

# Δυσπεψία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα από δύο διδακτορικές διατριβές

Χρήστος Λιονής<sup>1</sup>, Φωτεινή Αναστασίου<sup>1,2</sup>,  
Ειρήνη Οικονομίδου<sup>1,3</sup>

## Εισαγωγή

Η δυσπεψία αποτελεί συχνή αιτία επίσκεψης σε ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της κυκλοφορούν διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, ενώ η κλινική αυτή οντότητα έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας τόσο από γαστρεντερολόγους όσο και από γενικούς γιατρούς.<sup>1,2</sup> Στη χώρα μας, παρόλαυτά, τα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα της δυσπεψίας σε ιατρεία γενικών ιατρών είναι περιορισμένα.<sup>3-5</sup> Η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης σε συνεργασία με τη Γαστρεντερολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, έχει σχεδιάσει δύο ερευνητικά προγράμματα με αναφορά στη δυσπεψία στην ΠΦΥ στα οποία έχει ενσωματωθεί η εκπόνηση δύο διδακτορικών διατριβών (δδ) με θέμα η πρώτη τη «Μελέτη των λειτουργικών διαταραχών του πεπτικού συστήματος στην

---

<sup>1</sup>Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, <sup>2</sup>Περιφερειακό Ιατρείο Πύργου Κρήτης, <sup>3</sup>Περιφερειακό Ιατρείο Σίνδου Θεσσαλονίκης

ΠΦΥ», και την «Αξιολόγηση της διαχείρισης ασθενών με συμπτώματα του ανώτερου πεπτικού στην ΠΦΥ» η δεύτερη. Με τις δδ επιχειρείται η περιγραφή του μεγέθους του προβλήματος της δυσπεψίας και των λειτουργικών διαταραχών του εντέρου στην ΠΦΥ, η μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών αυτών και η διαμόρφωση διαγνωστικών πιθανοτήτων για χρήση από τους γενικούς γιατρούς.

Σκοπός της παρούσας αναφοράς είναι μία πρώτη παρουσίαση του περιεχομένου, της μεθοδολογίας και των πρώτων αποτελεσμάτων των δύο αυτών δδ, καθώς και η συζήτηση της επίπτωσής τους στην έρευνα και στην καθημερινή κλινική πράξη.

## Μέθοδος

Η διατριβή για τις λειτουργικές διαταραχές του πεπτικού, αποτελεί μία αναδρομική μελέτη των αρχείων 5 Κέντρων Υγείας (ΚΥ) στην Κρήτη, που συνέλεξε δεδομένα 4 ετών (1996-2000) με σκοπό αφενός τον εντοπισμό ασθενών με τη διάγνωση της δυσπεψίας και του συνδρόμου ευερεθίστου εντέρου (ΣΕΕ), αφετέρου τον έλεγχο της διαγνωστικής ικανότητας των ιατρών που εργάζονται στην ΠΦΥ. Οι ασθενείς που εντοπίστηκαν με τη διάγνωση της δυσπεψίας και του ΣΕΕ προσκλήθηκαν σε συνέντευξη. Ο έλεγχος της ορθότητας της διάγνωσης έγινε με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων (ερωτηματολόγιο για τη διάγνωση της δυσπεψίας στο γενικό πληθυσμό-IDGP<sup>6,7</sup> μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα Ελληνικά και διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών για τη διάγνωση των δυο νοσημάτων, κριτήρια Ρώμης II, Manning's).

Η διατριβή για την αξιολόγηση της διαχείρισης ασθενών με συμπτώματα του ανώτερου πεπτικού είναι μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 5 Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.) γενικής ιατρικής (3 Π.Ι. Μακεδονίας και 2 Π.Ι. Κρήτης), με σκοπό την εκτίμηση της συχνότητας της δυσπεψίας και της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης καθώς και της συχνότητας λοίμωξης με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού σε ασθενείς με συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό που επισκέπτονταν τα συγκεκριμένα ιατρεία.

Όλοι οι ασθενείς που προσέρχονταν στα Π.Ι. κατά τη διάρκεια 10 συνεχόμενων εργάσιμων ημερών καταγράφηκαν και ερωτήθηκαν για την παρουσία ή μη συμπτωμάτων από το ανώτερο γαστρεντερικό. Τα άτομα που απάντησαν θετικά συμπλήρωσαν στη συνέχεια το σταθμισμένο στα Ελληνικά ερωτηματολόγιο IDGP και το ερωτηματολόγιο για τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (Reflux Disease Questionnaire-RDQ, το οποίο χρησιμοποιήθηκε μετά από άδεια).<sup>8</sup> Συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής ασθενών με παλινδρόμηση και δυσπεψία (QOLRAD).<sup>9</sup> Όλοι οι ασθενείς που απάντησαν θετικά προγραμματίστηκαν για ενδοσκόπηση. Όσα άτομα αρνήθηκαν να προβούν σε ενδοσκόπηση προγραμματίστηκαν να ελεγχθούν για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού με τη δοκιμασία αναπνοής, ενώ συγχρόνως μια συνέντευξη μαζί τους επιχείρησε να καταγράψει τους λόγους της μη συμμόρφωσης τους στην παραπομπή.

## Αποτελέσματα

### *Αποτελέσματα από τη μελέτη των λειτουργικών διαταραχών στην ΠΦΥ*

Στη διατριβή αυτή και κατά τη φάση της καταγραφής των ασθενών από τα αρχεία 5 κέντρων υγείας εντοπίστηκαν 48 άτομα με τη διάγνωση της δυσπεψίας (2,7 περιπτώσεις/1000 άτομα-έτη) και 128 (1,0 περιπτώσεις/1000 άτομα-έτη) με τη διάγνωση ΣΕΕ. Η συχνότητα της διάγνωσης του ΣΕΕ ήταν μικρότερη από ότι καταγράφεται σε άλλες μελέτες.<sup>10</sup> Η συχνότητα αυτή βρέθηκε να έχει γραμμική συσχέτιση με τη συχνότητα της οξείας γαστρεντερίτιδας. Η εμφάνιση της δυσπεψίας και του ΣΕΕ στα αρχεία των κέντρων υγείας ήταν συχνότερη στις γυναίκες.

Στην επόμενη φάση της μελέτης στην οποία διενεργήθηκαν δομημένες συνεντεύξεις, συμμετείχαν είκοσι-εννέα ασθενείς (60,4%) με δυσπεψία και 68 (53,1%) με ΣΕΕ. Η συμφωνία μεταξύ των διαγνωσμένων με δυσπεψία από τους γιατρούς ΠΦΥ και των διαγνωσμένων μέσω του σταθμισμένου ερωτηματολογίου για τη δυσπεψία IDGP ήταν 20,7% με ( $\kappa = 0,018$ , CI 95% 0,017- 0,019,  $p = 0,6$ ). Μόνο ένας ασθενής πληρούσε τα κριτήρια Ρώμης II αφού ήταν ο μόνος με γαστροσκοπικά αποδεδειγμένη δυσπεψία. Κατά τη συνέντευξη 18 ασθενείς βρέθηκαν να έχουν οργανική νόσο: πεπτικό έλκος 11 και ΓΟΠ 7. Πληροφορίες για την παρουσία ή εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού δε βρέθηκαν ούτε στα αρχεία των κέντρων υγείας αλλά ούτε και κατά τις συνεντεύξεις των ασθενών. Όσον αφορά στο ΣΕΕ, η συμφωνία με τα διεθνή κριτήρια ήταν μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών με δυσπεψία, 67,6% για τα Manning και 47,1% για τα κριτήρια Ρώμης II.

### *Αποτελέσματα από τη δδ στους ασθενείς με συμπτώματα του ανώτερου πεπτικού στην ΠΦΥ*

Με βάση τα πρώτα αποτελέσματα από δύο Π.Ι. (1 Μακεδονία, 1 Κρήτη) και σε ένα σύνολο 598 επισκέψεων σε διάστημα δέκα προκαθορισμένων εργάσιμων ημερών ενός μήνα, 412 ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη. Από τα 412 αυτά άτομα, 58 ήταν IDGP (+) (14,1%) από τους θετικούς ασθενείς μόνο 19 άτομα δέχθηκαν να υποβληθούν σε γαστροσκόπηση. Από τους αρνητικούς για δυσπεψία ή ΓΟΠΝ ασθενείς οι 29 (9,1%) λάμβαναν αντιεκκριτική αγωγή.

## Συζήτηση

Από την ανάγνωση των αποτελεσμάτων της πρώτης μελέτης φαίνεται ότι, οι γιατροί της ΠΦΥ δε χρησιμοποιούν διεθνή κριτήρια για τη διάγνωση της δυσπεψίας και του ΣΕΕ. Πίσω από τη διάγνωση της δυσπεψίας φαίνεται να υπάρχει σε υψηλό ποσοστό κάποια οργανική νόσος του ανώτερου πεπτικού. Η διαπίστωση αυτή υπο-

γραμμίζει τον κίνδυνο που υπάρχει για λάθος διάγνωση. Η ενημέρωση και εξοικείωση με τα διεθνή κριτήρια θα μπορούσε να βελτιώσει την κλινική αποτελεσματικότητα των γιατρών που εργάζονται στην ΠΦΥ. Από τη δεύτερη δδ, που βρίσκεται σε εξέλιξη, μας εντυπωσίασε η άρνηση των ασθενών με συμπτώματα του ανώτερου πεπτικού να υποβληθούν σε ενδοσκόπηση. Το ζήτημα της χαμηλής συμμόρφωσης των ασθενών στη σύσταση του γιατρού τους χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και αποτελεί πεδίο συζήτησης στη βιβλιογραφία.<sup>11</sup>

Ένα άλλο εύρημα που αξίζει επίσης περαιτέρω συζήτησης, είναι αυτό της αυτοδιαχείρισης των συμπτωμάτων από τους ασθενείς με τη λήψη PPI ή H<sub>2</sub> ανταγωνιστών, γνωστό ως «over the counter» πρόβλημα.

Για τη βελτίωση της διαχείρισης της δυσπεψίας από τους γιατρούς ΠΦΥ, στο πλαίσιο ενός Ευρωπαϊκού προγράμματος Interreg III με τίτλο «Βελτίωση της διαχείρισης ασθενών στα Κέντρα Υγείας με χρήση νέων τεχνολογιών» το οποίο υλοποιείται από τον τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, έγινε μία προσπάθεια διαμόρφωσης ομοφωνίας για τη διαχείριση της δυσπεψίας στη γενική ιατρική. Οι συμφωνηθείσες δηλώσεις υπό μορφή συστάσεων προγραμματίζεται να ενσωματωθούν σε πρόγραμμα ηλεκτρονικής καταγραφής ασθενών, και αναμένεται να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας ασθενών με δυσπεψία στην ΠΦΥ. Η συνεργασία με την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία και την Εταιρεία Μελέτης του Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού κρίνεται απαραίτητη και θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση των κλινικών πρακτικών του γενικού ιατρού.

*Ευχαριστίες: Ιδιαίτερες ευχαριστίες στον καθηγητή Γαστρεντερολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Ηλία Κουρούμαλη και στους συνεργάτες γιατί χωρίς την υποστήριξη τους ο σχεδιασμός και η εφαρμογή αυτών των δδ δεν θα ήταν δυνατή.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Maconi G, Tosetti C, Stanghellini V, Bianchi Porro G, Corinaldesi R. Dyspeptic symptoms in primary care. An observational study in general practice. Eur J Gastroenterol Hepatol 2002;14:985-990.
2. Knill-Jones RP. Geographical differences in the prevalence of dyspepsia. Scand J Gastroenterol Suppl. 1991;182:17-24.
3. Archimandritis A, Sipsas N, Tryphonos M, Tsirantonaki M, Tjivras. Significance of various factors in patients with functional dyspepsia and peptic ulcer disease in Greece. A comparative prospective study. M. Ann Med Interne 1995;146:299-303.
4. Papatheodoridis GV, Karamanolis DG. Prevalence and impact of upper and lower gastrointestinal symptoms in the Greek urban general population. Scand J Gastroenterol. 2005;40:412-422.

5. Archimandritis A, Bitsikas J, Tjivras M, et al. *Helicobacter pylori* infection in Greece in healthy people and in patients with peptic ulcer and with dyspepsia without ulcer. Clin Gastroenterol 1993;16:257-258.
6. Kennedy T, Jones R. Development of a postal health status questionnaire to identify people with dyspepsia in the general population. Scand J Prim Health Care 1995;13:243-249.
7. Anastasiou F, Antonakis N, Chairiti G, Theodorakis PN, Lionis C. Identifying dyspepsia in the Greek population: translation and validation of a questionnaire. BMC Public Health 2006;6:56.
8. [No authors listed] Value of reflux diagnostic questionnaire in the diagnosis of gastroesophageal reflux disease. Chin J Dig Dis 2004;5:51-55.
9. Wiklund IK, Junghard O, Grace E, et al. Quality of life in reflux and dyspepsia patients. Psychometric documentation of a new disease-specific questionnaire (QOLRAD). Eur J Surg Suppl. 1998;583:41-49.
10. Lionis C, Olsen-Faresjo A, Anastasiou F, et al. Measuring the frequency of functional gastrointestinal disorders in rural Crete: a need for improving primary care physicians' diagnostic skills. Rural Remote Health 2005;5:409.
11. Alexandre NM, Nordin M, Hiebert R, Campello M. Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain. Rev Panam Salud Publica 2002;12:86-94.