

Εκρίζωση του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού στην οικογένεια

Όχι

Νίκος Βιάζης

Η λοίμωξη από Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*H. pylori*) είναι η πιο διαδεδομένη λοίμωξη σε παγκόσμιο επίπεδο και αφορά περίπου στο 50% του πληθυσμού της γης.¹ Παρόλο, που η επιστημονική έρευνα των τελευταίων χρόνων έχει πλουτίσει τις γνώσεις μας γύρω από την επιδημιολογία της *H. pylori* λοίμωξης, ο τρόπος, οι οδοί και οι μηχανισμοί μετάδοσης του μικροβίου παραμένουν ακόμα υποθετικοί. Έτσι, δεν γνωρίζουμε τον ακριβή ρόλο του οικογενειακού περιβάλλοντος στη μετάδοση της λοίμωξης από το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και για το λόγο αυτό, η εκρίζωση του μικροβίου στην οικογένεια δεν προτείνεται από τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες.

Η μετάδοση οποιασδήποτε λοίμωξης προϋποθέτει άμεση ή έμμεση επαφή των ευαίσθητων σε αυτή ατόμων ή ομάδων με τις πηγές της μόλυνσης του παθογόνου μικροοργανισμού. Δεδομένης της απουσίας σημαντικών στοιχείων που να υποδεικνύουν ζωνοτική μετάδοση του *H. pylori*, αλλά και του υψηλού επιπέδου προσαρμογής του μικροβίου στο γαστρικό βλεννογόνο του ανθρώπου, φαίνεται ότι η μετάδοση του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού συμβαίνει από άνθρωπο σε άνθρωπο, είτε απευθείας, είτε μέσω διασποράς του μικροβίου και μόλυνσης του φυσικού περιβάλλοντος (νερού, τροφών κ.λπ.). Όμως η απουσία σαφούς και επιδημιολογικά αξιολογήσιμης

Γαστρεντερολόγος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

περιβαλλοντικής πηγής της λοίμωξης, συνηγορεί υπέρ της απευθείας μετάδοσης, υποδεικνύει δηλαδή άμεση μετάδοση από άτομο σε άτομο. Με βάση τα δεδομένα αυτά, ο ρόλος της οικογένειας στη μετάδοση της *H. pylori* λοίμωξης θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Όμως, τα υπάρχοντα δεδομένα στη διεθνή βιβλιογραφία, όσον αφορά στην επίπτωση του *H. pylori* στην οικογένεια, τόσο ανάμεσα σε γονείς και τα παιδιά τους, όσο και ανάμεσα σε ζευγάρια, είναι αντικρουόμενα.

Σήμερα με βάση τα δεδομένα οροεπιδημιολογικών μελετών είναι δυνατή η χαρτογράφηση της *H. pylori* λοίμωξης στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Έτσι, προκύπτουν δύο κύριοι επιδημιολογικοί τύποι, παρόλο που υπάρχουν αξιοσημείωτες επιμέρους διαφορές μεταξύ των διαφόρων χωρών, αλλά και στην ίδια χώρα σε διαφορετικής εθνικότητας πληθυσμιακές ομάδες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες (Νοτιοανατολική Ασία, Αφρική, Νότια Αμερική) ο επιπολασμός της *H. pylori* λοίμωξης είναι ιδιαίτερα υψηλός. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (80-90%) έχει προσβληθεί από *H. pylori*, συνήθως μάλιστα από την παιδική ηλικία. Στις βιομηχανικές χώρες (Η.Π.Α., Δυτική Ευρώπη, Αυστραλία) η λοίμωξη στην παιδική ηλικία είναι σπάνια, ενώ παρατηρείται βαθμιαία αύξηση του επιπολασμού της με την ηλικία, που φθάνει περίπου στο 50-60% σε άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών.^{1,2}

Σημαντικές πληροφορίες για την ενδοοικογενειακή μετάδοση του *H. pylori* παίρνουμε και από μελέτες μοριακής τυποποίησης του μικροβίου. Με τη χρήση μοριακών τεχνικών γίνεται ανάλυση του βακτηριδιακού DNA και συγκρίνονται οι μοριακοί τύποι που προκύπτουν (fingerprinting). Λόγω της εκτεταμένης γονοτυπικής ετερογένειας που παρουσιάζει το *H. pylori* τυχόν ομοιότητα υποδηλώνει επιδημιολογικά σχετιζόμενα στελέχη του μικροβίου. Παρόλο που οι μελέτες τυποποίησης δεν εμφανίζουν ομοιόμορφα αποτελέσματα και συνήθως αφορούν μεμονωμένες περιπτώσεις οικογενειών, η γενική εκτίμηση είναι ότι υπάρχει κάποιου βαθμού επίπτωση ομοίων στελεχών *H. pylori*, αλλά αυτό αποτελεί την εξαίρεση μάλλον παρά τον κανόνα.³ Πράγματι, μελέτη από τον Ελληνικό χώρο ανέδειξε επίπτωση τουλάχιστον δύο όμοιων στελεχών *H. pylori* στο 50% των οικογενειών *H. pylori* θετικών ατόμων με δωδεκαδακτυλικό έλκος ή δυσπεψία χωρίς έλκος. Από την περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων της μελέτης αυτής προέκυψε ότι περίπου 27,6% των ατόμων απέκτησαν τη λοίμωξη εντός της οικογένειας και 72,4% εκτός αυτής.⁴ Σε μια ακόμα μελέτη στον Ελληνικό πληθυσμό που αφορούσε συζύγους ασθενών με δωδεκαδακτυλικό έλκος, η σύγκριση των γονιδιακών τύπων του ριβοσωματικού RNA (ριβοτυπία) αποκάλυψε όμοια στελέχη *H. pylori* μεταξύ των συζύγων στο 44,4% και διαφορετικά στο υπόλοιπο 55,6% των περιπτώσεων.⁵ Παρόμοια ποσοστά (που δεν φαίνεται να ξεπερνούν το 50%) ομοίων στελεχών σε οικογένειες παρατηρήθηκαν και σε άλλες Δυτικές ή βιομηχανοποιημένες χώρες, όπως στη Μεγάλη Βρετανία, τις Η.Π.Α. και την Κορέα.³

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε κάποια δεδομένα από χώρες της Αφρικής, όπου η εικόνα μοιάζει να διαφοροποιείται και να αποδυναμώνεται ακόμα περισσότερο ο ρόλος της οικογένειας στη μετάδοση της λοίμωξης από *H. pylori*. Πράγματι,

όπως ανέδειξε μια πρόσφατη, μεγάλη επιδημιολογική μελέτη, η οριζόντια μετάδοση της λοίμωξης από άτομο σε άτομο εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν η κύρια αιτία μόλυνσης στον πληθυσμό της Νότιας Αφρικής.⁶

Ένα ιδιαίτερο τύπο μελετών αποτελούν οι προοπτικές μελέτες εκτίμησης της επαναμόλυνσης από *H. pylori*, μετά από θεραπεία εκρίζωσης. Οι μελέτες αυτές δείχνουν γενικά χαμηλά ποσοστά επαναμόλυνσης στους ενήλικες, τόσο στις αναπτυγμένες (0,5-3,2% ανά έτος), όσο και στις αναπτυσσόμενες περιοχές (3,7-4,2% ανά έτος), εφόσον χρησιμοποιηθούν θεραπευτικά σχήματα με αποτελεσματικότητα >80%.⁷ Σε μία μελέτη από τη Μεγάλη Βρετανία εκτιμήθηκε ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος στην επαναμόλυνση παιδιών στα οποία είχε εκριζωθεί το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Σύμφωνα με το σχεδιασμό της μελέτης, στην οποία συμμετείχαν 50 οικογένειες, στις μισές από αυτές το *H. pylori* εκριζώθηκε σε όλα τα μέλη, ενώ στις άλλες μισές μόνο στο παιδί που είχε τη λοίμωξη. Μετά από μια μέση παρακολούθηση 62 μηνών, το ποσοστό επαναμόλυνσης δεν διέφερε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις δύο ομάδες.⁸ Η μελέτη αυτή αναδεικνύει ότι το οικογενειακό περιβάλλον δεν επιδρά σε σημαντικό βαθμό στη μόλυνση του ατόμου με *H. pylori* και για το λόγο αυτό η εκρίζωση του μικροβίου στην οικογένεια δεν μπορεί να προταθεί.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι, παρότι υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν το ρόλο της οικογένειας στη μετάδοση του *H. pylori*, φαίνεται ότι εξωοικογενειακές πηγές (π.χ. σχολείο) πιθανώς διαδραματίζουν ποσοτικά σπουδαιότερο ρόλο.⁹ Με τα μέχρι σήμερα στοιχεία, σε καμία από τις κατευθυντήριες οδηγίες για την εκρίζωση του *H. pylori* δεν προτείνεται η εκρίζωση του μικροβίου στην οικογένεια και η μόνη σύσταση που ισχύει αφορά στην εκρίζωση συγγενών πρώτου βαθμού ατόμων με γαστρικό καρκίνο.¹⁰⁻¹²

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bruce MG, Maaroos HI. Epidemiology of *Helicobacter pylori* Infection. *Helicobacter* 2008;13(Suppl 1):1-6.
2. Daugule I, Rowland M. *Helicobacter pylori* infection in children. *Helicobacter* 2008;13(Suppl 1):41-46.
3. Kivi M, Tindberg Y. *Helicobacter pylori* occurrence and transmission: a family affair? *Scand J Infect Dis* 2006;38(6-7):407-417.
4. Georgopoulos SD, Triantafyllou K, Farneli M, et al. Molecular analysis of B-cell clonality in *Helicobacter pylori* gastritis. *Dig Dis Sci* 2005;50:1616-1620.
5. Georgopoulos SD, Mentis AF, Spiliadis CA, et al. *Helicobacter pylori* infection in spouses of patients with duodenal ulcers and comparison of ribosomal RNA gene patterns. *Gut* 1996;39:634-638.

6. Schwarz S, Morelli G, Kusecek B, et al. Horizontal versus familial transmission of *Helicobacter pylori*. PLoS Pathog 2008;4:e1000180.
7. Niv Y. *H. pylori* recurrence after successful eradication. World J Gastroenterol 2008;14:1477-1478.
8. Farrell S, Milliken I, Doherty G, Murphy J, Wootton S, McCallion W. Total family unit *Helicobacter pylori* eradication and pediatric re-infection rates. Helicobacter 2004;9:285-288.
9. Weyermann M, Rothenbacher D, Brenner H. Acquisition of *Helicobacter pylori* infection in early childhood: independent contributions of infected mothers, fathers, and siblings. Am J Gastroenterol 2009;104:182-189.
10. Dzieniszewski J, Jarosz M. Guidelines in the medical treatment of *Helicobacter pylori* infection. J Physiol Pharmacol 2006;57(Suppl 3):143-154.
11. Hamashima C, Shibuya D, Yamazaki H, et al. The Japanese guidelines for gastric cancer screening. Jpn J Clin Oncol 2008;38:259-267.
12. Fock KM, Talley N, Moayyedi P, et al. Asia-Pacific Gastric Cancer Consensus Conference. Asia-Pacific consensus guidelines on gastric cancer prevention. J Gastroenterol Hepatol 2008;23:351-365.