جرثومة الملوية البوابية وقرحة المعدة: ما يجب أن تعرفه

تعد بكتيريا *الملوية البوابية* (*Helicobacter pylori* أو *H. pylori*) أكثر أنواع العدوى البكتيرية المزمنة شيوعاً لدى البشر، وتصيب حوالي 30-40% من سكان الدنمارك [1]. هذه البكتيريا هي السبب الرئيسي لقرحة المعدة وعامل خطر مهم للإصابة بسرطان المعدة - ويمكن علاجها بفعالية عند اكتشافها.

ما هي جرثومة الملوية البوابية؟

بكتيريا *H. pylori* هي بكتيريا حلزونية الشكل تعيش في بطانة المعدة تحت الطبقة المخاطية الواقية. اكتشفها العالمان الأستراليان باري مارشال وروبن وارن عام 1982، واللذان حصلا لاحقاً على جائزة نوبل لإثباتهما أن قرحة المعدة هي مرض معدٍ - وليست مرضاً ناتجاً عن التوتر [2].

تنتقل العدوى عن طريق الفم إلى الفم أو من البراز إلى الفم، وعادةً ما تحدث في مرحلة الطفولة وغالباً داخل الأسرة الواحدة.

ما هي الأمراض التي يمكن أن تسببها بكتيريا الملوية البوابية؟

معظم المصابين لا تظهر عليهم أي أعراض. لكن لدى مجموعة فرعية، تؤدي العدوى إلى:

- **التهاب المعدة المزمن (Chronic gastritis)**

- **قرحة المعدة أو الاثني عشر (ulcus ventriculi/duodeni)** - بكتيريا *H. pylori* مسؤولة عن 70-95% من جميع القرح الهضمية (peptic ulcers) [3]
- **سرطان المعدة (السرطانة الغدية - adenocarcinoma)** - يزداد خطر الإصابة به بمقدار 2-6 أضعاف مع العدوى المزمنة [4]
- **لمفومة النسيج اللمفاوي المرتبط بالمخاطيات (MALT lymphoma)** - وهو نوع نادر من سرطان الغدد اللمفاوية غالباً ما يتراجع تماماً بعد استئصال البكتيريا [5]
- ترتبط أيضاً بـ فقر الدم الناجم عن نقص الحديد وقلة الصفيحات مجهولة السبب المزمنة

أعراض قرحة المعدة

- ألم حارق أو ناخر في الجزء العلوي من البطن (منطقة الشرسوف)
- ألم يزداد سوءاً أو يتحسن مع تناول الطعام
- انتفاخ، وغثيان، وشعور مبكر بالشبع
- براز أسود قطراني (melena) في حالة القرحة النازفة - وهذا يتطلب تقييماً طبياً عاجلاً
- فقدان الوزن والتقيؤ في حالات القرحة المعقدة

في حالة الأعراض المزمنة، يتم أيضاً استبعاد الارتجاع المعدي المريئي (GERD) وعسر الهضم الوظيفي.

كيف يتم الكشف عن بكتيريا الملوية البوابية؟

تتوفر عدة طرق - ويعتمد الاختيار على الحالة السريرية:

- **اختبار اليوريا في النفس (Urea breath test - UBT)** - المعيار الذهبي، وهو فحص غير باضع (non-invasive) وذو حساسية ونوعية عالية (> 95%) [6]
- **اختبار المستضد في البراز** - بنفس دقة اختبار UBT، وهو عملي وغير مكلف
- **خزعة أثناء تنظير المعدة** - لإجراء اختبار اليورياز السريع أو الفحص النسيجي أو الزراعة؛ وهو إجراء إلزامي للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 50 عاماً أو أكثر أو الذين لديهم أعراض منذرة [7]
- **الفحوصات المصلية (الأجسام المضادة)** - لم تعد توصى كفحص أولي، لأنها لا تفرق بين العدوى النشطة والسابقة

يجب إيقاف مثبطات مضخة البروتون (PPI) (أدوية قرحة المعدة) والمضادات الحيوية لمدة أسبوعين و 4 أسابيع على التوالي قبل الاختبار لتجنب الحصول على نتيجة سلبية خاطئة [8].

العلاج: الاستئصال

العلاج القياسي في الدنمارك هو **العلاج الثلاثي** لمدة 10-14 يوماً، وغالباً ما يتكون من:

- بانتوبرازول 40 مجم مرتين يومياً
- أموكسيسيلين 1 جم مرتين يومياً
- كلاريثروميسين 500 مجم مرتين يومياً

في حالة وجود حساسية من البنسلين أو مقاومة للمضادات الحيوية، يتم استخدام **العلاج الرباعي القائم على البزموت** (مثبط مضخة البروتون + بزموت + تتراسيكلين + ميترونيدازول)، والذي يُعد الخيار الأول في العديد من الدول الأوروبية بسبب تزايد مقاومة البكتيريا للكلاريثروميسين [9].

يجب **دائماً** التحقق من نجاح عملية الاستئصال عن طريق اختبار اليوريا في النفس أو اختبار المستضد في البراز بعد 4 أسابيع على الأقل من انتهاء العلاج [10].

من هم الأشخاص الذين يجب عليهم إجراء الفحص؟

توصي إرشادات ماسترخت السادسة/فلورنسا (Maastricht VI/Florence consensus) بإجراء الاختبار والعلاج في الحالات التالية [10]:

- وجود قرحة هضمية نشطة أو سابقة
- الإصابة بلمفومة MALT
- أقارب الدرجة الأولى لمرضى سرطان المعدة
- فقر الدم غير المبرر الناجم عن نقص الحديد أو قلة الصفيحات المناعية (ITP)
- العلاج طويل الأمد بمضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAID) أو الأسبرين
- عسر الهضم غير المشخص لدى المرضى الذين تقل أعمارهم عن 50 عاماً وليس لديهم أعراض منذرة (استراتيجية "افحص وعالج")

هل يقلل العلاج من خطر الإصابة بسرطان المعدة؟

نعم. أظهرت دراسة يابانية كبيرة وتحليلات تلوية لاحقة أن استئصال بكتيريا *H. pylori* يقلل من خطر الإصابة بسرطان المعدة بحوالي 40-50%، ويكون هذا التأثير أوضح إذا تم العلاج قبل تطور التهاب المعدة الضموري [11، 12].

المراجع

1. Hooi JKY, et al. *Global prevalence of Helicobacter pylori infection: systematic review and meta-analysis.* Gastroenterology 2017;153(2):420-9.

2. Marshall BJ, Warren JR. *Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration.* Lancet 1984;1(8390):1311-5.

3. Kuipers EJ, et al. *Helicobacter pylori and peptic ulcer disease.* Lancet 2002;359(9300):14-22.

4. Helicobacter and Cancer Collaborative Group. *Gastric cancer and Helicobacter pylori: a combined analysis.* Gut 2001;49(3):347-53.

5. Zullo A, et al. *Eradication therapy for Helicobacter pylori in patients with gastric MALT lymphoma: a pooled data analysis.* Am J Gastroenterol 2009;104(8):1932-7.

6. Best LM, et al. *Non-invasive diagnostic tests for Helicobacter pylori infection.* Cochrane Database Syst Rev 2018;(3):CD012080.

7. Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi (DSGH). *Klinisk retningslinje - Helicobacter pylori.* 2022.

8. Gisbert JP, Pajares JM. *Stool antigen test for the diagnosis of Helicobacter pylori infection: a systematic review.* Helicobacter 2004;9(4):347-68.

9. Malfertheiner P, et al. *Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence Consensus Report.* Gut 2022;71(9):1724-62.

10. Chey WD, et al. *ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori infection.* Am J Gastroenterol 2017;112(2):212-39.

11. Fukase K, et al. *Effect of eradication of Helicobacter pylori on incidence of metachronous gastric carcinoma after endoscopic resection of early gastric cancer: an open-label, randomised controlled trial.* Lancet 2008;372(9636):392-7.

12. Ford AC, et al. *Helicobacter pylori eradication therapy to prevent gastric cancer in healthy asymptomatic infected individuals: systematic review and meta-analysis.* BMJ 2014;348:g3174.

اقرأ أيضاً

اختبار النفس لجرثومة الملوية البوابية · قرحة المعدة (القرحة الهضمية)