

Έχει μεταβληθεί η επιδημιολογία της νόσου του πεπτικού έλκους;

Βασίλειος Ντελής

Η επίπτωση του πεπτικού έλκους ήταν μικρή στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Προσδευτικά όμως αυξήθηκε και στη δεκαετία του 1960 έφθασε στο μέγιστο ποσοστό 21-29% στους άνδρες και 11-18% στις γυναίκες σε νεκροτομικό υλικό.¹ Τις επόμενες δύο δεκαετίες η συχνότητα του πεπτικού έλκους είχε πτωτική τάση φθάνοντας στα επίπεδα 7,7-11,3%.² Η μέση ετήσια συχνότητα του δωδεκαδακτυλικού έλκους ανά 1000 κατοίκους από 2,7 το 1960 μειώθηκε σε 1,00 το 1989 και η αναλογία ανδρών προς γυναίκες από 4,2/1 σε λιγότερο από 2/1. Αντίθετα η συχνότητα του γαστρικού έλκους φαίνεται το ίδιο χρονικό διάστημα να παραμένει σταθερή στα επίπεδα του 0,44.

Ανάλογες τάσεις στην επίπτωση και συχνότητα του πεπτικού έλκους προκύπτουν από δύο εξαιρετικές επιδημιολογικές μελέτες προερχόμενες από την ίδια χώρα τη Δανία με μεσοδιάστημα 20 ετών (1967-1987).^{3,4} Η επίπτωση του δωδεκαδακτυλικού έλκους από 7,3% στους άνδρες και 3,5 % στις γυναίκες το 1967 μειώθηκε στο 4,2% και 1,9% αντίστοιχα το 1987. Αντιθέτως η επίπτωση του γαστρικού έλκους παρέμεινε σχεδόν σταθερή στις γυναίκες (από 0,6 σε 0,5%), ενώ στους άνδρες αυξήθηκε από 0,5 σε 1,1%. Η αναλογία ανδρών προς γυναίκες μειώθηκε από 3,2/1 σε 2,2/1. Η ετήσια συχνότητα ανά 1000 κατοίκους στις γυναίκες ήταν σχεδόν σταθερή για το δωδεκαδακτυλικό έλκος (από 0,6 σε 0,7), ενώ αυξήθηκε για το γαστρικό έλκος από 0,3 σε 0,5. Στους άνδρες μειώθηκε για το δωδεκαδακτυλικό έλκος από 1,8 σε 1,3 και

αυξήθηκε για το γαστρικό έλκος από 0,3 σε 0,7. Η αναλογία ανδρών προς γυναίκες μειώθηκε από 1,9/1 σε 1,1/1. Ανάλογα ποσοστά στην επίπτωση και συχνότητα του πεπτικού έλκους στη δεκαετία του 1980 δίνει και μια μελέτη από τη Νορβηγία, ενώ στην Ινδία, που ανήκει στις αναπτυσσόμενες χώρες η επίπτωση είναι υψηλότερη (7,4% γαστρικό έλκος και 15% δωδεκαδακτυλικό έλκος).

Έμμεσα στοιχεία για την επίπτωση και συχνότητα του πεπτικού έλκους προκύπτουν από εργασίες που διαχρονικά μελετούν τις επισκέψεις στον ιατρό, τις εισαγωγές στο νοσοκομείο, τις αιμορραγίες, τις διατρήσεις και τη θνητότητα από το πεπτικό έλκος.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής οι επισκέψεις στον ιατρό για δωδεκαδακτυλικό έλκος μειώθηκαν από 4500 το 1963 σε 1500 το 1995 ανά 100.000 κατοίκους.⁵ Για το γαστρικό έλκος δεν μειώθηκαν από το 1958 έως το 1975, ενώ έκτοτε και μέχρι το 1995 μειώθηκαν από 490 σε 165 ανά 100.000 κατοίκους. Από τα στοιχεία αυτά συμπεραίνεται έμμεσα ότι το πεπτικό έλκος είναι ακόμη συχνό και η συχνότητα του δωδεκαδακτυλικού έλκους μειώθηκε σημαντικά, ενώ του γαστρικού σε μικρότερο βαθμό. Στην ίδια χώρα οι εισαγωγές στο νοσοκομείο για μη επιπλεγμένο δωδεκαδακτυλικό έλκος υποδεκαπλασιάστηκαν από το 1970 ως το 1987, ενώ για αιμορραγούν ή διαιτιτραίνον έλκος παρέμειναν σταθερές. Οι εισαγωγές για μη επιπλεγμένο γαστρικό έλκος υποδιπλασιάστηκαν, ενώ για αιμορραγούν γαστρικό έλκος αυξήθηκαν και για διαιτιτραίνον παρέμειναν σταθερές.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις για δωδεκαδακτυλικό έλκος μειώθηκαν κατά 38% από το 1975 ως το 1990 στη Σκωτία.⁶ Οι διατρήσεις δωδεκαδακτυλικού έλκους μειώθηκαν από 27 σε 15 ανά 100.000 πληθυσμό, αλλά διπλασιάστηκαν οι διατρήσεις σε γυναίκες άνω των 65 ετών από 21 σε 41 ανά 100.000 πληθυσμό.

Η θνητότητα από πεπτικό έλκος διπλασιάστηκε από το 1972 ως το 1989 στη Φινλανδία. Η αύξηση της θνητότητας περιορίζεται σε ηλικιωμένες γυναίκες με αιμορραγούν ή διαιτιτραίνον έλκος. Στη Δανία από το 1981 ως το 1991 αυξήθηκε η θνητότητα από πεπτικό έλκος κατά 1,19 στους άνδρες και 1,60 στις γυναίκες (1,77 για διαιτιτραίνον και 2,12 για αιμορραγούν δωδεκαδακτυλικό έλκος - 1,17 για αιμορραγούν και 1,4 για διαιτιτραίνον γαστρικό έλκος).⁷

Η προσωπική μας εμπειρία σε υλικό ασθενών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού για επιγαστρικά ενοχλήματα δείχνει μείωση των πεπτικών ελκών από 12% σε 6% στη δεκαετία 1990-2000. Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη μειώθηκαν από 7,9 σε 3,7% και τα γαστρικά από 4,2 σε 2,4%.

Καταστάσεις ψυχικού stress που επιδρούν μαζικά στον πληθυσμό φαίνεται να επηρεάζουν την επιδημιολογία του πεπτικού έλκους.⁸ Στη διάρκεια των

βομβαρδισμών του Λονδίνου το 1940 παρατηρήθηκε αύξηση πάνω από 50% στα οξέα διαπιτραινόντα γαστρικά έλκη και σε μικρότερο βαθμό των δωδεκαδακτυλικών. Μετά τον καταστροφικό σεισμό στην Ιαπωνία το 1995 παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας των γαστρικών ελκών, ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα, και μείωση των δωδεκαδακτυλικών καθώς και αύξηση των αιμορραγούντων γαστρικών ελκών.

Είναι γνωστό ότι το πεπτικό έλκος συνδέεται με *H. pylori* λοίμωξη στο 90-100% των περιπτώσεων και η εκρίζωση του *H. pylori* σχεδόν μηδενίζει την πιθανότητα υποτροπής του έλκους. Από μια πρόσφατη μεταανάλυση φαίνεται ότι το 20% των δωδεκαδακτυλικών ελκών υποτροπιάζουν εντός 6 μηνών μετά από επιτυχή θεραπεία εκρίζωσης του *H. pylori*.⁹ Αυτό πιθανότατα να υποδηλεί ότι στο μέλλον αναμένεται αύξηση των *H. pylori* (-) ελκών.

Η εποχιακή κατανομή της ενεργότητας του πεπτικού έλκους αμφισβητείται από πρόσφατες εργασίες, ενώ φαίνεται να υπάρχουν μηνιαίες διακυμάνσεις. Στην Ελλάδα φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα του δωδεκαδακτυλικού έλκους τον Ιανουάριο και μικρότερη τον Αύγουστο.¹⁰ Οι διακυμάνσεις αυτές δεν παρατηρήθηκαν στα γαστρικά έλκη.

Συμπερασματικά η επίπτωση και η συχνότητα του πεπτικού έλκους έχει μειωθεί τα τελευταία 30 χρόνια. Η κατανομή μεταξύ των δύο φύλων τείνει να εξισωθεί, ενώ έχουν αμβλυνθεί οι εποχιακές διακυμάνσεις. Οι εισαγωγές στο νοσοκομείο μειώνονται για τα μη επιπλακέντα έλκη, ενώ μένουν σταθερές ή αυξάνονται για τα επιπλακέντα έλκη. Η θνητότητα από επιπλακέντα έλκη αυξάνεται στους υπερήλικες και κυρίως στις γυναίκες, ενώ μειώνεται στους νέους και στους μεσήλικες. Τέλος υπάρχουν ενδείξεις αύξησης της συχνότητας των *H. pylori* (-) δωδεκαδακτυλικών ελκών.

Σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη πεπτικού έλκους και σοβαρών επιπλοκών του είναι το *H. pylori* (48%), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) (24%) και το κάπνισμα (23%). Συνεπώς θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι οι μεταβολές στην επιδημιολογία του πεπτικού έλκους πιθανότατα οφείλονται στη μείωση της συχνότητας της λοίμωξης από *H. pylori*, στην αυξημένη χρήση των ΜΣΑΦ, στην αύξηση του καπνίσματος στις γυναίκες και στα αποτελεσματικότερα θεραπευτικά σχήματα (εκρίζωση *H. pylori*, PPIs).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Watkinson G. The incidence of chronic peptic ulcer found at necropsy. A study of 20,000 examinations performed in Leeds in 1930-1949 and in England and Scotland in 1956. *Gut* 1960;1:14.

2. Kurata JH, Nogawa AN, Abbey DE, et al. A prospective study of risk for peptic ulcer disease in seven-day adventists. *Gastroenterology* 1992;102:902.
3. Bonnevie O. The incidence of duodenal ulcer in Copenhagen County. *Scand J Gastroenterol* 1975; 10:385.
4. Rosenstock SJ, Jorgensen T. Prevalence and incidence of peptic ulcer disease in a Danish County - a prospective cohort study. *Gut* 1995;36:819.
5. Munnangi S, Sonnenberg A. Time trends of physician visits and treatment patterns of peptic ulcer disease in the United States. *Arch Intern Med* 1997;157:1489.
6. Jibril JA, Redpath A, Maclutrye IM. Changing pattern of admission and operation for duodenal ulcer in Scotland. *Br J Surgery* 1994;81:87.
7. Andersen I, Bonnevie O, Jorgensen T, et al. Time trends for peptic ulcer disease in Denmark, 1981-1993. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:260.
8. Feldman M. Mental Stress and peptic ulcers: an earthshaking association. *Am J Gastroenterol* 1998;93:291.
9. Laine L, Hopkins R, Girardi L. Has the impact of *Helicobacter pylori* on ulcer recurrence in the United States been overstated? A meta-analysis of rigorously designed trials. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1409.
10. Archimandritis A, Tzivras M, Tsirantonaki M, et al. Symptomatic peptic ulcer: Is there any seasonal variation? An endoscopic retrospective study. *J Clin Gastroenterol* 1995;20:254.