

Zapalenie błony śluzowej żołądka u osób otyłych

Inflammation of gastric mucosa in obese people

Marta Wiśniewska, Janusz Rudziński, Paweł Gordon

Oddział Gastroenterologii Kliniki Chorób Wewnętrznych 10. Wojskowego Szpitala z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy; koordynator oddziału: ptk rez. dr n. med. Janusz Rudziński

Streszczenie. U 144 osób przed planowanym zabiegiem bariatrycznym (LSG) z powodu otyłości olbrzymiej przeprowadzono ankietę dotyczącą dolegliwości dyspeptycznych oraz badanie endoskopowe (panendoskopia) z pobraniem wycinków błony śluzowej do oceny histopatologicznej. Skorelowano objawy kliniczne z obrazem histopatologicznym oraz oceniono częstość występowania infekcji *Helicobacter pylori* w populacji ludzi otyłych.

Słowa kluczowe: otyłość, rękawowa resekcja żołądka, zapalenie błony śluzowej żołądka, zakażenie *Helicobacter pylori*

Abstract. In 144 people prior to elective bariatric surgery (laparoscopy sleeve gastrectomy – LSG) due to morbid obesity, a questionnaire regarding dyspeptic symptoms and endoscopic examination (panendoscopy) with mucosal specimens for histopathological evaluation were performed. Clinical symptoms were correlated with the histopathological picture and the incidence of *H. pylori* infection in the obese population was assessed.

Key words: gastritis, *Helicobacter pylori* infection, laparoscopy sleeve gastrectomy, obesity

Nadesłano: 24.11.2020. Przyjęto do druku: 22.12.2020
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.
Lek. Wojsk., 2021; 99 (1): 9–12
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji

Marta Wiśniewska
Oddział Gastroenterologii Kliniki Chorób Wewnętrznych
10. Wojskowego Szpitala z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy
ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz
e-mail: martawis83@wp.pl

Wstęp

Otyłość uznawana jest za jedną z ważniejszych chorób cywilizacyjnych współczesnego świata [1]. Dotyczy całej populacji, niezależnie od statusu społecznego, wieku, płci, rasy czy wykształcenia. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation – WHO) w 2002 r. umieściła otyłość na liście największych zagrożeń ludzkości [1]. Według NCD Risk Factor Collaboration (NCD-ORisC) trzech na pięciu dorosłych Polaków ma nadwagę, a jeden na czterech jest otyły [2]. Raport Narodowego Funduszu Zdrowia z Departamentu Analiz i Strategii z 2019 r. dotyczący konsekwencji spożywania cukru i związanego z nim rozwoju otyłości szacuje, że w 2025 r. w Polsce otyłych będzie 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn [3]. Analizując tempo przyrostu otyłości, prognozuje się, że w 2025 r. na leczenie schorzeń związanych z otyłością będziemy łożyć o 0,3–1,0 mld zł więcej niż w 2017 r. Otyłość sama w sobie jest czynnikiem ryzyka występowania m.in. chorób układu

sercowo-naczyniowego, cukrzycy i związanej z nią insulinooporności, bezdechu sennego czy też chorób kostno-stawowych, w tym zwyrodnień wielostawowych [4].

W społeczeństwie rośnie przekonanie, że walka z otyłością to nie tylko stosowanie różnego rodzaju diet, ale przede wszystkim regularna aktywność fizyczna. Duża grupa ludzi otyłych decyduje się na radykalny, chirurgiczny sposób leczenia. Od kilkunastu lat w otyłości olbrzymiej przeprowadza się operacje bariatryczne restrykcyjne, tj. rękawowe resekcje żołądka (*laparoscopy sleeve gastrectomy* – LSG), które polegają na zmniejszeniu objętości żołądka z zachowaniem prawidłowego pasażu jelitowego [5]. Przy kwalifikacji pacjentów do tego zabiegu wykonuje się panendoskopię z testem urazowym na obecność zakażenia *Helicobacter pylori*. Stwierdzenie infekcji *H. pylori* wymaga przeprowadzenia przed zabiegiem skutecznego leczenia eradykacyjnego. Oceny histopatologicznej błony śluzowej żołądka dokonywano dotychczas z materiału operacyjnego fragmentów żołądków poddanych resekcji rękawowej.

Cel pracy

Celem pracy było określenie stanu błony śluzowej żołądka u osób otyłych przygotowywanych do zabiegu LSG, z uwzględnieniem częstości występowania infekcji *Helicobacter pylori* oraz korelacji stwierdzanych zmian błony śluzowej z dolegliwościami dyspeptycznymi.

Materiał i metody

Przeprowadzone badanie własne realizowane było od 2017 r. do grudnia 2019 r. Zgodnie z wytycznymi Polskiej Sekcji Chirurgii Bariatrycznej i Metabolicznej podstawowym wskazaniem do chirurgicznego leczenia otyłości jest kryterium masy ciała określonej BMI (*body mass index*). Do zabiegu kwalifikowani są pacjenci, których BMI wynosi ≥ 40 kg/m² bądź ≥ 35 kg/m² ze współistnieniem chorób warunkowanych występowaniem otyłości, tj. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zaburzeń lipidowych, bezdechu sennego i innych [6].

Przebadano łącznie 144 osoby w wieku 19–68 lat (średnio 42,6 roku), z otyłością I, II i III stopnia, planowane do zabiegu LSG, w tym 111 kobiet (77%) i 33 mężczyzn (23%).

Badanych podzielono na cztery grupy wiekowe:

- I grupa – do 30 lat (22 osoby – 15,3%),
- II grupa – 31–40 lat (41 osób – 28,5%),
- III grupa – 41–50 lat (50 osób – 34,7%),
- IV grupa – >50 lat (31 osób – 21,5%).

U wszystkich pacjentów przed planowanym zabiegiem bariatrycznym wykonano badanie przedmiotowe. Zakwalifikowani do zabiegu odpowiadali na pytania między innymi według skali VAS, zawarte w dostarczonej ankiecie dotyczącej najczęściej występujących dolegliwości dyspeptycznych oraz refluku żołądkowo-przełykowego (tab. 1.).

Wykonywano gastroskopię z użyciem gastrofibroskopu japońskiej firmy Olympus (GIF-185), z oceną endoskopową błony śluzowej, testem urazowym oraz pobraniem wycinków z błony śluzowej trzonu i części przedodźwiernikowej żołądka. Oceny endoskopowej dokonano na podstawie klasyfikacji z Sydney w rewizji z Houston [7]. Badanie histopatologiczne wycinków przeprowadzano w Zakładzie Patomorfologii 10 WSKzP w Bydgoszczy według skali Sydney [8].

Ocena testu urazowego w kierunku zakażenia *Helicobacter pylori* oraz wybarwienia metodą Giemsy preparatów bezpośrednich wykonywane były przez lekarza wykonującego endoskopię.

Wyniki

W badanej grupie u 109 osób (76%) rozpoznano otyłość ołbrzymią – III stopień otyłości (BMI ≥ 40), u 35 osób

Tabela 1. Pytania użyte w ankiecie dotyczące wybranych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego
Table 1. Questions used in selected gastrointestinal complaints survey

lp.	objaw	charakterystyka
1	zgaga	nasilenie, częstotliwość
2	regurgitacje	nasilenie, częstotliwość
3	puste odbijanie	tak/nie
4	ból jamy brzusznej	nasilenie, częstotliwość, lokalizacja
5	uczucie kruczenia/przelewania w jamie brzusznej	tak/nie
6	wzdęcia	tak/nie
7	ilość wypróżnień	częstotliwość
8	uczucie ciężkości w nadbrzuchu po spożytym posiłku	tak/nie
9	szybkie uczucie sytości po spożyciu małej ilości posiłku	tak/nie

Nasilenie/odczuwanie dolegliwości określane w skali od 0 pkt do 10 pkt (0 – brak dolegliwości, 10 – maksymalne odczuwanie)

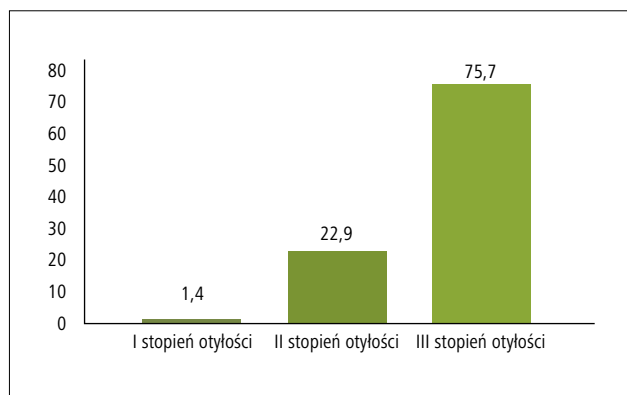
(22,9%) – II stopień (BMI >35), a tylko u 2 osób (1,4%) I stopień otyłości (BMI >30).

Średnia wartość BMI badanych wyniosła 44,57 kg/m². Stwierdzono statystycznie istotną różnicę średnich wartości BMI ($p < 0,05$) pomiędzy płcią żeńską i męską. Średnie wartości BMI nie różniły się istotnie w zależności od wieku i chorób współistniejących.

U 93 (86%) badanych stwierdzono choroby współistniejące:

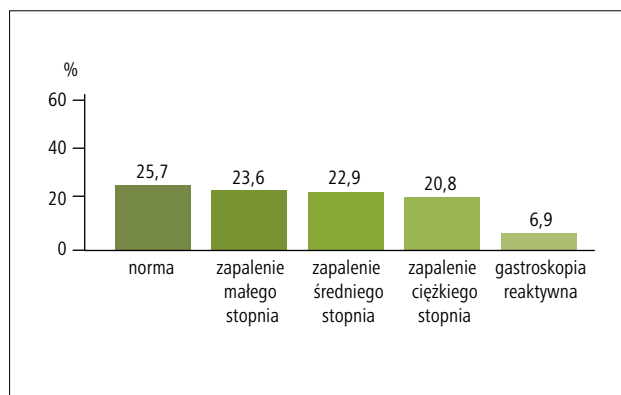
- nadciśnienie tętnicze (51 osób – 29,5% wszystkich odpowiedzi),
- cukrzycę typu 2 (29 osób – 16,8% wszystkich odpowiedzi),
- chorobę niedokrwinną serca (25 osób – 14,5% wszystkich odpowiedzi),
- niedoczynność tarczycy (23 osoby – 13,3% wszystkich odpowiedzi).

Na jedną lub dwie choroby towarzyszące wskazało po 37 osób, na trzy choroby – 15 osób, a na cztery choroby – 4 osoby. Współistnienie kilku chorób nasilało objawy dyspepsji. U pacjentów ze współistnieniem kilku chorób częściej występowały dolegliwości bólowe nadbrzucha oraz cechy zespołu zaburzeń poposiłkowych (uczucie wczesnej sytości, poposiłkowe uczucie pełności w nadbrzuchu). Takich różnic nie stwierdzono w przypadku objawów refluku żołądkowo-przełykowego. Zaobserwowano związek pomiędzy zwiększeniem nasilenia objawów dyspepsji a nasileniem objawów GERD (*gastro-eosophageal reflux disease*) (ryc. 2.).



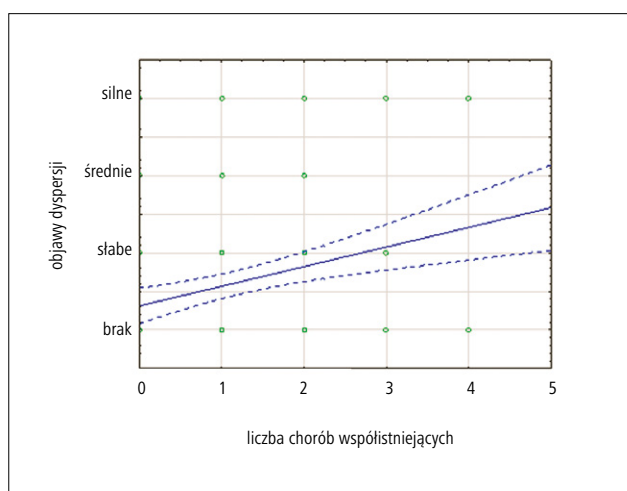
Rycina 1. Rozkład BMI

Figure 1. BMI distribution



Rycina 3. Rozkład wyników histopatologicznych (wg klasyfikacji Sydney)

Figure 3. Distribution of histopathological results (acc. to Sydney classification)



Rycina 2. Wykres rozrzutu wyników objawów dyspepsji względem liczby chorób współistniejących

Figure 2. Scatter of results of dyspepsia symptoms vs number of comorbidities

W badanej grupie w badaniu histopatologicznym wycinków pobranych z żołądka (nieselektywny wycinek z antrum i trzonu narządu) u 37 osób (25,7%) stwierdzono normotypową błonę śluzową. Uszkodzenie błony śluzowej bez komórek stanu zapalnego stwierdzono u niespełna 7% badanych. U pozostałych 96 pacjentów (67,3% grupy badanej) stwierdzono nacieki zapalne błony śluzowej, w tym stopnia ciężkiego aż u 22,9% (ryc. 3.).

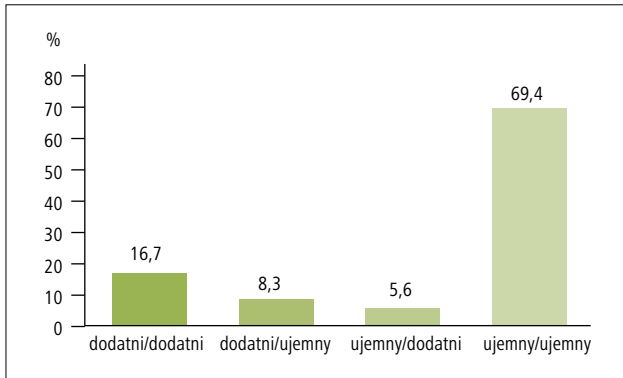
W przeważającej większości, bo aż 92 (64%) badane osoby, nie zgłaszały objawów dyspeptycznych, a zapalenie błony śluzowej w tej grupie było klinicznie bezobjawowe.

Jedynie u 30% z całej badanej grupy osób otyłych stwierdzono zakażenie *Helicobacter pylori*. U 25%

badanych zakażenie potwierdzono testem ureazowym, natomiast u dalszych 5% stwierdzono tylko w preparacie bezpośrednim bioptatu po wybarwieniu metodą Giemsa. Zgodność obu testów potwierdzono w 16,7% (tab. 2., ryc. 4.).

Omówienie

W dostępnym piśmiennictwie brak badań oceny błony śluzowej w wyodrębnionych grupach osób otyłych. Podczas analizy omawianego zagadnienia nasuwa się pytanie, czy sama otyłość jest czynnikiem powodującym destrukcję błony śluzowej przewodu pokarmowego, czy też złe nawyki żywieniowe, w tym kompulsywne jedzenie potraw typu *fast food*, wpływają na kondycję błony śluzowej. W świetle zwiększającej się liczby osób otyłych w krajach rozwiniętych i rozwijających się powinno to być przedmiotem dalszych badań. Trudności w utrzymaniu właściwej masy ciała wynikają w dużej mierze ze złych nawyków żywieniowych. W większości nieskuteczne są również stosowane różne „cudowne diety” [9]. Poniesienie dużych wysiłków przy braku skutecznego i trwałego zmniejszenia masy ciała, szybki powrót do wyjściowej wagi lub efekt jo-jo coraz częściej skłaniają osoby otyłe do decyzji o zabiegu operacyjnym [10]. Niewłaściwe nawyki żywieniowe i stosowane diety „na odchudzanie” mogą wpływać na zmiany w błonie śluzowej żołądka częściej niż w populacji ogólnej. W badaniu wykazano, że u większości osób otyłych (67,4%) stwierdzono zmiany zapalne błony śluzowej żołądka. Zmiany te nie korelowały z badaniem podmiotowym. Współistnienie kilku chorób nasilało objawy dyspepsji.



Rycina 4. Rozkład wyników testu ureazowego, infekcja *H. pylori* oraz zakażenia *H. pylori* w badaniach histopatologicznych

Figure 4. Distribution of urease test results, *H. pylori* infection and *H. pylori* infection in histopathology

Tabela 2. Wyniki testu ureazowego, infekcja *H. pylori* oraz zakażenia *H. pylori* w histopatologii

Table 2. Urease test results, *H. pylori* infection and *H. pylori* infection in histopathology

test ureazowy/badanie histopatologiczne	liczba	%
dodatni/dodatni	24	16,7
dodatni/ujemny	12	8,3
ujemny/dodatni	8	5,6
ujemny/ujemny	100	69,4
razem	144	100,0

Co ciekawe, w badanej populacji osób otyłych zakażenie *Helicobacter pylori* stwierdzono jedynie w około 30% przypadków, podczas gdy – jak się uważa – w Polsce zakażonych *Helicobacter pylori* jest około 80% dorosłych [11]. Wykazano również rozbieżności w wynikach testów oceniających obecność zakażenia onkogeną bakterią *Helicobacter pylori*, co wskazuje na zasadność wprowadzenia do algorytmu postępowania kwalifikacyjnego do zabiegu bariatrycznego pobierania bioptatów błony śluzowej żołądka. Jak wynika z przeprowadzonego badania, u większości pacjentów z otyłością występowały zmiany zapalne żołądka potwierdzone badaniem histopatologicznym, choć nie odczuwali oni żadnych dolegliwości ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego. Problem ten wymaga dalszych badań i wypracowania zasad co do kwalifikacji do badania gastrofibroskopowego u osób z otyłością II i III stopnia.

Wnioski

- Występującym u większości osób otyłych zmianom zapalnym błony śluzowej żołądka nie muszą towarzyszyć objawy kliniczne.
- Infekcja *Helicobacter pylori* u osób otyłych występuje rzadziej niż w populacji ogólnej.
- Wydaje się, że procedurze kwalifikacji do zabiegu bariatrycznego należy rozważyć wprowadzenie wykonania badania histopatologicznego wraz z barwieniem metodą Giemsy preparatu bioptatu błony śluzowej żołądka pobieranego podczas badania gastrofibroskopowego.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. www.who.int/features/factfiles/obesity/en/
2. www.ncdrisc.org/country-profile.html
3. Narodowy Fundusz Zdrowia. www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/prezentacje-raportu-cukier-otylosc-konsekwencje
4. Tylka J. Psychosomatyka. Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2000
5. Sekuła M, Paśnik K. Ocena skuteczności rękawowej resekcji żołądka w leczeniu otyłości olbrzymiej. *Lek Wojsk*, 2017; 95: 64–67
6. Budzyński A, Major P, Gluszek S. Polskie Rekomendacje w zakresie chirurgii bariatrycznej i metabolicznej. *Med Prakt Chirurgia*, 2016; 6: 13–25
7. Kurek K, Baniukiewicz A, Białek A, et al. Wskaźniki jakości w endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego – wytyczne grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. *Gastroenterol Prakt*, 2014; 3: 30–48
8. Dixon MF, Genta RM, Yardley JG, et al. Oxynticmucosa pseudopolyps: A presentation of atrophic autoimmune gastritis. *Am J Surg Pathol*, 2003; 27 (2): 236–241
9. Węgielska I, Staba W, Suliburska J. Terapia diety i leczenie farmakologiczne otyłości w aspekcie problemu niedożywienia osób otyłych. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2011; 2: 239–244
10. Drózd J, Kołaczowska E. Otyłość jako rodzaj przewlekłego zapalenia. *Wszechświat*, 2011; 112: 10–12
11. Kopiński P. *Helicobacter pylori*. NZOZ „Atopia”, Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia, Kraków 2017. www.mp.pl/pacjent/gastrologia/choroby/zoladek/134806, helicobacter-pylori