea and vomiting, sometimes several hours after meals.
- ✓ Perforation occurs infrequently and usually necessitates emergent surgery.
- ✓ Pancreatitis can result from penetration into the pancreas from ulcers in the posterior wall of the stomach or duodenal bulb.

بغض النظر عن سبب الـ ulcer ⇐ الالم خلال الاسبوع الاول بلش يتحسن (ديصير عنده pain)
الطعام

Monitoring/ Follow-Up

- ✓ Ulcer pain typically resolves in a few days when NSAIDs are discontinued and within 7 days upon initiation of antiulcer therapy.
- ✓ Patients with uncomplicated PUD are usually symptom free after treatment with any of the recommended antiulcer regimens. Persistent or recurrent symptoms within 14 days following treatment completion suggests failure of ulcer healing or H. pylori eradication or presence of an alternate diagnosis such as GERD.

ماي الحالة مرة علينا لما حكينا انه انا اعطيت الـ course وخلصته وبعد الـ ١٤ يوم خلال الـ ١٤ يوم التانيين صار عندي symptom هيك صار في fail وهون ممكن خلال

- ✓ Eradication should be confirmed after treatment in all patients. Repeat EGD should be performed 8– 12 weeks after initial diagnosis of all gastric ulcers to document healing.

عندي ulcer بدي اتأكد انه قدرت لما healing وعندي بكتيريا بدي اتأكد من الـ eradication ← عشان ممكن تتحول لـ cancer

- ✓ Repeat endoscopic biopsy should be considered for nonhealing ulcers to exclude the possibility of a malignant ulcer.

اذا duodenal لا مش ضروري اتأكد اذا صار healing لانه نادر ما تتحول او تتطور لـ cancer

- ✓ Duodenal ulcers are almost never malignant; therefore, documentation of healing is unnecessary in the absence of symptoms.

الـ ١٤ يوم ممكن مستخدم NSAID او من قبل وما حكى او في resistance او ما في التزام (اصلا صعب الالتزام)
حكينا بس نقول eradication اذا في GERD مزيد الـ symptom
من ناحية الجراثيم بدي اشوف كيف بتتعامع العلاج هل راح او ↑ او بتظل متل ماهي بدي اتأكد وبعمل الـ test
الـ urea breath test / antigen test ديبينوا اذا صار في eradication

④ اذا عملت endoscopy بيبسوا اخد biopsi اذا بيتابل endoscopy انه ما صار healing باخد الخزعة

- ✓ The UBT and fecal antigen are the preferred methods to confirm H. pylori eradication when endoscopy is not indicated. Medication adherence should be assessed for patients who fail therapy.

يعني اتأكد من الـeradication / اتأكد المريض بياخذ دواه
ما عنده اعراض جانبية وصار تحسنا

Deemah Sultani
حلوة لطيفة مثلكم