

Εκρίζωση

Σπυρίδων Ν. Σγούρος

Γαστρεντερολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής
Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

Ορισμός, παθοφυσιολογία

Λειτουργική δυσπεψία (ΛΔ) ορίζεται η ύπαρξη, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 12 εβδομάδων, οι οποίες δεν είναι αναγκαίο να είναι συνεχείς, κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους:

- επίμονου και επαναλαμβανόμενου πόνου ή δυσφορίας στην άνω κοιλία,
- καμίας απόδειξης οργανικής νόσου που θα μπορούσε να εξηγήσει τα συμπτώματα
- τα συμπτώματα ΔΕΝ σχετίζονται με την κένωση ή μεταβολή της σύστασης ή της συχνότητας των κενώσεων.

Η λειτουργική δυσπεψία αποτελεί μία από τις συχνότερες καταστάσεις στις δυτικές κοινωνίες (η συχνότητα υπολογίζεται στο 25% περίπου), είναι συχνότερη στις γυναίκες και ελαττώνεται με την πάροδο του χρόνου. Ενδεικτικά συμπτώματα είναι η ανορεξία χωρίς απώλεια βάρους, η απουσία ισχυρού πόνου, η απουσία νυκτερινών συμπτωμάτων, η επιδείνωση των συμπτωμάτων με το γεύμα, η εμφάνιση πόνου εντός μίας ώρας από το γεύμα και ο πόνος που δεν ανακουφίζεται με τα αντιόξινα.

Η δυσπεψία είναι πολυπαραγοντική οντότητα, αφού τα ίδια συμπτώματα προκαλούνται ως ανταπόκριση σε ποικίλα ερεθίσματα. Δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος υποκείμενης παθοφυσιολογικής διαταραχής που να αναγνωρίζεται σε όλους τους ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία και να ευθύνεται για την συμπτωματολογία όλων των ασθενών. Στα αίτια αυτά περιλαμβάνονται η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, οι κινητικές διαταραχές του οισοφάγου, η καθυστερημένη γαστρική κένωση, οι κινητικές διαταραχές στομάχου και λεπτού εντέρου, οι γαστρικές δυσρυθμίες, η δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση, η διαταραχή του αντανακλαστικού της γαστρικής προσαρμογής, η σπλαχνική υπερευαισθησία, οι διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος, και η μεταλοιμώδης λειτουργική δυσπεψία.

Θεραπεία της λοίμωξης με *H. pylori*

Ο ρόλος της Ηρ λοίμωξης στη λειτουργική δυσπεψία έχει εκτενώς διερευνηθεί τα τελευταία χρόνια, αλλά τα αποτελέσματα των μελετών είναι αντικρουόμενα και συχνά εκ διαμέτρου αντίθετα. Οι κύριοι λόγοι της μεγάλης σύγχυσης που επικρατεί είναι οι πολλές μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων μελετών και τα προβλήματα που διέπουν γενικά την μελέτη των λειτουργικών παθήσεων του πεπτικού.

Με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα φαίνεται ότι η Ηρ λοίμωξη πρέπει να ευθύνεται για την παθογένεια των δυσπεπτικών συμπτωμάτων μόνο σε μια υποομάδα ασθενών.

Ανεξάρτητα από την απουσία τεκμηριωμένης συσχέτισης της Ηρ λοίμωξης με κάποιον από τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που προκαλούν λειτουργική δυσπεψία, η θετική συσχέτιση θα μπορούσε να υποστηριχθεί από την συμπτωματική ανταπόκριση στη θεραπεία εκρίζωσής της.

Μεταανάλυση που δημοσιεύτηκε το 2006,¹ η οποία βασίστηκε σε 17 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες και περιελάμβανε 3566 ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία κατέληγε στο συμπέρασμα ότι η θεραπεία εκρίζωσης υπερτερεί του placebo. Πιθανότατα αυτός ήταν και ο βασικός λόγος για τον οποίο στη συνάντηση ομοφωνίας Maastricht IV,² θεμελιώθηκε η άποψη ότι η θεραπεία εκρίζωσης ωφελεί 1 στους 12 ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία, αλλά αυτός ο ασθενής θα έχει μακροπρόθεσμο όφελος και απουσία συμπτωμάτων.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις για την αιτιοπαθοφυσιολογική σχέση της Ηρ λοίμωξης με τη λειτουργική δυσπεψία, ούτε ότι η επιτυχής θεραπεία εκρίζωσης έχει σημαντικό θεραπευτικό όφελος, μερικοί επιστημονικοί φορείς ανά τον κόσμο προτείνουν τον εξ αρχής έλεγχο ύπαρξης της λοίμωξης και την χορήγηση θεραπείας εκρίζωσης ως πρώτου βήματος στον χειρισμό

των ασθενών με δυσπεψία (test and treat). Η στρατηγική αυτή δέχεται αρκετή κριτική, αφού από πολλούς θεωρείται ότι στηρίζεται περισσότερο σε μια «οικονομοτεχνική αντίληψη» της σχέσης κόστους - ωφέλειας, παρά στην τεκμηριωμένη θετική αιτιοπαθογενετική συσχέτιση που φαίνεται πως δεν υπάρχει ή τουλάχιστον δεν είναι ισχυρή.

Η Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία με τη δική της συνάντηση πλαισίου συμφωνίας τον Οκτώβριο του 1998 δε συνιστά την χορήγηση θεραπείας εκρίζωσης ως πρώτη θεραπεία σε όλους τους ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία και Ηρ λοίμωξη που θα διαγνωσθεί ορολογικά ή με δοκιμασία αναπνοής. Αυτό στηρίχθηκε στην αρνητική σχέση κόστους - ωφέλειας λόγω του μικρού κόστους της ενδοσκόπησης στην Ελλάδα σε σχέση με αυτό στις ΗΠΑ και σε ορισμένες δυτικές χώρες στις οποίες η σχέση είναι θετική λόγω αυξημένου κόστους της ενδοσκόπησης.

Απάντηση σε αυτό το ερώτημα προσπαθεί να δοθεί σε μία σχετικά καλά σχεδιασμένη μελέτη (HERODS trial),³ στην οποία διαπιστώθηκε ότι ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης με συμπτώματα λειτουργικής δυσπεψίας που έλαβαν θεραπεία εκρίζωσης είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωση συμπτωμάτων σε σχέση με αυτούς που έλαβαν μόνο αντιεκκριτικά. Συγκεκριμένα μελετήθηκε το % ποσοστό των ασθενών με >50% βελτίωση συμπτωμάτων ένα έτος μετά τη θεραπεία, και διαπιστώθηκε ότι το 49% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία εκρίζωσης παρουσίασε την ανωτέρω βελτίωση, έναντι 36,5% αυτών που έλαβαν μόνο αντιεκκριτικά (p= 0,01, NNT:8). Στα μειονεκτήματα της μελέτης θα πρέπει να λάβουμε υπόψη τη συλλογή δεδομένων ασθενών από ένα κέντρο, τη σχετικά υψηλή αποτελεσματικότητα της θεραπείας εκρίζωσης και την υποκειμενικότητα στο δείκτη βελτίωσης συμπτωμάτων >50%.

Θεραπεία εκρίζωσης σε ασθενείς με ΛΔ μπορεί να δοθεί σε αποτυχία άλλων συνιστώμενων τρόπων εμπειρικής θεραπείας αφού προηγηθεί αρνητική για βλεννογονική βλάβη ενδοσκόπηση και τεκμηριωμένη με δοκιμασία ουρεάσης ή ιστολογική εξέταση παρουσία Ηρ λοίμωξης. Επίσης, μπορεί να δοθεί και σε ειδικές υποομάδες ασθενών όπως οι έχοντες θετικό κληρονομικό ιστορικό γαστρικού καρκίνου ή οι επιθυμούντες να υποβληθούν σε αυτή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, et al. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;18:CD001960.
2. Malfertheiner P, Megraud F, O' Moren CA, et al. Management of helicobacter pylori infection – the Maastricht IV / Florence consensus report. *Gut* 2012;61:646-64
3. Mazzoleni LE, Guilherme Becker Sander GE, Mazzoleni F, et al. The role of Helicobacter pylori infection in functional dyspepsia. *Arch Intern Med* 2011;171:1929-1936.