

Υπάρχουν διαφορές στη διαγνωστική προσέγγιση της λοίμωξης από *H. pylori* στα παιδιά συγκριτικά με τους ενήλικες;

Ελευθερία Ρώμα-Γιαννίκου

Η λοίμωξη από *H. pylori* είναι συχνή στην παιδική ηλικία και εγκαθίσταται κατ'εξοχήν τα 5 πρώτα χρόνια της ζωής. Όπως οι ενήλικες, έτσι και τα παιδιά με λοίμωξη από *H. pylori* στο μεγάλο ποσοστό είναι ασυμπτωματικά, ενώ αμφισβητείται σήμερα ο ρόλος του στην εμφάνιση κοιλιακών αλγών, που αποτελεί συχνό σύμπτωμα στην παιδική ηλικία. Περίπου 5% των παιδιών με λοίμωξη από *H. pylori* έχει έλκος. Τα τελευταία χρόνια συσχετίζουν τη στασιμότητα βάρους, τη σιδηροπενία και τη θρομβοπενία στα παιδιά με την παρουσία του *H. pylori*, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί τον κανόνα.

Οι ενδείξεις της γαστροσκόπησης στα παιδιά και έλεγχος για *H. pylori* είναι:

- α. **Κοιλιακά άλγη** κυρίως για να εντοπισθεί πιθανό έλκος, οισοφαγίτιδα, ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια, Crohn, και εφ' όσον γίνει γαστροσκόπηση θα ελεγχθεί πάντοτε για *H. pylori*.
- β. **Αδιευκρίνιστη σιδηροπενική αναιμία.**
- γ. Κύρια ένδειξη για έλεγχο λοίμωξης από *H. pylori* στα παιδιά είναι όταν έχουν **πρώτου βαθμού συγγενείς με καρκίνο στομάχου.**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Το παιδί έχει ιδιαιτερότητες συγκριτικά με τον ενήλικα, γιατί έχει μικρή ηλικία και συχνά δεν συμμορφώνεται στη λήψη των φαρμάκων, δεν είναι αξιόπιστες οι περισσότερες μη επεμβατικές εργαστηριακές εξετάσεις για τη διαπίστωση της λοίμωξης, το ποσοστό ανοχής στα αντιβιοτικά είναι υψηλό και το ποσοστό εκρίζωσης χαμηλό, ενώ είναι συχνή η δευτερογενής ανοχή μετά από αποτυχημένη προσπάθεια εκρίζωσης. Οι έρευνες προηγούμενων ετών έδειξαν ότι η μακροχρόνια λοίμωξη αυξάνει τον κίνδυνο για γαστρικό καρκίνο. Με δεδομένο το γεγονός ότι, αν δεν γίνει παρέμβαση στο παιδί που θα μολυνθεί, η αυτόματη εκρίζωση είναι σπάνια, το παιδί είναι κατ'εξοχήν ευάλωτο για μακροχρόνια λοίμωξη. Επομένως κύριος στόχος του παιδιάτρου είναι η **εκρίζωση** άσχετα από την παρουσία ή όχι συμπτωμάτων. Θεραπεία εκρίζωσης θα δοθεί σε οποιοδήποτε παιδί διαπιστωθεί λοίμωξη από *H. pylori* στη βιοψία, όχι όμως με άλλες εξετάσεις.

Για το λόγο αυτό η Ευρωπαϊκή ομάδα μελέτης της λοίμωξης από *H. pylori* στα παιδιά σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή και Αμερικανική Παιδογαστρεντερολογική Εταιρεία μελετούν και προσπαθούν να θέσουν ομοφωνίες τόσο για τη διαγνωστική προσπέλαση όσο και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της λοίμωξης από *H. pylori* στα παιδιά.

Τα ερωτήματα που θέτει η Ευρωπαϊκή ομάδα μελέτης της λοίμωξης από *H. pylori* στα παιδιά είναι:

- **Ποιος είναι ο στόχος της διάγνωσης;**
- **Πόσο αξιόπιστος είναι ο εργαστηριακός έλεγχος στα παιδιά;**
- **Υπάρχει υψηλό ποσοστό εκρίζωσης;**
- **Τι σημαίνει αποτυχία στη θεραπεία;**

Η απάντηση είναι ότι ο μοναδικός στόχος της διάγνωσης της λοίμωξης είναι η **εκρίζωση του *H. pylori***, δηλαδή αν δεν υπάρχει πρόθεση να γίνει θεραπεία να μην ελέγχεται το παιδί για την παρουσία του μικροβίου.

Η σύγκριση των διαφόρων διαγνωστικών μεθόδων έδειξε διαφορά όσον αφορά την ευαισθησία στα παιδιά συγκριτικά με τους ενήλικους. Οι διαγνωστικές μέθοδοι είναι επεμβατικές και μη επεμβατικές:

Επεμβατικές	Μη επεμβατικές
<ul style="list-style-type: none"> • Βιοψία, CLO test • Καλλιέργεια, PCR 	<ul style="list-style-type: none"> • Ορολογικές, ούρα, σέλο • Αντιγόνο στα κόπρανα

Η Ευρωπαϊκή πολυκεντρική μελέτη είχε σκοπό τη σύγκριση των μη επεμβατικών διαγνωστικών μεθόδων σε 473 παιδιά και εφήβους: τεστ αναπνοής ουρίας (¹³C-UBT), αντιγόνο στα κόπρανα και αντισώματα ορού-ούρων με τις διαγνωστικές μεθόδους από βιοψίες: την καλλιέργεια, ιστολογική, PCR ιστού.

Ως *H. pylori* θετική λοίμωξη θεωρήθηκε όταν υπήρχε θετική καλλιέργεια με ή χωρίς θετική βιοψία ή θετική βιοψία και CLO test θετικό.

Το υψηλότερο ποσοστό ευαισθησίας διαπιστώθηκε στο τεστ ουρίας ¹³C-UBT (96%).

Αλλά ας δούμε ποια είναι τα μειονεκτήματα των μη επεμβατικών μεθόδων στα παιδιά:

- Τα αντισώματα του ορού έχουν μικρό ποσοστό ευαισθησίας (57-88%) και ακόμη μικρότερη ευαισθησία στο ολικό αίμα, ενώ είναι δυνατόν να παραμείνουν θετικά μετά την εκρίζωση για μεγάλο χρονικό διάστημα (μέχρι 1 χρόνο).
- Το UBT είναι αναξιόπιστο σε παιδιά μικρότερα των 5 χρονών, ή ψευδώς θετικό, οπότε πρέπει να αξιολογηθεί μαζί με άλλη μια θετική εξέταση.
- Το αντιγόνο κοπράνων HρSA έχει υψηλό ποσοστό ψευδώς αρνητικών (κυρίως σε παιδιά μικρότερα των 5 χρονών), ενώ το θετικό μπορεί να οφείλεται σε άλλα είδη *H. pylori*. Πιο αξιόπιστα είναι τα μονοκλωνικά συγκριτικά με τα πολυκλωνικά και όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι είναι ενωρίς για να χρησιμοποιείται σαν ρουτίνα αντί του UBT. Τα αντισώματα στα ούρα (**RAPIRUN**) έχουν χαμηλή ευαισθησία.
- Το σημαντικότερο όμως είναι ότι με τις μη επεμβατικές μεθόδους **δεν ελέγχεται η βλεννογονική βλάβη και δεν έχουμε test ευαισθησίας για την επιτυχή εκρίζωση.**

Τα **μειονεκτήματα** των επεμβατικών είναι:

- Η νάρκωση-καταστολή.
- Η σχετικά χαμηλή ευαισθησία του CLO test.
- Η δυσκολία στην καλλιέργεια, ενώ πολύ συχνά δεν είναι καν εφικτή η καλλιέργεια.

Τα **πλεονεκτήματα** είναι:

- Η διαπίστωση ενδοσκοπικών και ιστολογικών αλλοιώσεων.
- Η καλλιέργεια και test ευαισθησίας.

Ο έλεγχος παιδιού με επίμονα συμπτώματα από το πεπτικό θα γίνει με γαστροσκόπηση που θα περιλαμβάνει πάντα βιοψία, CLO test και καλλιέργεια (μέθοδος εκλογής). Το τεστ ουρίας UBT είναι το πιο αξιόπιστο μη επεμβατικό για παιδιά πάνω από 5 χρόνια και πρέπει να χρησιμοποιείται πριν και μετά τη θεραπεία για έλεγχο εκρίζωσης. Ο ορολογικός έλεγχος είναι **αναξιόπιστος και δεν χρησιμοποιείται πλέον στα παιδιά**. Το αντιγόνο κοπράνων δεν είναι προς το παρόν **αποδεκτή σαν μέθοδος ρουτίνας**.

Συνεπώς για τη διάγνωση και σωστή αντιμετώπιση στα παιδιά χρησιμοποιούμε τις **επεμβατικές μεθόδους** όπως βιοψία, καλλιέργεια, CLO test που ο συνδυασμός τους αποτελεί το Gold Standard. Με την **ενδοσκόπηση** διαπιστώνεται η παθολογία του βλεννογόνου και γίνεται καλλιέργεια και test ευαισθησίας για επιτυχή θεραπεία.

Το ερώτημα που αναδύεται είναι αν υπάρχει υψηλό ποσοστό εκρίζωσης στα παιδιά. Με το κλασικό σχήμα είναι **50-75%**, ενώ **μετά από test ευαισθησίας μέχρι 98%**.

Τι σημαίνει όμως αποτυχία στη θεραπεία; Συχνά καταλήγει σε **δευτερογενή αντοχή και μειώνεται η πιθανότητα για εκρίζωση**. Στα παιδιά υπάρχει **αδυναμία**

εφαρμογής πολλαπλών σχημάτων στη συνέχεια. Αυτό σημαίνει **παραμονή *H. pylori* μέχρι την ενήλικη ζωή με χρόνια γαστρίτιδα, ατροφία** και κίνδυνο για **καρκίνο στομάχου**. Είναι λοιπόν προφανής η ανάγκη της υψηλής ευαισθησίας στη διαγνωστική προσπέλαση που παράλληλα θέτει τις προϋποθέσεις για την αύξηση της πιθανότητας εκρίζωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Malaty H, EL-Kasabany A, Graham D, et al. Age acquisition of *H. pylori* infection: a follow-up study from infancy to adulthood. *Lancet* 2002;359:931-935.
- Roma-Gianikou E, Shcherbakov P. *Helicobacter pylori* infection in pediatrics. *Helicobacter* 2002;7:50-55.
- Wewer V, Kalach N. *Helicobacter pylori* infection in pediatrics. *Helicobacter* 2003;8:61-67.
- Megraud F, on behalf of the European Paediatric Task force on Helicobacter Pylori. Comparison of non-invasive tests to detect *Helicobacter pylori* infection in children and adolescents: results of a multicenter European study. *J Pediatr* 2005;146:198-2003.
- Elitsur Y, Yahav J. *Helicobacter pylori* infection in pediatrics. *Helicobacter* 2005;10:47-53.
- Queiroz DM, Luzza F. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter* 2005;11:1-5.
- Mourad-Baars P, Chong S. *Helicobacter pylori* infection in pediatrics. *Helicobacter* 2005;11:40-45.
- Kuipers E, Sipponen P. *Helicobacter pylori* eradication for the prevention of gastric cancer. *Helicobacter* 2005;11:52-57.
- Wong BC, Lam SK, Wong WM, et al. *Helicobacter pylori* eradication to prevent gastric cancer in a high-risk region of China: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:187-194.
- Dzierzanova-Fangrat K, Lehouurs P, Dzierzanowska D. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter* 2006;11:6-13.
- Mourad-Baars P, Chong S. *Helicobacter pylori* infection in pediatrics. *Helicobacter* 2006;11:40-45.