

Poredba epidemioloških karakteristika duodenalnih erozija i duodenalnog ulkusa

Aleksandar Včev, Ivan Čandrlić, Dubravko Božić, Miroslav Volarić, Nikola Mićunović, Andrijana Vegar i Miroslav Plažanin

Stručni rad
UDK 616.342-002
Prispjelo: 13. veljače 1992.

Klinička bolnica Osijek

Na Internoj klinici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Opće bolnice Osijek u razdoblju od 01. siječnja 1987. do 31. prosinca 1989. godine napravljeno je 10209 ezofagogastroduodenoskopija i u 27,9% bolesnika nađene su erozije, a peptički ulkus u 48,9% bolesnika. Erozijske su najčešće bile locirane u duodenumu (38%), a 18% bolesnika imalo je erozije i u duodenumu i u antrumu. Erozijske su nađene u 24,9% bolesnika s peptičkim ulkusom. Duodenalne erozije nađene su u 56% bolesnika s erozivnom bolešću. Oko 40% bolesnika s duodenalnim erozijama imalo je i peptički ulkus (duodenalni 37%, a želučani 3% bolesnika). Pojava ulkusne i/ili erozivne duodenalne bolesti najčešća je u jesen (40%), a najrjeđa ljeti (16%). Iz epidemiološke analize 360 bolesnika, koji su bili podijeljeni u tri grupe s obzirom na to imaju li nezavisne duodenalne erozije, erozije

i ulkus ili nezavisni duodenalni ulkus, proizlazi da je prioritetan štetan utjecaj na nezavisne duodenalne erozije ima neredovita, loša prehrana i pretjerana uporaba mirodija, dok brzo jedenje i/ili nedovoljno žvakanje hrane ima utjecaj na pojavu ulkusne bolesti. Postoji i mala povezanost između slobodnih zanimanja i ulkusne bolesti, te između erozivne bolesti i prekida radnog odnosa. Određen utjecaj na udruženu erozivnu i ulkusnu patologiju imaju i psihološke komponente u obitelji, mjestu stanovanja i na radnom mjestu. Konzumiranje alkohola (125 g/dan i više) ima više utjecaja na pojavu erozija, a pušenje cigareta (25/dan i više) i pijenje crne kave (5 šalica/dan i više) na pojavu duodenalne ulkusne bolesti. Uočena je i veza između uporabe lijekova koji oštećuju sluznicu i nezavisne erozivne bolesti.

Ključne riječi: erozije, duodenalne erozije, duodenalni ulkus

UVOD

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije oko 10% stanovništva ima duodenalni ulkus, tj. svaki peti muškarac i svaka deseta žena, tako da ova bolest prestaje biti samo medicinski problem. Od davnih saznanja o postojanju ulkusne bolesti duodenuma vječno je pitanje je li ulceracija uzrok bolesti ili posljedica drugih zbivanja u organizmu (9). Za nastanak dvanaesničkog vrieda odgovorno je pojačano lučenje solne kiseline i pepsina. Međutim, ima bolesnika s duodenalnim ulkusom koji imaju normalnu količinu kiseline u želučanom soku. U njih je ubrzano pražnjenje želuca pa u jedinici vremena u dvanaesnik dolazi više kiseline no što se može neutralizirati alkalnim lučevinama ili je oslabljeno lučenje iz gušterače, jetre i dvanaesnika, pa je oslabljena neutralizacija solne kiseline u dvanaesniku. Do pojave duodenalnog ulkusa, iako rjeđe, može dovesti i oslabljena zaštita sluznice (2). Ulkusna bolest je svakako i psihosomatska bolest. Suvremeni čovjek bez obzira na spol, rasnu pripadnost, način

prehrane, geografska područja stalno trpi agresiju mikro i makro psihofizičkih stresova i trauma koje mu donosi eksplozivna i agresivna urbanizacija i industrijalizirani život modernog potrošačkog društva (9).

Glavno kliničko očitovanje duodenalnog ulkusa je bol koja je vrlo karakteristična. Javlja se na prazan želudac, obično noću i u ranim jutarnjim satima, a prestaje ili se smanjuje nakon uzimanja hrane, lijeka ili antacida. Ove boli karakterizira i periodičnost, najčešći su u jesen i proljeće, a traju nekoliko dana i/ili tjedana pa prestaju. Bol je lokalizirana u epigastriju ili paraumbilikalno desno. Ulkus koji penetrira u gušteraču ili jetru očituje se bolima koji zrače u leđa (8).

Erozije kao klinički fenomen rijetko su spominjane u preendoskopskoj eri. Uvođenjem fiberezofagogastroduodenoskopije erozije postaju česta patološka pojava u suvremenoj gastroenterologiji, kako akutne tako i kronične. One nam objašnjavaju značajan dio »neulkusnih« krvarenja iz gornjeg gastrointestinalnog trakta, te kliničke fenomene koji su objedinjeni pod pojmom »ulkus sine ulcere« (5). Prema histološkoj građi i vremenskoj

dinamici razvoja i postojanja razlikujemo akutne i kronične erozije (3,6). Kronične erozije su obično veće i preko 10 mm u promjeru s karakterističnim često serpiginoznim uzdignutim rubom, odnosno »bedemom« i zdjelastim centralnim uleknućem. Prema Kawaiju i suradnicima (4) one se sada često nazivaju i sinonimom »kompletne« erozije. Karakteristika kroničnih (kompletnih ili varioliformnih) erozija je polagan razvoj i sklonost dugom perzistiraju, a mogu pokazivati značajnu rezistenciju na antiulkusnu (antipeptičku) terapiju. Pretežno su lokalizirane u antrumu. Često su udružene s hipersekrecijom i ulkusnom bolesti antralnog dijela želuca i dvanaesnika. Antralna lokalizacija navodi na pomisao da u etiologiji bitno sudjeluje i bilijarni reflux odnosno povećan agresijski faktor s kombinacijom djelovanja acidopeptičke sekrecije udružene s djelovanjem žučnih kiselina (povećana redifuzija solne kiseline s popratnim razaranjem epitela) (1,5). Akutne erozije karakterizira odsutnost reaktivne upale s kroničnim komponentama hiperplazije i fibrozacije u rubnom području. One su čisti epitelni ili mukozni defekti s eventualnom blagom reakcijom u rubnoj zoni, ali bez značajne proliferacije. Mogu nastati naglo i isto tako iščeznuti (spoznatno ili poslije antipeptičke terapije) bez morfološkog traga u smislu »restitutio ad integrum«. Obično su sitne, često točkaste i samo do 2 mm u promjeru (5,7). Prema Ottenjannu i Classenu (6) akutne erozije u makroskopskom pogledu možemo podijeliti na sljedeće glavne tipove: 1. epitelne dehiscencije (ekhimoze),

2. erozije na interfoveolarnim grebenima,

3. erozije u pravom smislu definicije koje imaju različito duboka oštećenja sluznice u glandularnom sloju sve do njegove baze.

Uzroci akutnih erozija mogu biti različiti i tu možemo nabrojati sva stanja koja mogu dovesti do lokaliziranog sloma »mukozne barijere«, a to su velike operacije, teški psihički stresovi, velike opekotine, politrauma, lijekovi (aspirin, nesteroidni antireumatici, kortikosteroidi i dr.). Akutne erozije često se vide kao popratna pojava akutnog pankreatitisa i hematoloških bolesti (1,5,6).

Kliničke manifestacije erozija mogu biti u smislu dispepsije, slike nalik ulkusnoj bolesti ili samo kao akutna opsežna krvarenja s hematemezom i/ili melenom. No često najprije nastaju slabije ili jače epigastrične boli za kojima slijedi klinička paleta akutnog krvarenja iz gornjeg probavnog trakta (1,5,6). Dijagnostika akutnih erozija je isključivo endoskopska.

CILJ RADA

Cilj našeg istraživanja je ustanoviti: prevalenciju erozija u populaciji podvrgnutoj ezofagogastroduodenoskopiji, topografsku svojstvenost erozivne bolesti i njenu povezanost s ulkusnom bolešću. Osim toga istraživano je postoje li statistički značajne razlike u epidemiološkim karakteristikama između bolesnika s nezavi-

snom erozivnom bolešću duodenuma, bolesnika s duodenalnim i erozijama i ulkusom, te bolesnika s nezavisnim duodenalnim ulkusom.

BOLESNICI I METODE ISTRAŽIVANJA

U razdoblju od 01. siječnja 1987. do 31. prosinca 1989. godine na Internoj klinici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Opće bolnice Osijek napravljeno je 10209 ezofagogastroduodenoskopija s endoskopom Olympus GIF Q 10. U svih bolesnika s erozijama (2858) nastojali smo uočiti topografsku distribuciju i povezanost s peptičkim ulkusom.

360 bolesnika s duodenalnom patologijom podijeljeno je u tri grupe. Prvu grupu čine bolesnici s nezavisnim duodenalnim erozijama, drugu bolesnici s duodenalnim erozijama i ulkusom, a treću bolesnici s nezavisnim duodenalnim ulkusom. Dob, spol, zanimanje, uvjeti života, način ishrane (neredovita i loša prehrana, pretjerana uporaba mirodija, brzo jedenje i/ili nedovoljno žvakanje hrane – odnosi se na osobe s manjkavim nesaniranim zubalom, osobe s neadekvatnim umjetnim zubalom i osobe koje zbog brzog tempa života nemaju dovoljno vremena da hranu normalno prožvaču već ju gutaju), konzumiranje alkoholnih pića, crne kave, pušenja cigareta i uzimanje lijekova koji oštećuju sluznicu, analizirani su u sve tri grupe.

REZULTATI

Na Internoj klinici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Opće bolnice Osijek u razdoblju od tri godine napravljeno je 10209 ezofagogastroduodenoskopija i u 2858 bolesnika otkrivene su erozivne lezije, a ulkusna bolest u 5002 bolesnika. Erozije su pronađene u 1250 od 5002 bolesnika s peptičkim ulkusom.

Lokalizacija erozija bila je sljedeća: u duodenumu u 1086 bolesnika, u antrumu i piloričnom kanalu u 543, u fundusu i parakardijalnom području u 257 i u ezofagusu u 260 bolesnika. Osim toga u 514 bolesnika erozije su bile i u antrumu i u duodenumu, a u 198 bolesnika i u proksimalnoj i u distalnoj zoni želuca.

U bolesnika s erozijama peptički ulkus bio je lokaliziran u duodenumu u 812, u piloričnom kanalu u 312 i u želucu u 126 bolesnika. Duodenalne erozije bile su otkrivene u 1600 bolesnika.

Od 1600 bolesnika s duodenalnom erozivnom patologijom u 963 bolesnika erozije su nezavisnog tipa, a u 636 bolesnika erozije su udružene s peptičkim ulkusom (duodenalnim u 37%, a želučanim u 3% bolesnika). Pojava ulkusne i/ili erozivne duodenalne bolesti najčešća je u jesen (oko 40%), a najrjeđa ljeti (oko 16%).

360 bolesnika podijeljeno je u tri grupe i to: 120 bolesnika s nezavisnim erozijama (grupa A), 120 bolesnika s erozijama i duodenalnim ulkusom (grupa B) i 120

TABLICA 1.

Dob, spol, zanimanje i uvjeti života 360 bolesnika podijeljenih u 3 grupe po 120 bolesnika

TABLE 1.

Age, sex, profession and living conditions of 360 patients divided into 3 groups of 120 patients each

	GRUPA A	GRUPA B	GRUPA C
PROSJEČNA DOB BOLESNIKA (u godinama)	40,5	38,9	39,2
OMJER MUŠKARACA PREMA ŽENAMA	4,7:1	5,2:1	5,1:1
VRSTE ZANIMANJA			
samostalni poduzetnici, umjetnici, domaćice	25,2%	18,5%	41,5%
menadžrska zanimanja	4,8%	6,1%	4,9%
službenici, radnici	42,9%	57,3%	45,4%
umirovljenici i nezaposleni	27,1%	18,1%	8,3%
UVJETI ŽIVOTA BOLESNIKA			
obiteljski problemi	12,6%	38,9%	15,7%
socijalni problemi	18,9%	29,5%	26,8%
problemi na radnom mjestu	38,9%	29,5%	46,8%
stanje bez zaposlenja	3,5%	0%	0%

TABLICA 2.

Način prehrane, konzumiranje alkohola i crne kave, pušenje i uzimanje lijekova koji oštećuju sluznicu u 360 bolesnika podijeljenih u 3 grupe po 120 bolesnika

TABLE 2.

Manner of feeding, alcohol and black coffee consumption, smoking and drug ingestion which damage the mucosa, in 360 patients divided into 3 groups of 120 patients each

	GRUPA A	GRUPA B	GRUPA C
NAČIN PREHRANE			
neredovita i loša prehrana	78,9%	70,5%	50,1%
pretjerana uporaba mirodija	42,5%	27,1%	19,8%
brzo jedenje i/ili nedovoljno žvakanje hrane	33,4%	46,7%	57,5%
KONZUMIRANJE ALKOHOLA			
umjereno uzimanje alkohola	25,4%	31,6%	38,5%
teški alkoholičari (125 g alkohola/dan i više)	16,7%	10,7%	7,2%
KONZUMIRANJE CRNE KAVE			
umjereno piju (do 4 šalice/dan)	18,9%	27,1%	22,5%
teške kavopije (5 šalica/dan i više)	14,3%	7,8%	23,4%
PUŠENJE CIGARETA			
umjereni pušači	28,2%	29,8%	26,5%
teški pušači (preko 25 cigareta/dan)	19,8%	23,4%	30,1%
UZIMANJE LIJEKOVA	32,5%	10,9%	13,8%

bolesnika s duodenalnim ulkusom bez erozija (grupa C). Dob, spol, zanimanje i uvjeti života bolesnika prikazani su na tablici 1. Način prehrane, konzumiranje alkoholnih pića i crne kave, pušenje cigareta i uzimanje lijekova koji oštećuju sluznicu u 360 bolesnika prikazuje tablica 2., a tablica 3. prikazuje udio pojedinih vrsta lijekova u izazivanju oštećenja sluznice.

RASPRAVA I ZAKLJUČCI

U razdoblju od tri godine na Internoj klinici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Opće bolnice Osijek napravljeno je 10209 ezofagogastroduodenoskopa. Ulkusna bolest nađena je u 48,9% bolesnika, a erozivne lezije u 27,9% bolesnika. U 24,9% bolesnika s

TABLICA 3.

Uzimanje lijekova koji oštećuju sluznicu u 360 bolesnika podijeljenih u 3 grupe po 120 bolesnika

TABLE 3.

Ingestion of drugs which damage the mucosa, in 360 patients divided into 3 groups of 120 patients each

	GRUPA A	GRUPA B	GRUPA C
uzimanje lijekova	32,5%	10,9%	13,8%
udio nesteroidnih protuupalnih lijekova	98,4%	94,9%	95,2%
udio kortikosteroida	1,6%	5,1%	4,8%

ulkusnom bolešću nađene su i erozije. S obzirom na lokalizaciju erozije su najčešće prisutne u duodenumu (u 38% bolesnika) i antipiloričnoj regiji (u 19% bolesnika), a u 18% bolesnika nađene su i u antrumu i u duodenumu. U bolesnika s erozijama duodenalni ulkus nađen je u 65% bolesnika, pilorični u 25% i želučani u 10% bolesnika.

Duodenalne erozije nađene su u 56% bolesnika s erozivnim lezijama. U 60% bolesnika duodenalne erozije bile su nezavisne, a u 40% bolesnika bile su udružene s ulkusnom bolešću (duodenalnim ulkusom u 37%, a želučanim u 3% bolesnika). Pojava duodenalnih nezavisnih erozija i erozija udruženih s peptičkim ulkusom bila je najčešća u jesen, a najrjeđa ljeti. Ovi naši rezultati slični su onima opisanim u literaturi (5,6).

U bolesnika s nezavisnim duodenalnim erozijama i bolesnika s erozijama udruženim s ulkusom postoji sličnost s obzirom na prosječnu dob bolesnika i omjer muškaraca prema ženama, gdje se vidi da su uglavnom pogođeni relativno mlađi muškarci. Razlozi mogu biti u kompleksnoj etiopatogenezi u kojoj koegzistira više štetnih čimbenika koji su danas prisutni u društveno aktivnog muškarca (9).

Iz analize epidemiološkog ispitivanja 360 bolesnika koji su bili podijeljeni u tri grupe (A, B i C), s obzirom na to imaju li nezavisne duodenalne erozije, erozije i ulkus ili nezavisni duodenalni ulkus, došli smo do određenih zaključaka. U sve tri grupe najviše je bilo muškaraca relativno mlađe dobi. Što se tiče načina prehrane prioritetan utjecaj na nezavisne duodenalne erozije ima neredovita i loša prehrana i pretjerana uporaba mirodija, dok brzo jedenje i/ili nedovoljno žvakanje hrane ima na pojavu ulkusne bolesti. Vrsta zanimanja izgleda da nema značajan utjecaj na karakter bolesti iako može postojati određena mala povezanost između slobodnih zanimanja i ulkusnih bolesti i između privre-

menog ili stalnog prekida rada i erozivne bolesti. Odlučujući utjecaj na udruženu erozivnu i ulkusnu patologiju imaju i psihoemocionalne komponente u obitelji, mjestu stanovanja i na radnom mjestu (stres, obiteljski konflikti, neslaganje s okolinom). Konzumiranje alkohola (125g/dan i više) ima više utjecaja na pojavu duodenalnih erozija, dok pušenje cigareta (25/dan i više) i pijenje crne kave (5 šalica/dan ili više) ima utjecaja na pojavu duodenalnog ulkusa. Što se tiče lijekova zapažena je veza između uporabe lijekova koji oštećuju sluznicu i nezavisne erozivne bolesti. Uglavnom se radi o nesteroidnim protuupalnim lijekovima.

LITERATURA

1. Blackstone OM. Endoskopie in der Gastroenterologie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 1987;113-7.
2. Bota B, Gamulin S. Vrijed dvanaesnika. U: Gamulin S. i sur. Patofiziologija, JUMENA, Zagreb, 1988;946-5.
3. Demling L, Rösch W, Koch H, Elster K. Moderne Magendiagnostik '80, Gödecke AG Parke, Davis et Co., Berlin- München, 1980;45-7.
4. Kawai K, Shimamoto K, Misaki F. et al. Erosion of gastric mucosapatogenesis, incidence and classification of the erosive gastritis. Endoscopy, 1970;2:168.
5. Matko I, Teodorović J, Jereb B. Erozijske. U Jereb B. i sur. Gastroenterologija I dio, Školska knjiga, Zagreb, 1987;285-8.
6. Ottenjann R, Classen M. Gastroenterologische Endoskopie, Atlas und Lehrbuch, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1979;42- 55.
7. Schiller KFR, Cockel R, Hunt RN. Farbatlas der gastrointestinalen Endoskopie, Urban-Schwarzenberg, München- Wien-Baltimore, 1987;41,55.
8. Svirčević A, Kulauzov M. Peptička grizlica želuca i duodenuma. U: Stefanović i sur. Specijalna klinička fiziologija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1988;483-7.
9. Teodorović J, Jereb B. Ulkusna bolest duodenuma. U: Jereb B. i sur. Gastroenterologija I dio, Školska knjiga, Zagreb, 1987;261-3.

Abstract

COMPARISON OF EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DUODENAL EROSIONS AND DUODENAL ULCER

Aleksandar Včev, Ivan Čandrlić, Dubravko Božić, Miroslav Volarić, Nikola Mićunović, Andrijana Veigar and Miroslav Plažanin

Osijek Clinical Hospital

In the period from January the 1st 1987, till December the 31st 1989, it was done 10209 endoscopy examinations on the Internal Clinic of General Hospital Osijek. In 27,9% of the patients erosions and in 48,9% of the patients peptic ulcer has been found. Erosive lesions were localized mainly in duodenum (38%) and in 18% of the cases erosive lesions were localized both in duodenum and in antrum. In 24,9% of the cases duodenal erosions coexist with ulcerative peptic disease (duodenal 37%, gastric 3%). The appearance of ulcer and/or erosive duodenal disease was mainly in autumn (40%) and less often in summer (16%). From an epidemiological study on 360 cases, which were divided into 3 groups: cases

with autonomus duodenal erosive disease, those with erosions and ulcer and those with autonomus duodenal ulcer, we can see that in duodenal erosive disease predisposing factors are irregular, poor nutrition and excessive use of flavours, while fast eating and/or insufficiently chewing of the food are predisposing factors for ulcerative disease. Besides, there is a slight association between free-lance activity and ulcerative disease and between erosive disease and temporary or permanent interruption of work. The psycho-emotional component in family and work situations does have a determining effect on the erosive and ulcerative associated pathology. It is interesting to notice the relationship between erosive disease and abuse of alcohol (125 g/day or more) and between duodenal ulcerative disease and abuse of nicotine (25 cigarettes/day or more) and coffee (5 cups/day or more). Besides, it is notice the relationship between mucosa-damaging drugs and autonomus erosive disease.

Key words: erosions, duodenal erosions, duodenal ulcer
