

ترجمه از:

صحرا کوهی هدلو: کارشناس زیست‌شناسی سلولی و مولکولی - میکروبیولوژی، شبکه بهداشت و درمان مغان (گرمی)، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

هلیکوباکتر پیلوری

ایجاد زخم اثنی عشر است یا آیا این دو به سادگی با هم مرتبط هستند وجود دارد. شواهد قابل توجهی وجود دارد که از مورد دوم حمایت می‌کند، از جمله این یافته‌ها که به میزان بالایی وجود دارد این است که بخش عظیمی از کودکانی که به بیماری زخم اثنی عشر مبتلا هستند، آزمایش هلیکوباکتر پیلوری در آنها مثبت است.

بیماران هلیکوباکتر پیلوری مثبت بیشتر در معرض خطر ابتلا به آدنوکارسینوم معده هستند، اما این ارتباط ساده نیست و تا حد زیادی به پتانسیل هلیکوباکتر پیلوری برای ایجاد گاستریت آتروفیک بستگی دارد در حالی که ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری می‌تواند خطر انکوژن را کاهش دهد، هنگامی که متاپلازی ایجاد می‌شود، احتمال آن کمتر می‌شود.

لنفوم بافت لنفاوی مرتبط با مخاط معده (MALT) یک بیماری نادر اما جالب است که در آن ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری باعث رگرسیون بالینی لنفوم در ۷۵-۸۰ درصد موارد می‌شود. در بقیه، به نظر می‌رسد انتقال ژن‌ها با خواص انکوژنی وجود دارد.

ارتباط بین عفونت هلیکوباکتر پیلوری و بیماری ریفلاکس معده - مری بحث برانگیز است. در واقع برخی از مطالعات نشان می‌دهد که یک رابطه معکوس در این مورد وجود دارد و حضور آن ممکن است یک اثر محافظتی در برابر ازوفازیت ریفلاکس ایجاد کند.

خصوصیات بالینی عفونت با هلیکوباکتر پیلوری

عفونت با هلیکوباکتر پیلوری همانطور که در بالا ذکر شد ممکن است بدون علامت باشد. ممکن است علائم بیماری زخم معده (سوء هاضمه)

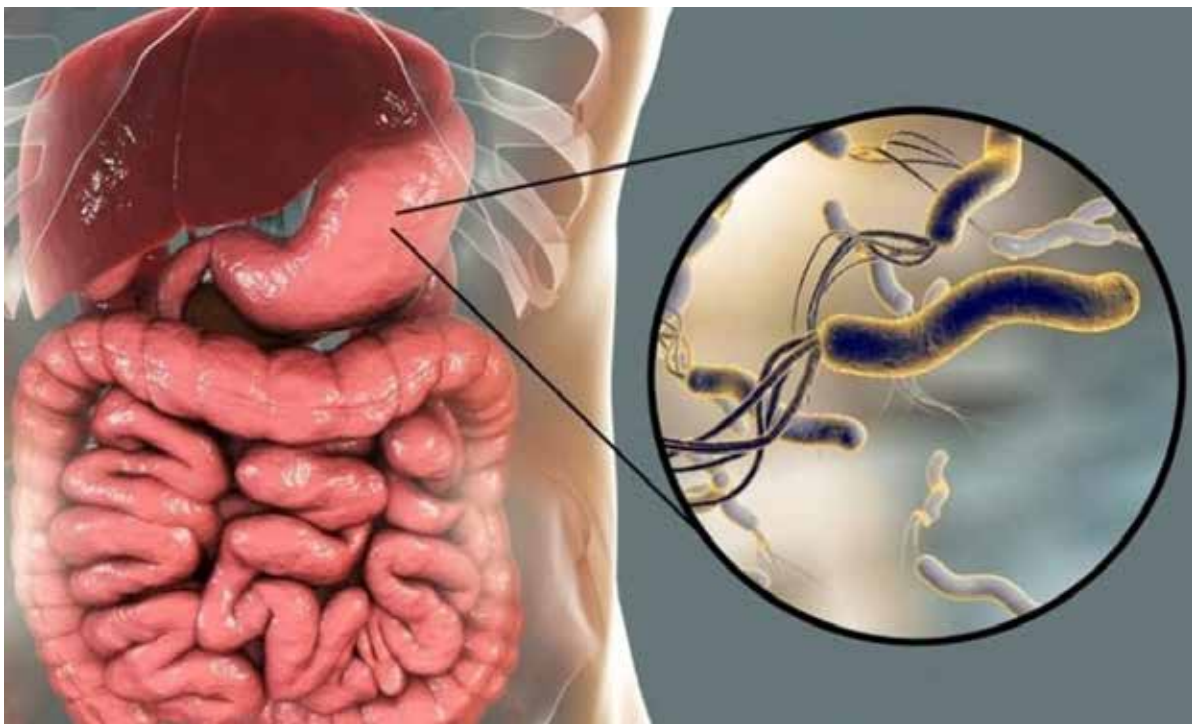
هلیکوباکتر پیلوری را می‌توان به هفت تایپ جمعیتی طبقه بندی کرد که شامل، hpAfrica1، hpAfrica2، hpNEAfrica، hpEastAsia، hpAsia2، hpEurope و hpSahul می‌باشند. روی ژنوم‌های کامل تعدادی از این تایپ‌ها در حال حاضر بهتر کار شده است. شایع‌ترین ژنوتیپ‌ها در بیماران مبتلا به زخم‌های گوارشی vacA مثبت و cagA مثبت هستند. وجود vacA، cagA و سویه‌های دیگر هلیکوباکتر پیلوری به شدت با سرطان معده‌ای از نوع روده‌ای مرتبط است.

شیوع هلیکوباکتر پیلوری

- شیوع هلیکوباکتر پیلوری در بسیاری از مناطق بریتانیا کمتر از ۱۵ درصد است و همچنان در حال کاهش است.
- عوامل خطر شامل وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر و شرایط غیربهداشتی یا ازدحام بیش از حد است. شیوع هلیکوباکتر پیلوری در کشورهای در حال توسعه بیشتر است.
- به عنوان یک قاعده کلی، شیوع هلیکوباکتر پیلوری با افزایش سن افزایش می‌یابد.
- در سراسر جهان، بیش از ۵۰ درصد از کل افراد مبتلا به عفونت با هلیکوباکتر پیلوری هستند.

عوارض جانبی عفونت با هلیکوباکتر پیلوری

بیش از ۵۰ درصد از جمعیت جهان به هلیکوباکتر پیلوری مبتلا هستند، بنابراین عفونت همیشه با بیماری مرتبط نیست. با این حال، تقریباً در تمام موارد زخم اثنی عشر و بیشتر موارد زخم معده وجود دارد. به رسمیت شناختن ارتباط بین هلیکوباکتر پیلوری عفونت و بیماری زخم پپتیک یک پیشرفت بزرگ در زمینه گوارش بود. زخم پپتیک بدون عفونت با هلیکوباکتر پیلوری یا بدون استفاده از داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) نادر است. بحث‌هایی در مورد اینکه هلیکوباکتر پیلوری عامل



حاکمی از انجام آزمایش و درمان هلیکوباکتر پیلوری است.

- ریشه کن کردن هلیکوباکتر پیلوری در بیمارانی که در شرف شروع درمان با NSAID ها هستند به طور قابل توجهی خطر آندوسکوپیی و زخم های پیچیده کاهش می دهد.

آزمایش های تشخیصی هلیکوباکتر پیلوری

آزمایش غیرتهاجمی تنها در صورتی مفید است که کنترل بعدی بیمار را تغییر دهد. NICE توصیه هایی را در مورد اینکه از کدام آزمایش استفاده شود ارائه می دهد:

- آزمایش تنفس اوره¹³ C urea یا آزمایش آنتی ژن مدفوع روش توصیه شده برای آزمایش هلیکوباکتر پیلوری است، اگرچه سرولوژی مبتنی بر آزمایشگاه در صورت تایید موضعی می تواند استفاده شود. دو هفته قبل از آزمایش، داروهای ضد ترشح اسیدی یا بیسموت را متوقف کنید.
- تست تنفس در حال حاضر تنها روش معتبر برای ارزیابی ریشه کنی در مراقبت های اولیه است.

درمان عفونت با هلیکوباکتر پیلوری

به همه بیمارانی که آزمایش هلیکوباکتر پیلوری مثبت دارند، درمان ریشه کنی باید ارائه داد.

چندین رژیم وجود دارد. احتمالاً هیچ تفاوتی بین PPI های مختلف موجود وجود ندارد، به شرطی که دوز معادل در آن استفاده شود و این یک موضوع انتخاب شخصی است. افزایش نگرانی ها در مورد مقاومت NICE را بر آن داشت تا در سال ۲۰۱۹ دستورالعمل آنتی بیوتیکی خود را تغییر دهد. موارد زیر بر اساس توصیه های آنها است.

وجود داشته باشد- به عنوان مثال، سیری، نفخ، سیری زودرس و حالت تهوع.

ارزیابی عفونت با هلیکوباکتر پیلوری

- بیمارانی که ۵۵ سال به بالا سن دارند و دچار سوء هاضمه و کاهش وزن هستند. به صورت اورژانسی به متخصص ارجاع باید داده شوند.
- ارجاع غیر اورژانسی را برای بیمارانی در نظر گرفته می شود که ۵۵ سال یا بیشتر سن داشته و با سوء هاضمه مقاوم به درمان یا سوء هاضمه با افزایش شمارش پلاکت، یا حالت تهوع یا استفراغ مراجعه می کنند.
- مروری بر داروها برای شناختن علل احتمالی سوء هاضمه به عنوان مثال، آنتاگونیست های کلسیم، نیترات ها، تیوفیلین ها، بیس فسفونات ها، کورتیکواستروئیدها و NSAID ها. در بیمارانی که نیاز به ارجاع دارند، استفاده از NSAID را متوقف کنید. احتمال بیماری قلبی یا صفراوی را به عنوان بخشی از تشخیص افتراقی در نظر بگیرید.
- یا درمان تجربی به مدت چهار هفته با مهارکننده پمپ پروتون با دوز کامل (PPI) یا آزمایش و درمان هلیکوباکتر پیلوری ممکن است عملیاتی شود. شواهد فعلی هیچ راهنمایی در مورد اولویت ارائه نمی دهد.
- قبل از انجام آزمایش هلیکوباکتر پیلوری از طریق آزمایش تنفس یا آنتی ژن مدفوع، یک دوره شستشوی دو هفته ای پس از استفاده از PPI ضروری است.
- در صورت عدم رفع بیماری یا عود بیماری پس از قطع کردن مهارکننده های ترشح اسید، اگر تست مثبت باشد شواهد

رژیم های خط اول توصیه شده

- اینها رژیم های بهینه بر اساس شواهد فعلی هستند:
- یک دوره هفت روزه PPI به همراه آموکسی سیلین ۱ گرم و کلاریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم یا مترونیدازول ۴۰۰ میلی گرم - هر سه دو بار در روز تجویز می شوند.
- رژیم درمانی با کمترین هزینه را انتخاب کنید و مواجهه قبلی با کلاریترومایسین یا مترونیدازول را در نظر بگیرید.
- برای افرادی که به پنی سیلین آلرژی دارند از PPI، کلاریترومایسین و مترونیدازول استفاده کنید - همه اینها دو بار در روز به مدت هفت روز.
- برای افرادی که به پنی سیلین حساسیت دارند و قبلاً در معرض کلاریترومایسین بوده اند، از PPI، مترونیدازول، تتراسایکلین و بیسموت استفاده کنند.

رژیم های ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری خط دوم

- برای افرادی که به درمان خط اول پاسخ نمی دهند، یک PPI، آموکسی سیلین و کلاریترومایسین یا مترونیدازول (هر کدام که در خط اول استفاده نشده است) ارائه دهید.
- برای افرادی که قبلاً در معرض کلاریترومایسین و مترونیدازول قرار گرفته اند، یک دوره هفت روزه، دو بار در روز درمان با تتراسایکلین (یا اگر تتراسایکلین قابل استفاده نیست، لووفلوکساسین) پیشنهاد کنید.
- برای افرادی که به پنی سیلین آلرژی دارند و قبلاً در معرض کینولون قرار نگرفته اند، یک دوره هفت روزه، دو بار در روز از PPI و مترونیدازول و لووفلوکساسین ارائه دهید.
- برای افرادی که به پنی سیلین آلرژی دارند و قبلاً در معرض یک کینولون قرار گرفته اند، یک دوره هفت روزه PPI، بیسموت، مترونیدازول و تتراسایکلین را تجویز نمایید.

شکست های درمانی

- اگر درمان ناموفق باشد، معمولاً به دلیل انطباق ضعیف یا مقاومت آنتی بیوتیکی است:
- اگر انطباق ضعیف وجود داشت، ممکن است رژیم قابل تحمل تری مورد نیاز باشد. ناراحتی شکم و اسهال بسیار

شایع است، اما باید بیمار را تشویق کرد که برای دستیابی به ریشه کنی ادامه دهد.

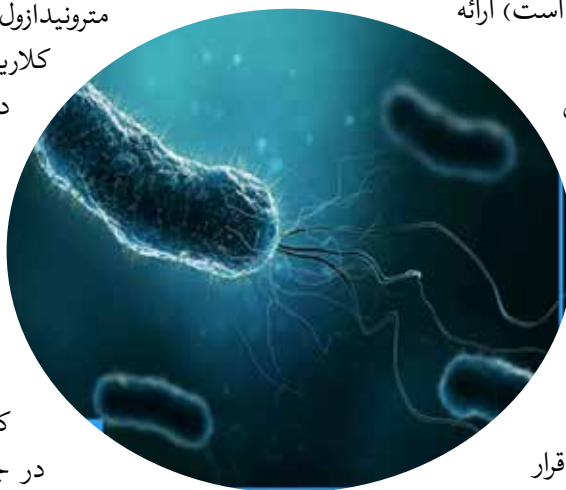
- مقاومت ممکن است حتی در طول درمان، به خصوص با یک آنتی بیوتیک، ایجاد شود.
- مترونیدازول و کلاریترومایسین آنتی بیوتیک هایی هستند که بیشترین نقش را در ایجاد مقاومت دارند. نرخ مقاومت در سراسر بریتانیا متفاوت است.

مقاومت آنتی بیوتیکی

- تحقیقات انجام شده در سراسر جهان نشان می دهد که داشتن پروتکل های درمانی محلی بر اساس الگوهای محلی مقاومت آنتی بیوتیکی عقلانی تر است، به ویژه مقاومت به مترونیدازول بسیار متغیر است.
- یافته های یک مطالعه در قاره اروپا در مورد میزان مقاومت هلیکوباکتر پیلوری در بزرگسالان نشان دهنده مقاومت به میزان ۱۷/۵ درصد برای کلاریترومایسین، ۱۴/۱ درصد برای لووفلوکساسین، و ۳۴/۹ درصد برای مترونیدازول بود. میزان مقاومت برای کلاریترومایسین و لووفلوکساسین در غرب یا مرکز و جنوب این قاره بطور قابل توجهی بالاتر بود (بیش از ۲۰٪). نسبت به کشورهای اروپای شمالی که کمتر از ۱۰ درصد بود.
- مقاومت به مترونیدازول در مناطق روستایی در بریتانیا کم است، اما می تواند تا ۶۵٪ در جمعیت های مناطق شهری با مهاجران زیاد باشد.

- مقاومت به آموکسی سیلین نادر است اما رخ می دهد.
- مقاومت می تواند در طول درمان کسب شود. بیمارانی که با دو درمان متوالی شامل کلاریترومایسین و مترونیدازول درمان نمی شوند، حداقل یکبار و معمولاً مقاومت مضاعف دارند. هیچ درمان خط سوم استاندارد وجود ندارد، اگرچه مطالعات جداگانه ای موفقیت درمان با PPI و بیسموت ساب سیترات، تتراسایکلین و مترونیدازول را گزارش کرده اند.

اگر درمان خط دوم با شکست مواجه شد، به دنبال



- میزوپروستول با دوز پایین نسبت به سرکوب اسید اثر کمتری دارد.

پیشگیری از عفونت با هلیکوباکتر پیلوری

- مطالعات نشان می دهند که پروبیوتیک ها و لاکتوباسیل ها فعالیت هلیکوباکتر پیلوری را کاهش می دهند. یک مطالعه دیگر گزارش داده است که استفاده از پروبیوتیک ها قبل و در طول درمان ریشه کنی، اثرات ریشه کنی عفونت با این باکتری را دارند. بهترین نتایج زمانی به دست آمد که پروبیوتیک ها بیش از دو هفته مورد استفاده واقع شدند.
- به طور کلی توصیه می شود که آزمایش هلیکوباکتر پیلوری صرفاً برای تأیید عفونت به عنوان عامل بیماری و سپس برای ریشه کنی آن اقدام انجام شود.
- نسبت خطر به سودمندی ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در بیماران بدون علامت نیاز به ارزیابی بیشتر دارد. آزمایش بزرگی از بیماران در قاره آسیا شواهد ضعیفی را ارائه کرد مبنی بر اینکه ریشه کنی خطر ابتلا به سرطان معده را کاهش می دهد، اما مطالعات روی بیماران از سایر جمعیت های نژادی لازم است انجام گیرد.
- عفونت هلیکوباکتر پیلوری از طریق یک مکانیسم خودایمنی در علت بیماری عروق کرونر قلب نقش دارد اما تحقیق بیشتری در این مورد مورد نیاز است، به همین ترتیب، هلیکوباکتر پیلوری با بیماری کبد چرب غیرالکلی مرتبط است، اما اطلاعات بیشتر در این مورد نیز مورد نیاز است.
- عملیات برای تولید واکسن علیه این ارگانیسم با کاهش منابع شرکت های بزرگ داروسازی کند شده است زیرا به سمت اولویت های دیگر هدایت می شود.

منبع:

This is a translation into Farsi of an article originally published in English: Dr Laurence Knott, Helicobacter Pylori. Available from patient.info/doctor/helicobacter-pylori-pro, 26/05/2020. This is an open access article distributed under the creative commons attribution license, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مشاوره با متخصص باشید. بر اساس منطق درمان اضافی باید بر اساس نتایج کشت قبل از درمان باشد، اما یک مطالعه نشان داده است که این رویکرد اغلب در ریشه کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری شکست خورده است.

فواید درمان عفونت با هلیکوباکتر پیلوری

- شواهد قطعی وجود دارد مبنی بر اینکه ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری میزان بهبودی زخم معده و اثنی عشر را بهبود می بخشد و و مقرون به صرفه تر بوده و بر درمان نگهدارنده سرکوب کننده اسید در پیشگیری از زخم اثنی عشر برتری دارد.
- یک مطالعه نشان داد که ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در کاهش خونریزی مکرر زخم معده-اثنی عشر موفق تر از درمان زخم به تنهایی بوده است.
- ریشه کن کردن هلیکوباکتر پیلوری در بیماران مبتلا به سوء هاضمه که به عنوان هلیکوباکتر پیلوری مثبت شناسایی شده اند اما آندوسکوپی نشده اند مفید است.
- ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری به عنوان درمان خط اول برای بیماران مبتلا به مرحله اول لنفوم MALT معده با درجه پایین پیشنهاد شده است.
- شواهد مربوط به اثر محافظتی هلیکوباکتر پیلوری در برابر کارسینوم معده پیچیده است اما اتفاق نظر بر این است که باید در اسرع وقت و به بهترین وجه قبل از وجود ضایعات پیش سرطانی ریشه کن شود.
- میزان عفونت مجدد متغیر است. یک بررسی سیستماتیک میزان عفونت مجدد در جهان را ۳/۱ درصد گزارش کرده است که در این بررسی کشورهای توسعه یافته از میزان عفونت مجدد کمتری در مقایسه با کشورهای در حال توسعه برخوردار بودند.

پیگیری عفونت با هلیکوباکتر پیلوری

- در سوء هاضمه فقط در بیمارانی که علائم آنها عود می کند، بررسی ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری ضروری است.
- بیماران مبتلا به زخم معده باید شش تا هشت هفته پس از شروع درمان آزمایش مجدد (معده یا اثنی عشر) انجام دهند.
- نتایج آزمایش های سرولوژی می تواند تا یک سال پس از ریشه کنی مثبت باقی بماند.
- اگر بیمار از NSAID استفاده می کرده است، لازم است درباره درمان بیشتر صحبت شود.