

## Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego u osób po 65 roku życia w obrazie endoskopowym

### *Diseases of the upper gastrointestinal tract with patients over 65 years of age at endoscopy picture*

Janusz Jerzemowski<sup>1</sup>, Paweł Wojtowicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instytut Nauk o Zdrowiu, Akademia Pomorska w Słupsku

<sup>2</sup> Zakład Endoskopii Klinicznej, 7 Szpital MW w Gdańsku

#### Streszczenie

**Wstęp.** Choroby przewodu pokarmowego, szczególnie u osób po 65 roku życia, stanowią bardzo istotny problem na całym świecie. **Cel pracy.** Celem pracy była ocena częstości występowania chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego u osób po 65 roku życia, w oparciu o badanie gastrofiberoskopowe, testu na obecność zakażenia *Helicobacter pylori* i w przypadkach wymagających wyjaśnienia badania histopatologicznego pobranych wycinków. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono metodą retrospektywną. Badany materiał stanowiło 900 chorych w wieku 65-98 lat z różnymi dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego, głównie objawami dyspeptycznymi. Z analizy wyłączono chorych z ostrymi krwawieniami, stanami pooperacyjnymi, zniekształceniami i przyjmujących leki przeciwbólowe z grupy NLPZ. Badania wykonano gastrofiberoskopami marki Olympus GIF 20 i GIF 30. W zależności od wskazań wykonano biopsję błony śluzowej bądź zmiany rozrostowej, pobierając co najmniej dwa wycinki. W przypadku żołądka, z okolicy trzonu lub okolicy przedodźwiernikowej. Występowanie zakażenia *H. pylori* oceniano w oparciu o szybki test urazowy. Odczyt wykonywano po 5 min i 24 godzinach. Oceny histologicznej pobranych wycinków dokonano w pracowni patomorfologii 7 Szpitala MW. Refluksowe zapalenie przełyku klasyfikowano w oparciu o klasyfikację Los Angeles, a zapalenia żołądka oceniano według skali Sydney w modyfikacji Houston. Określano ich rozległość i nasilenie. Uzyskane wyniki poddano ocenie statystycznej. **Wyniki badań.** Zmiany w obrazie endoskopowym w przełyku, występowały u 14% badanych. Były to głównie: refluksowe zapalenie przełyku (5,4%), żylaki przełyku (4,55%). W ocenie zmian obserwowanych w żołądku, najczęściej nieprawidłowości występowały w zakresie błony śluzowej żołądka, były to zapalenia (rumieniowe, rumieniowo – wysiękowe) – 21,21% a następnie zapalenia nadżerkowe – 18,29%. Owrzodzenia żołądka, refluks żółciowy stanowiły około 3% obserwowanych zmian. Nowotwory żołądka (w obrazie histopatologicznym adenoC) występowały w 1,45%. Zmiany endoskopowe w dwunastnicy najczęściej dotyczyły zapalenia błony śluzowej (przerostowego) i występowały w 2,13%. *Geriatrics 2014; 8: 216-220.*

*Słowa kluczowe: choroby przewodu pokarmowego, górny odcinek, powyżej 65 roku życia, badania endoskopowe*

#### Abstract

**Aim of the study.** The aim of the study was to evaluate the frequency of diseases of the upper gastrointestinal tract prevalence at patients over 65 years old, based on gastrofiberoscopic examination, test on the presence of *Helicobacter pylori* and in cases that required explanations – histopathological examination of collected segments. **Material and methods.** The examinations were performed by retrospective method. Examined material consisted of 900 sick persons in the age between 65 – 98 years old with various ailments of the gastrointestinal tract, mainly with dyspeptic symptoms. During the endoscopic examination, simultaneously a test on the presence of *H. pylori* infection was made. At the same time in the doubtful cases, collected segment were histopathologically examined. Obtained results were statistically evaluated. **Results of examination.** Changes in the endoscopic picture of esophagus were noted at 14% of examined. Mainly: gastroesophageal reflux disease (5.4%), esophageal varices (4.55%). The evaluation of observed

changes in stomach, the most common irregularity appeared in the area of gastritis – inflammation (erythema, erythematous – exudative) – 21.21% and erosive gastritis – 18.29%. Ulcers of the stomach, bile reflux represented around 3% of the observed changes. Stomach cancer (in adenoC histopathology picture) occurred in 1.45% of examined. Endoscopic changes in the duodenum usually concerned the mucositis (hypertrophic) and occurred in 2.13% of examined *Geriatrics 2014; 8: 216-220*.

*Keywords: gastrointestinal tract disease, upper part, age above 65 years old, gastrofiberoptic examination*

## Wstęp

Choroby przewodu pokarmowego, szczególnie u osób po 65 roku życia, stanowią istotny problem zdrowotny na całym świecie. W przypadku Stanów Zjednoczonych istotnie obciążają budżet Państwa [1, 2]. Zdaniem Szkuclarka w Polsce szczyt zachorowań na choroby przewodu pokarmowego w grupie osób w podeszłym wieku, zarówno kobiet jak i mężczyzn przypada na lata 75-79, a potem następuje spadek [3]. Czynniki sprzyjającymi wzrostowi zachorowań na choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego, są zmiany zachodzące w organizmie, a szczególnie w przewodzie pokarmowym procesu starzenia się. Zmiany te są uwarunkowane predyspozycjami genetycznymi, z samym procesem starzenia, oddziaływania szkodliwych wpływów środowiska zewnętrznego, wśród których znajdują się również czynniki demograficzne [4]. W przebiegu procesu starzenia dochodzi także do zaburzeń motoryki przewodu pokarmowego,

zaburzeń czynności endokrynnych, które obejmują hormony żołądkowo-jelitowe, neuroprzekazniki, somatostatyny, gastryny i greline [5]. Mięśniówki (zaniki) tkanki łącznej sprzyja rozwojowi GERD, przy osłabieniu funkcji dolnego zwieracza przepony tworzeniu się przepukliny rozworu przełykowego i uchyłkowości. Objawy występujące u chorych w podeszłym wieku spowodowane chorobami górnego odcinka przewodu pokarmowego, najczęściej przyjmują postać dyspepsji pokarmowej, zarówno czynnościowej jak i organicznej. Celem niniejszych badań była ocena częstości występowania zmian makroskopowych i mikroskopowych u chorych w wieku podeszłym zakwalifikowanych z powodu dolegliwości przewodu pokarmowego do badań endoskopowych.

## Wyniki badań

Wyniki badań zostały przedstawione w tabelach I-IV.

Tabela I. Zmiany endoskopowe w przełyku

Table I. Endoscopic changes in esophagus

Rodzaj zmian	Kobiety	Mężczyźni	Razem	% występowania	Test HP+
Refluksowe zapalenie przełyku	20	26	46	5,11%	
Żylaki przełyku	10	31	41	4,5%	
Przełyk Barrett'a	7	16	23	2,55%	
Guzy przełyku	–	4	4	0,4%	
Achalazja przełyku	1	2	3	0,3%	

Tabela II. Zmiany endoskopowe w przełyku (zmiany histopatologiczne) w klasyfikacji Los Angeles

Table II. Endoscopic changes in esophagus (histopathological changes) in Los Angeles classification

Rodzaj zmian	Typ	Częstość występowania	%
	A	17	1,9
B	14	1,6	
C	3	0,3	
D	2	0,2	

Tabela III. Zmiany endoskopowe w żołądku

Table III. Endoscopic changes in stomach

Rodzaj zmian	Kobiety	Mężczyźni	Razem	%	HP +
Zapalenie błony śluzowej	101	88	189	21,21	47,0
Zapalenie nadżerkowe błony śluzowej	86	77	163	18,29	37,0
Przepuklina rozworu przełykowego	53	63	116	13,0	33,0
Zanikowy nieżyt żołądka	56	45	101	11,33	17,0
Owrzodzenie żołądka	14	16	30	3,36	7,0
Polipy żołądka	9	12	21	2,35	5,0
Refluks dwunastnico-żołądkowy	19	10	29	3,25	3,0
Niespecyficzne zapalenie żołądka	11	9	20	2,24	2,0
Nowotwory żołądka	5	8	13	1,45	2,0

Tabela IV. Zmiany endoskopowe w dwunastnicy

Table IV. Endoscopic changes in duodenum

Rodzaj zmian	Kobiety	Mężczyźni	Razem	%	HP +
Zapalenie błony śluzowej nadżerkowe	10	11	21	0,4	6,0
Przerostowe zapalenie błony śluzowej	11	8	19	2,13	3,0
Owrzodzenia	5	7	12	1,3	7,0

U chorych z chorobami przełyku najczęściej występowało refluksowe zapalenie przełyku – 5,11%, a następnie żylaki przełyku 4,5%. U chorych z refluksowym zapaleniem przełyku, według klasyfikacji Los Angeles, dominowały postaci łagodne (A) 1,9% i (B) 1,6%. Nieco rzadziej występował przełyk Barrett'a (2,5%), któremu często towarzyszyła przepuklina rozworu przełykowego. W badanym materiale guzy przełyku występowały stosunkowo rzadko, były stwierdzone u mężczyzn (0,4%), były to guzy łagodne bez cech metaplazji.

W badaniu endoskopowym żołądka dominowały zmiany zapalne o charakterze przewlekłym i stanowiły 21,21% w grupie tej uwzględniono także zmiany rumieniowate, rumieniowo-wysiękowe i przerostowe. W tej grupie także najczęściej obserwowano dodatni test na obecność *H. pylori*. Przepuklinę rozworu przełykowego stwierdzono u około 13%, również z wysokim odsetkiem dodatniego testu na *H. pylori*, który występował u 1/3 badanych. Do częstych zmian obserwowanych w obrazie endoskopowym należał zanikowy nieżyt żołądka, który występował w 11,33%. Badanie to także korelowało z obecnością zakażenia *H. pylori*. Wrzody żołądka stanowiły 3,36% chorych, a w nieco niższym odsetku stwierdzano Polipy żołądka, które w badaniu histopatologicznym okazywały się Polipami hyper-

plastycznymi. Nowotwory złośliwe stanowiły 1,45% wszystkich badań, refluks dwunastnico-żołądkowy występował w 3,15% u osób, które przebyły wcześniej zabiegi na drogach żółciowych, a w badaniu mikroskopowym tych chorych, stwierdzano hyperplazję dołeczków żołądka z cechami uszkodzenia błony śluzowej. Zapalenie błony śluzowej dwunastnicy stwierdzono u 19 chorych – 2,13% a wrzód dwunastnicy u 12 osób – 1,3%. W obu grupach uzyskano dużą korelację z *H. pylori*. Uzyskane wyniki badań przedstawiono w formie procentowej.

## Omówienie wyników badań

W diagnostyce chorób odcinka przewodu pokarmowego podstawowe znaczenie mają badania gastrofibroskopowe, test na obecność zakażenia *H. pylori*, a także badanie histopatologiczne, szczególnie w procesach zapalnych i rozrostowych pobranego odcinka [13]. Najczęściej w obrazie endoskopowym przełyku obserwowano zmiany o charakterze refluksowego zapalenia przełyku, co sprzyjało powstaniu przełyku Barrett'a, a przy rozluźnieniu dolnego zwieracza wpustu – przepukliny rozworu przełykowego. Zwiększenie takiej relaksacji skutkuje zarzucaniem kwaśnej treści żołądkowej, dolnej części przełyku i sprzyja również rozwojowi przepukliny rozworu przełykowego.

Badania epidemiologiczne przeprowadzone przez innych autorów [3,14] wykazały, że choroba refluksowa przełyku należy do częstych chorób przewodu pokarmowego, a w przypadku chorób przełyku znajduje się na pierwszym miejscu. W Stanach Zjednoczonych [2,8,12] rozpoznaje się ją u 8,9 miliona w grupie 15 milionów zgłaszających się do lekarza. W Polsce również często jest rozpoznawane refluksowe zapalenie przełyku [9] w około 36% pacjentów z dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego. Istotne znaczenie w patogenezie GERD wielu autorów przypisuje stylowi życia i sposobowi odżywiania się [7]. Zapalenie błony śluzowej żołądka w różnych postaciach było rozpoznawane najczęściej w badanym materiale. Stanowiło ono 50,83% przebadanych chorych [13]. U części przebadanych chorych stwierdzone zmiany w obrazie endoskopowym były niejednoznaczne. Obok zmian zapalnych, obserwowano zmiany przerostowe lub zanikowe. Przy jednoczesnym nakładaniu się zmian geriatrycznych typowych dla tego okresu dochodzi do upośledzenia odnowy nabłonka, zaburzeń w mikrokrążeniu i zmniejszeniu się liczby czynników mikroprotekcji błony śluzowej żołądka. Jednocześnie nieodpowiednio dobrana dieta i wielolekowość spowodowana wielochorobowością sprzyjają procesom destrukcyjnym w zakresie błony śluzowej. Istotne znaczenie przypisuje się tutaj zakażeniu *H. pylori* i stosowaniu NLPZ jako środków przeciwbólowych może pogłębiać te zmiany [11, 15]. W miarę starzenia się narasta ilość chorych z nieżytami żołądka. W przypadku nieżytów dwunastnicy często wymagane jest powtarzanie biopsji błony śluzowej [15,16]. Częstość występowania zakażenia

*H. pylori* różniła się pomiędzy poszczególnymi grupami. Najczęściej obserwowano dodatni test na obecność HP w grupach nieżytów żołądka, przepukliny rozworu przełykowego i owrzodzenia dwunastnicy. Łącznie w tych grupach było 69% dodatnich testów. Przeprowadzone badania retrospektywne pozwalają na ocenę poprzednio występujących chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego badanych w grupie osób w podeszłym wieku, co ma istotne znaczenie w przypadkach wielochorobowości i wielolekowości, a także dalszym prowadzeniu tych osób w ramach ciągłej opieki geriatrycznej, zwłaszcza że choroby te pozostają nadal popularne w społeczeństwie [17].

## Podsumowanie

1. W oparciu o przeprowadzone badania endoskopowe w grupie osób w podeszłym wieku z objawami ze strony przewodu pokarmowego stwierdzono, iż najczęściej występującymi chorobami były: w przełyku – zapalenie refluksowe, żołądka – zmiany nieżytowe, dwunastnicy – zapalenie błony śluzowej.
2. Częstość występowania zakażenia *H. pylori* u badanych chorych była niższa niż w ogólnej populacji.

## Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji

✉ Janusz Jerzemowski

Instytut Nauk o Zdrowiu, Akademia Pomorska w Słupsku, ul. Bohaterów Westerplatte 64, 76-200 Słupsk

☎ (+48 59) 840 59 13

✉ inoz.sekretariat@apsl.edu.pl

## Piśmiennictwo

1. Sandler RS, Everhart JE, Danowitz M, et al. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology* 2002;122(5):1500-11.
2. Perry AF, Dellone ES, Lund J, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology*, 2012;143:1143-87.
3. Szkudlarek J. Zachorowania na zchorzenia przewodu pokarmowego wśród osób leczonych w oddziałach chorób wewnętrznych w Ostrowie Wielkopolskim w 1998 roku. *Nowiny Lek* 2000;69:(5):457-67.
4. Manton KG. The demography of ageing, *Principles and Practice of Geriatric Medicine* 2012. Fifth Edition (Pathy, MSJ, Ed.). Wiley: London.
5. Sinclair AJ, Morley JE, Vellas B. Geriatric Medicine, *Pathy's Principles and Practice, Changes in gastrointestinal motor and sensory function associated with ageing* 2012; 249-265

6. Suzuki H, Moayyedi P. Helicobacter Pylori infection in functional dyspepsia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013;10(3):168-74.
7. Stake-Nilsen K, Hultcrantz R, Unge P, et al. Changes in symptoms and lifestyle factors in patients seeking healthcare for gastrointestinal symptoms an 18 year follow-up study, *European Journal of Gastroenterology Hepatol* 2013;25:1470-1.
8. Jarosz M, Taraszewska A. Risk factors for gastroesophageal reflux disease the role of diet. *Prz Gastroenterol* 2014;9(5):297-301.
9. Ziółkowski RA, Pacholec A, Kudlicka M, et al. Prevalence of Abdominal symptoms of Polish population, *Prz Gastroenterol* 2012;7(1):20-5.
10. Piątek-Guziewicz A, Przybylska-Feluś M, Dynowski W. Zmiany endoskopowe i histopatologiczne górnego odcinka przewodu pokarmowego u chorych z dyspepsją organiczną i czynnościową. *Przeł Lek* 2014;71(4):204-9.
11. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1466-79.
12. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. *Am J Surg Pathol* 1996;20:1161-81.
13. Tytgat GNJ. Role of endoscopy and biopsy in the work up of dyspepsia. *Gut* 2002;50:13-16.
14. Twardowska-Rajewska J, Morawska K, Hryniecki L. Choroby układu pokarmowego w podeszłym wieku, *Nowiny Lek* 1995;64:76-85.
15. Kreuring J, Wal AM, Kuiper G, et al. A multiple biopsy study of the duodenal bulb in health and diseases, *Scand J Gastroenterol* 1989; 24: 165-167.
16. Sirus W. Duodenitis a clinical endoscopic and histopatologic study. *QJ med* 1985;56(221):593-600.
17. Robson KM, Lembo A. *Common Gastrointestinal Disorders in the Elderly. Office Care Geriatrics* Thomas Rosenthal Bruce Naughton Mark Williams, 2006. p. 563-579.