
Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και ΜΣΑΦ

Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου

Η λοίμωξη από το *Helicobacter pylori* (*H.p.*) και η χρήση μη-στεροειδών αντιφλεγμονωδών (ΜΣΑΦ) - συμπεριλαμβανομένης της ασπιρίνης, αποτελούν την αιτία της δημιουργίας της πλειοψηφίας των ελκών και των επιπλοκών τους. Αν και φαρμακολογικά δρουν με διαφορετικό και εν πολλοίς ανταγωνιστικό μηχανισμό, οι μελέτες δείχνουν ότι η βλαπτική τους δράση στο γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο είναι ανεξάρτητη και τουλάχιστον αθροιστική,^{1,2} και η *H.p.* λοίμωξη σχεδόν διπλασιάζει τον κίνδυνο αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό σύστημα μεταξύ των χρηστών ΜΣΑΦ.³

Μια μετα-ανάλυση⁴ και δυο συστηματικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας^{5,6} έδειξαν ότι η εκρίζωση της *H.p.* λοίμωξης ασκεί γαστροπροστατευτική δράση στους νέους χρήστες ΜΣΑΦ.⁴ Αντίθετα, τόσο οι ίδιες μελέτες,^{4,6} όσο και πρόσφατη τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη⁷ δεν έδειξαν κλινικό όφελος αναφορικά με τη δημιουργία νέων ελκών και την εμφάνιση δυσπεπτικών ενοχλημάτων από την εκρίζωση της *H.p.* λοίμωξης στους χρόνιους χρήστες ΜΣΑΦ.

Στην ιδιαίτερη ομάδα των ασθενών που είναι οι χρόνιοι χρήστες ασπιρίνης ή ΜΣΑΦ και που έχουν ήδη παρουσιάσει ένα επεισόδιο οξείας αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού συστήματος, η θεραπεία της *H.p.* λοίμωξης σε σχέση με τη μακροχρόνια χορήγηση γαστροπροστασίας έχει παρόμοια αποτελεσματικότητα ως προς την πι-

Λέκτορας Γαστρεντερολογίας, Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

θανότητα υποτροπής της αιμορραγίας στους 6 μήνες στους ασθενείς που συνεχίζουν να λαμβάνουν χαμηλή δόση ασπιρίνης, αλλά υστερεί σημαντικά στους ασθενείς που συνεχίζουν να λαμβάνουν ΜΣΑΦ.⁸ Πιθανολογείται ότι η ασπιρίνη προκαλεί αιμορραγία μέσω της αντιαιμοπεταλιακής της δράσης σε έλκη που οφείλονται στην *H.p.* λοίμωξη και παρότι υπάρχουν και αντίθετα δεδομένα,⁹ είναι πιθανό ότι η εκρίζωση προστατεύει τους χρόνιους χρήστες ασπιρίνης. Όμως, η εκρίζωση του *H.p.* δεν είναι επαρκής για την πρόληψη της υποτροπής της αιμορραγίας στους χρόνιους χρήστες ΜΣΑΦ, οι οποίοι έχουν ανάγκη από μακροχρόνια γαστροπροστασία.⁸

Η επίδραση της *H.p.* λοίμωξης στους χρήστες εκλεκτικών αναστολέων της κυκλο-οξυγενάσης 2 δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Η πολυπαραγοντική ανάλυση της ελεγχόμενης και τυχαιοποιημένης μελέτης της ροφεκοξίμπης έναντι της ναπροξένης έδειξε ότι η υπεροχή της ροφεκοξίμπης στην πρόληψη επιπλεγμένων δωδεκαδακτυλικών ελκών εξαφανίζεται επί παρουσίας του *H.p.*¹⁰ Η παρατήρηση αυτή χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Τα παραπάνω δεδομένα συνοψίζονται στις Ευρωπαϊκές Οδηγίες για την αντιμετώπιση της *H.p.* λοίμωξης:¹¹ α) η εκρίζωση του *H.p.* είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση των χρονίων ελκών από ΜΣΑΦ, αλλά είναι ανεπαρκής για την πλήρη πρόληψη των υποτροπών, β) η εκρίζωση του *H.p.* μπορεί να προλάβει τη γαστρορραγία σε νέους χρήστες ΜΣΑΦ, γ) η θεραπεία συντήρησης με PPI υπερτερεί της εκρίζωσης του *H.p.* για την πρόληψη/υποτροπή της αιμορραγίας του έλκους σε χρόνιους χρήστες ΜΣΑΦ με έλκος ή γαστρορραγία, δ) ασθενείς που λαμβάνουν ασπιρίνη μακροχρόνια και αιμορραγούν πρέπει να ελέγχονται για *H.p.* λοίμωξη και εάν είναι θετικοί, να λαμβάνουν θεραπεία, ε) απαιτούνται επιπλέον μελέτες για να διευκρινιστεί ο ρόλος της *H.p.* λοίμωξης στους ασθενείς που λαμβάνουν εκλεκτικά ΜΣΑΦ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Papatheodoridis GV, Sougioultzis S, Archimandritis AJ. Effects of *Helicobacter pylori* and nonsteroidal anti-inflammatory drugs on peptic ulcer disease: a systematic review. Clin Gastroenterol Hepatol 2006 ;4:130-142.
2. Huang J-Q, Sridhar S, Hunt RH. Role of *Helicobacter pylori* infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. Lancet 2002; 359:14-22.
3. Papatheodoridis GV, Papadelli D, Cholongitas E, Vassilopoulos D, Mentis A, Hadziyannis SJ. Effect of *Helicobacter pylori* infection on the risk of upper gastrointestinal bleeding in users of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Am J Med 2004;116:601-605.
4. Vergara M, Catalan M, Gisbert JP, Calvet X. Meta-analysis: role of *Helicobacter pylori* eradication in the prevention of peptic ulcer in NSAID users. Aliment Pharmacol Ther 2005;21:1411-1418.

5. Papatheodoridis GV, Archimandritis AJ. Role of *Helicobacter pylori* eradication in aspirin or non-steroidal anti-inflammatory drug users. *World J Gastroenterol* 2005;11:3811-3816.
6. Kiltz U, Zochling J, Schmidt WE, Braun J. Use of NSAIDs and infection with *Helicobacter pylori* - what does the rheumatologist need to know. *Rheumatology* 2008;47:1342-1347.
7. de Leest HTJ, Steen KSS, Lems WF, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* does not reduce the incidence of gastroduodenal ulcers in patients on long-term NSAID treatment: Double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Helicobacter* 2007;12:477-485.
8. Chan FKL, Chung SCS, Suen RN, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. *N Engl J Med* 2001;344:967-973.
9. Lai KC, Lam SK, Chu KM, et al. Lansoprazole for the prevention of recurrences of ulcer complications from long-term low-dose aspirin use. *N Engl J Med* 2002;346:2033-2038.
10. Laine L, Bombardier C, Hawkey CJ, et al. Stratifying the risk of NSAID-related upper gastrointestinal clinical events: results of a double-blind outcome study in patients with rheumatoid arthritis. *Gastroenterology* 2002;213:106-112.
11. Malfertheiner P, Megraud, O'Morain C, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection - the Maastricht III Consensus report. *Gut* 2007;56:772-781.