

Πορεία της λοίμωξης μετά τη θεραπεία

► Μετά τη θεραπεία χρειάζεται έλεγχος σε δύο μήνες για να διαπιστωθεί εάν έχει εκριζωθεί το μικρόβιο. Συνήθως γίνεται με τη δοκιμασία αναπνοής (Εικ. 5) και σπάνια με γαστροσκόπηση, η οποία προτιμάται στην περίπτωση προηγηθείσας διάγνωσης έλκους στομάχου ή δωδεκαδακτύλου.



Εικόνα 5.
Δοκιμασία αναπνοής

► Μετά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, τα κλινικά συμπτώματα που οφείλονταν στην ύπαρξη γαστρίτιδας ή έλκους, σταδιακά υποχωρούν.

► Μελέτες κυρίως σε ενήλικες έχουν δείξει ότι η εκρίζωση του μικροβίου συνοδεύεται, μερικές φορές, από την εμφάνιση συμπτωμάτων γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

► Η εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού έχει μειώσει διεθνώς τη συχνότητα του καρκίνου του στομάχου. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει αύξηση του καρκίνου του οισοφάγου, πιθανά λόγω της αύξησης της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

► Το ποσοστό επαναμόλυνσης είναι μικρό, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται να συμβεί μέσα ή έξω από την οικογένεια.

► Δεν υπάρχουν προς το παρόν σαφείς οδηγίες αν πρέπει να ελέγχονται όλα τα μέλη της οικογένειας και στη συνέχεια να λαμβάνουν θεραπεία εκρίζωσης, στην περίπτωση που ένα μέλος της οικογένειας βρεθεί μολυσμένο με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.

Τι γνωρίζουμε για τη σχέση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού με τον καρκίνο του στομάχου;

Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού προκαλεί χρόνια γαστρίτιδα και ατροφία του βλεννογόνου του στομάχου, τα οποία, όταν παραμένουν για πολλά χρόνια, αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθειας σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση.



Έκδοση του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας & Διατροφής

Με την ευγενική χορηγία των Εταιρειών

AstraZeneca

FARAN LABORATORIES s.a.



AnaChem
DIAGNOSTICS

Abbott
Immunology

NYCOMED

Οι παραπάνω συστάσεις έχουν χαρακτήρα γενικό ενημερωτικό και σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστούν την κλινική εκτίμηση, αναγκαία για την εξατομίκευση του εργαστηριακού ελέγχου και της θεραπείας σε κάθε ασθενή, πράγμα που είναι αποκλειστική ευθύνη του θεράποντος ιατρού του.

Για περαιτέρω πληροφορίες και για επικοινωνία μαζί μας μπορείτε να απευθυνθείτε στην ιστοσελίδα www.helpgghan.org

Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: Θ. Καραγκιόζογλου (Θεσσαλονίκη)

Αντιπρόεδρος: Ε. Ρώμα (Αθήνα)

Γενική Γραμματέας: Π. Καφρίτσα (Αθήνα)

Ειδική Γραμματέας: Α. Παπαδοπούλου (Αθήνα)

Ταμίας: Α. Ζέλλου (Αθήνα)

Η εικονογράφηση του εξωφύλλου είναι του Σάββα Λαμπούδη



Ελληνική Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας & Διατροφής

Λοίμωξη από Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού στα παιδιά



ΑΘΗΝΑ 2009

www.helpgghan.org

Τι είναι το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού;

- ▶ Ένα μικρόβιο που υπάρχει στο στομάχι μεγάλου ποσοστού παιδιών και ενηλίκων και προκαλεί φλεγμονή (γαστρίτιδα) με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις.
- ▶ Ανακαλύφθηκε το 1982 από τους Warren και Marshal στους οποίους το έτος 2005 απονεμήθηκε το Βραβείο Nobel για την παραπάνω ανακάλυψη.

Ποια είναι τα συμπτώματα της λοίμωξης;

- ▶ Ο πόνος πάνω από τον ομφαλό που επιμένει για διάστημα άνω των 3 μηνών, η ναυτία ή η δυσπεψία μπορούν να οφείλονται στα παιδιά σε λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.
- ▶ Μερικές μελέτες συσχετίζουν τη λοίμωξη με την επίμονη σιδηροπενική αναιμία, το χαμηλό ανάστημα και την ιδιοπαθή δρομβοπενική πορφύρα, ωστόσο η συσχέτιση αυτή απαιτεί παραπέρα τεκμηρίωση.
- ▶ Στο μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της γης η λοίμωξη είναι ασυμπτωματική.

Πόσο συχνή είναι η λοίμωξη;

- ▶ Η συχνότητα της λοίμωξης εξαρτάται από το βιοτικό επίπεδο και τις συνθήκες υγιεινής κάθε χώρας και αυξάνει με την ηλικία. Σε άτομα που ζουν σε χώρους όπου υπάρχουν κακές συνθήκες υγιεινής ή μένουν συνωστισμένα πολλές ώρες την ημέρα - π.χ. παιδιά που ζουν σε ιδρύματα - η συχνότητα είναι μεγάλη.
- ▶ Στις υπό ανάπτυξη χώρες, το ποσοστό της λοίμωξης στα παιδιά φθάνει μέχρι 80%, ενώ στις ανεπτυγμένες χώρες, σε λιγότερο από 5%.
- ▶ Σημαντικό ρόλο στη μόλυνση του παιδιού παίζει η οικογένεια, καθώς έχει αποδειχτεί η ενδοοικογενειακή διασπορά του μικροβίου, κυρίως από τους γονείς.
- ▶ Στην Ελλάδα η συχνότητα της μόλυνσης από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού φθάνει σε ποσοστό 15-20% των παιδιών και έως 70% των ενηλίκων, πολλοί από τους οποίους δεν εμφανίζουν συμπτώματα.
- ▶ Σε μερικές μελέτες, το ποσοστό της λοίμωξης σε ενήλικες με έλκος δωδεκαδακτύλου φθάνει μέχρι και σε ποσοστό 100%, ενώ στα παιδιά με έλκος, το ελικοβακτηρίδιο ανευρίσκεται σε ποσοστό περίπου 50%.
- ▶ Τα τελευταία χρόνια, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της συχνότητας της λοίμωξης στις περισσότερες χώρες, λόγω βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής.
- ▶ Το μικρόβιο εγκαθίσταται στο στομάχι, όπου προκαλεί φλεγμονή, και εάν δεν γίνει θεραπεία, παραμένει εκεί διά βίου.

Πώς γίνεται η διάγνωση της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού;

Με τη χρήση επεμβατικών και μη επεμβατικών εξετάσεων:

Μη επεμβατικές εξετάσεις

- ▶ Με την ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων στον ορό. Η αξιοπιστία της εξέτασης αυτής, ωστόσο, δεν είναι ικανοποιητική στα παιδιά.
- ▶ Με τη δοκιμασία αναπνοής μετά τη λήψη ειδικού φαρμάκου. Η εξέταση αυτή συνιστάται να γίνεται σε παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών με επιβεβαιωμένη γαστρίτιδα από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, πριν και μετά τη χορήγηση θεραπείας, για να ελέγχεται η επιτυχής εκρίζωση του μικροβίου.
- ▶ Με την ανίχνευση ειδικού αντιγόνου στα κόπρανα, με τη χρήση μονοκλωνικού αντισώματος.

Επεμβατικές εξετάσεις

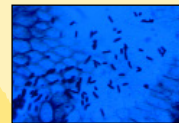
- ▶ Με τη γαστροσκόπηση και τις βιοψίες στομάχου. Με την εξέταση αυτή μπορεί να τεθεί η διάγνωση γαστρίτιδας (Εικ. 1) ή/και έλκους του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου (Εικ. 2) από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και να αποκλεισθούν άλλα αίτια επιγαστραλγίας. Η εξέταση του ιστού βιοψίας στο μικροσκόπιο επιβεβαιώνει τη φλεγμονή και αναδεικνύει το μικρόβιο (Εικ. 3).



Εικόνα 1.
Λεμφοξιδιακή υπερπλασία στομάχου, χαρακτηριστική της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.



Εικόνα 2.
Έλκος δωδεκαδακτύλου λόγω λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.



Εικόνα 3.
Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού στην ιστολογική εξέταση.

- ▶ Με την ταχεία δοκιμασία ουρέασης σε δείγματα βιοψίας στομάχου (Εικ. 4). Η αλλαγή του χρώματος από κίτρινο σε μορντώ μετά την τοποθέτηση του υλικού της βιοψίας στομάχου, μαρτυρά την ύπαρξη του μικροβίου.



Εικόνα 4.
Ταχεία δοκιμασία ουρέασης

- ▶ Με την καλλιέργεια του ιστού της βιοψίας του στομάχου για έλεγχο της ευαισθησίας του μικροβίου στα αντιβιοτικά.

Για τη διάγνωση απαιτούνται δύο θετικές εξετάσεις τουλάχιστον, με εξαίρεση την καλλιέργεια του ιστού, που αρκεί ως μόνη εξέταση, όταν είναι θετική.

Ποια παιδιά θα ελεγχθούν;

- ▶ Παιδιά με πρώτου βαθμού συγγενείς με καρκίνο στομάχου.
- ▶ Παιδιά που γαστροσκοπούνται για έλεγχο επιγαστραλγίας, δυσφαγίας ή άλλων συμπτωμάτων γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης, κοιλιοκάκης κ.ά.
- ▶ Παιδιά με ανεξήγητη σιδηροπενική αναιμία ή με ιδιοπαθή δρομβοπενική πορφύρα που δεν υπακούει στη θεραπεία.
- ▶ Δεν υποβάλλουμε σε εργαστηριακό έλεγχο τα ασυμπτωματικά παιδιά στα οποία δεν σκοπεύουμε να χορηγήσουμε φαρμακευτική αγωγή.

Πώς θεραπεύεται η λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού;

- ▶ Με τη χορήγηση συγχρόνως δύο αντιβιοτικών (αμοξυκιλλίνης και μετρονιδαζόλης ή κλαριθρομυκίνης).
- ▶ Με το συνδυασμό της αντιβιοτικοθεραπείας με τη χορήγηση ισχυρού φαρμάκου που εμποδίζει την παραγωγή οξέος στο στομάχι, όπως είναι οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (εσομεπραζόλη, ομεπραζόλη, λανσοπραζόλη, παντοπραζόλη κ.ά.).
- ▶ Το διάστημα της αντιβιοτικοθεραπείας φθάνει τις 14 ημέρες, ενώ η χορήγηση του αναστολέα της αντλίας πρωτονίων μπορεί να συνεχιστεί ανάλογα με τις συστάσεις του γιατρού.
- ▶ Η θεραπεία χορηγείται από παιδογαστρεντερολόγο μετά την επιβεβαίωση της λοίμωξης με **γαστροσκόπηση και βιοψίες** και προσεκτική επιλογή του θεραπευτικού σχήματος.

Υπάρχουν προβλήματα στην αντιμετώπιση;

- ▶ Αλλεργία στα φάρμακα, διάρροια, εμετοί και διαταραχή της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου είναι μερικές από τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.
- ▶ Η ανάπτυξη αντοχής του μικροβίου στα αντιβιοτικά, λόγω της κατάχρησης των αντιβιοτικών στα παιδιά, έχει μειώσει το ποσοστό της εκρίζωσης του μικροβίου σε ποσοστό < 50%.
- ▶ Η μη εκρίζωση του μικροβίου κατά τη διάγνωση καθιστά την εκρίζωσή του με επόμενες προσπάθειες δυσκολότερη.

Είναι αδύνατο να δώσουμε θεραπεία σε όλα τα μολυσμένα άτομα του πλανήτη, λόγω του υψηλού κόστους, του μικρού ποσοστού επιτυχίας στη θεραπεία και των πολλών παρενεργειών. Για τους παραπάνω λόγους δεν εφαρμόζεται προληπτικός έλεγχος (screening) για την ανίχνευση των φορέων του μικροβίου.