

ULCERUL

Deși în mod normal, stomacul deține mecanisme eficiente pentru a neutraliza și dilua substanțe chimice și acizii din interiorul său, se poate întâmpla ca unele din verigile acestui proces să se defecteze și, în acest caz, apare ulcerul.

Un ulcer este un fel de crater în țesutul care învelește una din suprafețele corpului sau în membranele mucoase protectoare ce căptușesc multe părți ale corpului, printre care și tractul digestiv. Putem avea ulcer aproape cu orice localizare, de exemplu la nivelul pielii, al corneii ochiului, al mucoasei bucale sau al tractului digestiv.

ULCERUL DIN TRACTUL DIGESTIV

TRACTUL DIGESTIV

Începe din gură și se termină prin anus. El seamănă cu un tub, ale cărui porțiuni diferă ca mărime, structură și funcție. Cea mai mare parte din pereții tubului digestiv au, în grosimea lor, un strat muscular care contribuie la trecerea alimentelor, printr-un proces ritmic, numit peristaltism.

În diferite locuri ale tubului digestiv se află mușchi de formă inelară, numiți sfinctere. Acestea permit ca alimentele să avanseze treptat, în cantități mici. Ele mai contribuie la prevenirea refluxului alimentelor parțial digerate în porțiunea precedentă a tractului digestiv.

De exemplu, un asemenea sfincter este situat la capătul inferior al esofagului. Acesta se închide strâns după ce alimentele au ajuns în stomac, așa încât conținutul gastric nu se mai poate întoarce înapoi (se împiedică refluxul gastric sau regurgitarea).

Ulcerul din tractul digestiv este rezultatul acțiunii pepsinei și a acidului clorhidric asupra mucoasei digestive. El este de două feluri: ulcer stomacal, denumit adesea și ulcer gastric, și ulcer duodenal care apare în duoden, porțiunea intestinală cea mai apropiată de stomac.

Ulcerul din tractul digestiv se dezvoltă atunci când pepsina și acizii străpung mucoasa protectoare a stomacului sau a duodenului și evadează țesuturile subiacente. În mod normal, mucoasa gastrică asigură protecția stomacului împotriva acțiunii brutale a pepsinei și acidului clorhidric. Dacă însă, din diferite motive mucoasa se deteriozează, are loc un proces de autodigestie ce duce la formarea unui crater, a unei cavități. Apare ulcerul. Adevăratul ulcer este adânc, pătrunzând întreaga grosime a mucoasei. Aspectele lui superficiale poartă numele de eroziuni.

Ulcerul poate fi rotund sau oval, dar, uneori poate avea o formă neregulată sau liniară. Mărimea unui ulcer, variază de la câțiva milimetri la diametru sub 2 cm.

MECANISMUL APARIȚIEI ULCERULUI

Pentru a determina apariția ulcerului, cele 2 substanțe agresive, și anume, acidul clorhidric și pepsina, trebuie să fie ambele prezente. În absența acidului, pepsina nu provoacă nici un fel de daune.

Dar cum acționează acest mecanism? S-ar părea că o persoană cu hipersecreție acidă va face, sigur un ulcer. Nu întotdeauna, însă, se întâmplă așa. La persoanele cu ulcer gastric nu se constată întotdeauna o aciditate gastrică mai mare decât la cele sănătoase. Și chiar dacă la majoritatea persoanelor cu ulcer duodenal secreția acidă este mai mare decât în mod normal, nici această cauză nu este întotdeauna determinată. Așadar, hiperaciditatea nu este totul.

Ulcerul nu este o simplă consecință a unei acidități crescute; el apare când se produce ruperea echilibrului dintre nivelul acido-peptic și cel al mecanismelor normale de apărare ale peretului gastric.

CELE 2 TIPURI DE ULCER

Ulcerul duodenal- este cel mai de sîntîlnit tip de ulcer. Apare aproape de două ori mai frecvent la bărbați decât la femei, deși în multe părți ale Occidentului proporția pare că s-a înversat.

La bărbați, spre deosebire de ulcerul gastric, apariția ulcerului duodenal se produce într-o perioadă mai timpurie a vieții, de obicei în jurul vârstei de 25 de ani, maximum până la 45 de ani. La femei, ulcerul duodenal apare mai târziu, de obicei la 45 de ani și peste. Spre deosebire de ulcerul gastric, cel duodenal nu se malignizează (cancerizează) aproape niciodată.

În sec. al XIX-lea, ulcerul gastric era mult mai frecvent întîlnit decât cel duodenal. În sec. al XX-lea, însă, s-a produs o schimbare, în sensul că incidența ulcerului duodenal a depășit incidența celui gastric. Totuși, se pare că, începînd din 1950, s-a înregistrat o scădere a frecvenței ulcerului duodenal în țări occidentale ca Marea Britanie și S.U.A.

Mai există și deosebiri regionale. De exemplu, în Marea Britanie incidența ulcerului duodenal crește pe măsura înaintării spre Nord. Ea este mai mare în Scoția decât Anglia de Sud-Est.

Ulcerul gastric

Ulcerul gastric este de circa 4 ori mai puțin frecvent decât cel duodenal. Spre deosebire de acesta, ulcerul gastric apare mai ales la maturitate și se poate, uneori, maligniza. Incidența lui este ceva mai mare la bărbați, iar frecvența maximă se înregistrează în jurul vârstei de 55-65.

Se crede, de obicei, că sunt mai susceptibile să facă ulcer gastric persoanele cu calificare modestă sau necalificate, în timp ce ulcerul duodenal afectează pe cei cu calificare înaltă. Această teorie nu prea se adevărește. Potrivit unor date statistice recente, britanice și americane, ambele localizări ale ulcerului din straturile socio-economic mai inferioare.

Cum se recunoaște un ulcer?

În majoritatea cazurilor de ulcer, simptomele sunt foarte clare. Numai la un mic procent de bolnavi se dezvoltă un „ulcer silențios”, fără simptome evidente, ca durerea sau indigestia; netratat, acesta poate determina complicații grave.

Simptomul clasic și cel mai obișnuit este durerea, localizată în epigastru, în partea centrală superioară a abdomenului, imediat sub torace. Din unele studii rezultă că durerea se întâlnește aproape la toți pacienții. În altele, incidența durerii este apreciată la 70% din cazurile de ulcer duodenal și 50% în cele de ulcer gastric.

Mulțimi medici arată că bolnavii își descriu durerea unțensă ca pe o arsură sau o foame permanentă. Se mai semnaleză o senzație de apăsare în zona epigostriică.

Durerea poate fi percepută și pe o arie întinsă. La aproximativ 60% din pacienți durerea radiază și poate fi resimțită în alte zone, de exemplu, în spate sau în alte părți ale abdomenului. Totuși când se adresează medicului bolnavii pot adesea să indice zona în care simt durerea cea mai puternică.

Un alt fenomen obișnuit constă în apariția sau dispariția durerii sau a crizelor la diferite intervale de timp. Astfel, timp de câteva zile sau o săptămână o persoană poate simți dureri atroce și să aibă senzația de disconfort, după care aceasta să dispară pentru o perioadă mai îndelungată, de 1-6 luni.

În timpul unei crize numai rareori durerea are aceeași intensitate; se pot înregistra și intervale fără dureri. În unele cazuri, hrana înlătură durerea, dar poate să o intensifice sau să nu aibă nici un efect. Durerea mai poate avea anumite trăsături distinctive, în funcție de tipul de ulcer.

Ulcerul duodenal

Apariția durerii este mai probabilă în ulcerul duodenal decât în cel gastric. Durerea începe să apară cam la trei ore după masă. Este posibilă revenirea ei în miez de noapte, adeseori între orele 1 și 3, determinând trezirea bolnavului. Aceasta se întâmplă, probabil, pentru că stomacul fiind gol, nu intervin mecanismele de neutralizare a acidității gastrice care se menține constant la un nivel adecvat pentru digestie.

Paradoxal, când stomacul este gol, conținutul său în acid este mai mic, dar aciditatea (pH) este mai ridicată. Când stomacul este plin, secreția de acid este de aproximativ patru ori mai mare decât atunci când este gol, dar acest acid este diluat de alimentele solide și lichide, ajunse în stomac.

Spre deosebire de ulcerul gastric, în cel duodenal durerea poate fi mai frecvent alinată prin ingestia unui aliment sau a laptelui, de asemenea cu ajutorul medicamentelor antiacide. Tot astfel, în ulcerul duodenal poate fi mai lesne indicat sediul exact al durerii. De obicei, bolnavii de ulcer duodenal au dureri de multă vreme, chiar de mai mulți ani.

Ulcerul duodenal poate avea și alte simptome însoțitoare, dintre care cele mai obișnuite sunt greața, vărsăturile, pierderea în greutate, uneori prezența sângelui în scaune.

Ulcerul gastric

Există câteva deosebiri între ulcerul gastric și cel duodenal. Durerea este prezentă în 50% din cazurile de ulcer gastric, fiind localizată, de obicei, în aceeași zonă ca și în ulcerul duodenal. Potolirea durerii prin ingestie de hrană, de lapte sau antiacide, este mai rară, dar chiar dacă aceasta are loc, este, adesea, de scurtă durată. De obicei, durerea revine cam la 30 de minute după masă, dar în unele cazuri, intervalul fără dureri se poate prelungi până la câteva ore. La unii bolnavi, ingestia de alimente intensifică durerea.

Ulcerul gastric este mai rar însoțit de alte simptome ca greața și vărsăturile. Totuși, inapetența (lipsa poftei de mâncare) este de 2 ori mai curentă la bolnavii cu ulcer gastric și apare cam la două treimi din bolnavi. De aceea, dacă o persoană, are, zilnic, dureri după mese, la care se adaugă inapetența, este mai probabil să aibă ulcer gastric. Cei cu ulcer gastric merg mai curând la doctor decât cei cu ulcer duodenal, adică după o suferință de mai puțin de un an.

„Ploșnița” ulcerului

HELICOBACTER PYLORI este un microb în formă de spirală, care a fost găsit în stomac. La început s-a crezut că seamănă cu microorganismele din grupa Campylobacter, motiv pentru care i s-a dat numele de Campylobacter pylori. Apoi, în 1989, s-a stabilit că nu este un campylobacter autentic, așa că a fost reclasificat și rebotezat Helicobacter pylori, datorită formei sale de elice sau spirală.

H. pylori a fost găsit în mucoasa stomacului și a duodenului, părând a avea însă o deosebită preferință pentru cea dintâi, unde găsește un mediu extrem de favorabil. Se pare că atacă numai celulele mucoasei gastrice, iar pe cele duodenale numai dacă printr-o anumită schimbare, numită metaplazie, încep să semene cu cele gastrice.

Rolul acestui microb în boala ulceroasă

S-a bănuțit inițial că H. pylori mărește eliberarea de acid în stomac, dar acest lucru nu a putut fi dovedit. De fapt, numeroase studii au arătat că la pacienții cu ulcer, infectați cu H. pylori, nivelul secreției de acid era normal sau sub valoarea normală. Era nevoie, prin urmare, de explicații alternative.

S-au făcut multe cercetări pentru determinarea efectelor H. pylori. Oamenii de știință presupun că datorită formei sale speciale și caracteristicilor sale specifice, microbul lezează țesuturile stomacului și ale duodenului pe mai multe căi, ducând la dezvoltarea unui ulcer.

Cine este afectat?

H. pylori infectează cel puțin jumătate din populația globului. Până de curând s-a crezut că incidența este aproximativ aceeași la bărbați și la femei. Dar, în urma unor studii a rezultat o ușoară predominare a infecției la bărbați.

În Irlanda de Nord, unde s-a făcut studiul, aceasta a fost de 52% față de 48% la femei.

Se crede că infecția se transmite pe cale fecal-orală ca în cazul altor microbi. Se mai poate transmite de la gură la gură, s-a găsit H. pylori în salivă și în plăcile dentare. Această modalitate însă nu a fost dovedită, existența ei fiind controversă.

În țările subdezvoltate incidența infecției cu H.pylori este deosebit de mare. Se bănuiește că aceasta s-ar datora unor deficiențe de natură igienico-sanitară, care ușurează infecțiile încrucișate.

În țările dezvoltate tabloul este oarecum diferit, Aici incidența infecției crește cu vârsta. Astfel, s-a stabilit că copii sub 10 ani sunt infectați în proporție mai mică de 5%.

Factorii de risc

Cofeina

Foarte răspândită este părerea că prea multă cafea determină apariția ulcerului sau agravează simptomele acestuia. Nu aceasta este însă realitatea.

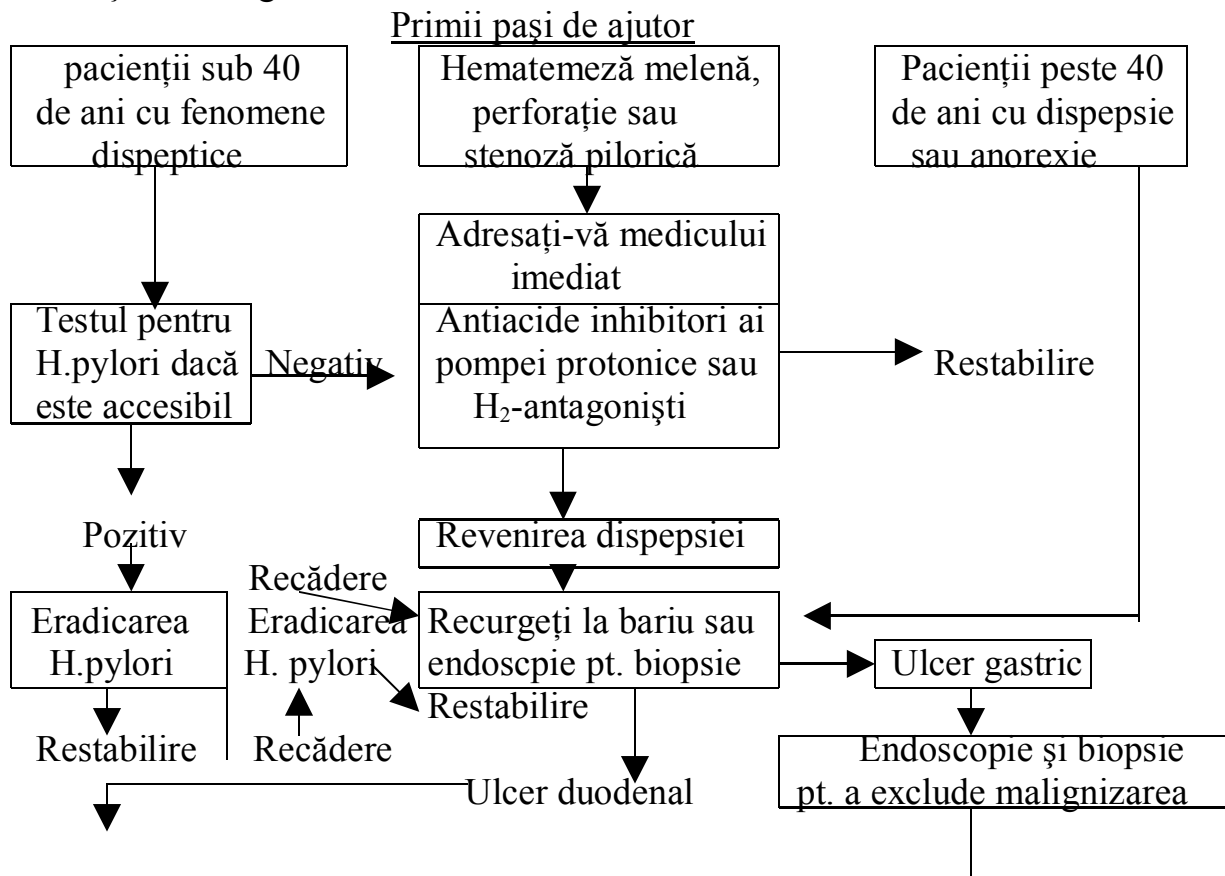
Este adevărat că secreția de acid gastric este stimulată de cafea, indiferent dacă aceasta este, sau nu, decafeinizată. Nu există însă dovezi că ingestia cafelei sau a unei mari cantități de băuturi cafeinizate, cum sunt cele de cola, ar provoca apariția ulcerului.

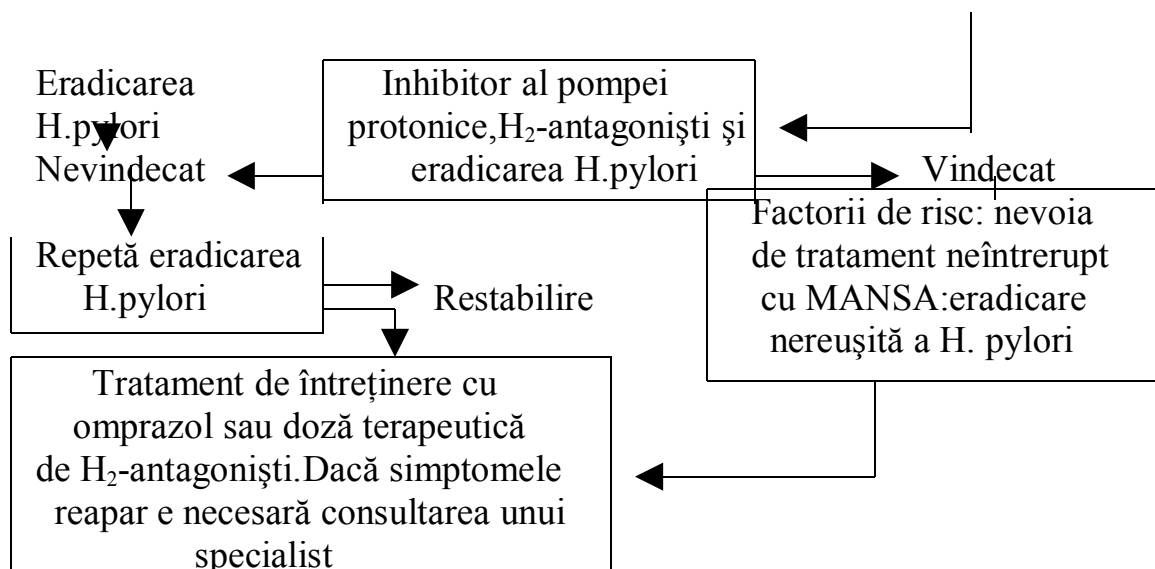
Totuși, se pare că dacă înainte ați băut multă cafea, riscul de a face, mai târziu ulcer duodenal este mai mare.

Consumul de alcool

S-a sugerat, de asemenea, că alcoolul, consumat în cantitate mare, ar fi ulcerigen, întrucât el stimulează secreția de gastrină și acid clorhidric. Dar nu există dovezi concludente că alcoolul ar provoca sau exacerba un ulcer.

Alți factori de risc sunt: stresul, regimul alimentar, fumatul de țigarete, secreția de acid și factorii genetici.





Diagnosticul în boala ulceroasă se face pe baza datelor complete și corecte pe care trebuie să le prezinte bolnavul, a simptomelor clinice, a acidităților crescute în special în ulcerele duodenale, și mai ales prin punerea în evidență a nișei ulceroase la examenul radiologic sau la cel endoscopic.

Tratamentul bolii ulceroase trebuie să înceapă în perioadele dureroase cu un repaus de cel puțin 7-10 zile. Un loc important îl deține regimul alimentar care trebuie instituit. Pe lângă respectarea diferitelor măsuri de igienă a alimentației, cu mese mai frecvente și la intervale regulate, se impune un regim alimentar rațional pe care bolnavul să-l poată respecta.

Trebuie să se ceară bolnavului să evite sosurile, prăjelile, grăsimile, condimentelor, legume, fructe, etc. Tutunul și băuturile alcoolice trebuie complet interzise.

Tratamentul medicamentos, cu alcaline, neutralizante, antispastice, sedative, etc., trebuie respectat întocmai.

BIBLIOGRAFIE

1. Ricki Ostrov-, „Ulcer: Ghid de diagnostic, tratament și prevenire”
Editura Polimark, București, 1997
2. Ion Gherman-, „Bolile digestive”
Editura Colosseum, București, 1996