

ارتباط بین عفونت هلیکوباکترپیلوری و ازوفارزیت اروزیو در بیماران مراجعه کننده با علائم رفلaks معده به مری

سپیده سیادتی (MD)^۱، سیده زهرا فتوک کیابی (MD)^۲، جواد شکری شیروانی (MD)^۳

۱- گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۲/۱/۷، اصلاح: ۹۲/۲/۱۱، پذیرش: ۹۲/۱۰/۱۵

خلاصه

سابقه و هدف: بیماری رفلaks گاستروازوفازیال (Gastroesophageal reflux disease-GERD) یکی از بیماری‌های شایع دستگاه گوارش است. بعضی از پژوهش‌ها یک ارتباط منفی (معکوس) بین هلیکوباکترپیلوری و این بیماری گزارش کرده‌اند. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین عفونت هلیکوباکترپیلوری با ازوفارزیت اروزیو در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بابل، می‌باشد.

مواد و روشهای: در این مطالعه مقطعی تعداد ۹۱۱ بیمار (۴۸۵ مرد و ۴۲۶ زن) با شکایت سوزش سرده و برگشت اسید تحت آندوسکوبی فوقانی قرار گرفتند. دو نمونه از آنتر و تنہ معده گرفته شد و جهت بررسی گاستریت و هلیکوباکترپیلوری به واحد پاتولوژی ارسال شد. سپس شیوع عفونت در دو گروه بیماران دارای اروزیوں (Erosive reflux disease-ERD-۵۷۴ نفر) و گروه بدون اروزیوں (Nonerosive reflux disease-NERD-۳۴۶ نفر) در آندوسکوبی، مورد بررسی قرار گرفت. متغیرهای دیگری شامل سن، جنس، مصرف سیگار، اپیوم، BMI، وجود هرنی هیاتال، وجود اولسر دئونوم همزمان، وجود گاستریت و همچنین بررسی ازوفارزیت و شدت آن نیز در دو گروه مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه ۹۱۱ نفر با میانگین سنی 45 ± 7 سال مورد بررسی قرار گرفتند. ارتباط معنی‌داری بین حضور هلیکوباکترپیلوری و ابتلا به رفلaks اروزیو وجود نداشت. ارتباط معنی‌داری بین سن بالاتر از ۵۰ سال، جنس مذکور، اولسر دئونوم، هرنی هیاتال، گاستریت شدید با ابتلا به رفلaks اروزیو وجود دارد ($P < 0.05$) ولی ارتباط معنی‌داری بین مصرف سیگار، اپیوم و BMI با رفلaks اروزیو یافت نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که بین ابتلا به رفلaks اروزیو و ابتلا به هلیکوباکترپیلوری ارتباطی وجود ندارد، اما به منظور بررسی نقش آن و تاثیر درمان هلیکوباکترپیلوری در ابتلا به رفلaks اروزیو نیاز به مطالعات بیشتری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: رفلaks معده به مری، ازوفارزیت اروزیو، ازوفارزیت غیر اروزیو، عفونت هلیکوباکتر پیلوری.

مقدمه

بیماری دستگاه گوارش فوقانی در کشورهای غربی است (۵). ولی شیوع آن در کشورهای آسیای شرقی کمتر است (۶-۸). مطالعه‌ای در تهران، نشان داد که 11.8% از جمعیت ساکن تهران در هر ماه حداقل یکبار علائم GERD را تجربه می‌کنند (۲). رابطه بین هلیکوباکترپیلوری و بیماری‌هایی مانند زخم پستیک و بدخیمی‌های معده به خوبی شناخته شده است. در حالیکه ارتباط بین این باکتری و GERD هنوز به خوبی روشن نیست و موضوع تحقیقات زیادی است که تاکنون ادامه دارد (۹-۱۰). برخی مطالعات، بویژه از کشورهای غربی اظهار می‌کنند که ارتباط معکوس بین عفونت هلیکوباکترپیلوری و شیوع GERD و عوارض آن مثل مری بارت و آندو کارسینوم مری وجود دارد (۱۱). هلیکوباکترپیلوری

(Gastroesophageal reflux disease-GERD) از جمله بیماریهای مزمن و شایع در دنیا و ناشی از برگشت محاویات معده به مری است. این بیماری، مزمن و عود کننده است و منجر به علائم مانند سوزش سر دل و رگزیتاسیون اسید می‌شود (۱۲). بر اساس وجود علائمی مانند سوزش سر دل و رگزیتاسیون اسید می‌شود (۱۲). بر اساس وجود آزردگی (erosion) مخاطی و یا زخم که در آندوسکوبی دیده می‌شود، GERD به دو دسته رفلaks اروزیو (Nonerosive reflux disease-NERD-) و Erosive reflux disease-ERD- (Nonerosive reflux disease-NERD-) تقسیم می‌گردد (۳). مطالعات اپیدمیولوژیک افزایش بروز و شیوع آنرا در کشورهای توسعه یافته نشان داده است (۱۳)، در واقع GERD امروزه شایعترین

■ این مقاله حاصل پایان نامه سیده زهرا فتوک کیابی رزیدنت داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل می‌باشد.

* مسئول مقاله: دکتر جواد شکری شیروانی

آدرس: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه داخلی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۵۰-۷۱-۳

۴۸۵ نفر (%۵۳/۲) مرد و ۴۲۶ نفر (%۴۶/۸) زن بودند. میانگین سنی مبتلایان به ERD و NERD بودند. در بین ۴۲۶ نفر از بیماران مبتلایان به ERD که اطلاعات مربوط به هلیکوباتریپلوری مشخص بود، ۷۳ نفر (%۱۵/۸) مبتلایان به ERD شدید بودند. ابتلایان کلی به هلیکوباتریپلوری در جمعیت مورد مطالعه ۲۹۹ نفر (%۴۲) بود (داده های مربوط به هلیکوباتریپلوری ۲۰۲ نفر در دسترس نبود یا نمونه گیری از آنها نشده). نفر (%۶/۹) از افراد شرکت کننده در این مطالعه سیگار و ۲۰ نفر (%۰/۲) اپیوم مصرف کردند. ۸۴ بیمار (%۹۴/۴) مبتلایان هرندی هیاتال، ۱۸۲ بیمار (%۴۲/۲) مبتلایان به گاستریت شدید و ۱۱۷ بیمار (%۱۲/۸) دارای اولسر دئوندون بودند (جدول ۱).

**جدول ۱. شاخص های دموگرافیک، اندوسکوپیک و یافته های GERD
باليني بيماران مبتلایان به علائم**

متغیر	تعداد Mean±SD
BMI(Kg/M ²)	۲۵/۷±۴/۴
مانگین سنی	۴۶/۷±۱۶/۲
سن بالاتر از ۵۰ سال	(۳۸/۱)۳۴۷
جنس (مرد)	(۵۳/۲)۴۸۵
عفونت هلیکوباتریپلوری	(۴۲/۰)۳۹۹
هرنی هیاتال	(۹/۴)۸۶
گاستریت (شدید)	(۲۱/۶)۱۸۲
زخم انتی عشر	(۱۲/۸)۱۱۷
صرف سیگار	(۶/۹)۶۳
صرف اپیوم	(۲/۲)۲۰
سوزش سردل	(۵۳/۳)۴۸۶
ازوفازیت در اندوسکوپی	(۶/۰)۵۴۷

۱۸۹ نفر (%۴۰/۹) از مبتلایان به ERD و ۱۱۰ نفر (%۴۴/۵) از مبتلایان به NERD دارای عفونت هلیکوباتریپلوری بودند و این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود. از ۴۶۲ نفر مبتلایان به ERD، ۷۳ بیمار دارای ازوافازیت شدید در اندوسکوپی بودند که از بین آنها عفونت هلیکوباتریپلوری در ۲۵ بیمار (%۳۴/۲) اثبات شد. ۳۸۹ بیمار دارای ازوافازیت خفیف بودند که از بین آنها ۱۶۴ بیمار (%۴۲/۲) مبتلایان به عفونت هلیکوباتریپلوری تشخیص داده شدند. این اختلاف در دو گروه معنی دار نبود. در بررسی عامل سن، میانگین سنی در افراد با ERD برابر با ۴۹/۲±۱۷/۴ سال و در افراد با NERD برابر با ۴۳/۱±۱۳/۳ سال بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($p<0.01$). همه بیماران در دو گروه سنی زیر ۵۰ و بالاتر از ۵۰ سال تقسیم شدند. ERD به ترتیب در ۳۰۲ نفر (%۵۳/۷) از افراد کمتر از ۵۰ سال و ۲۴۳ نفر (%۷۰/۳) از افراد بیشتر از ۵۰ سال مشاهده شد که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($p<0.001$). ۳۳۰ نفر از مردان (%۶۸) و ۲۱۷ نفر از زنان (%۵۰/۹) دارای ERD بودند که این اختلاف از نظر آماری

از طریق ایجاد گاستریت مزمن آتروفیک و کاهش ترشح اسید معده در ایجاد این وضعیت دخیل است (۱۲). میزان بروز عفونت هلیکوباتریپلوری، بیماری اولسر پپتیک و بدخیمی دیستال معده در کشورهای توسعه یافته مثل اروپای غربی و آمریکای شمالی و استرالیا، کاهش یافته است. در حالیکه GERD و عوارض ناشی از آن مانند مری بارت و آدنوکارسینوم مری رو به افزایش گذاشته است (۱۳ و ۱۴). در واقع در حال حاضر GERD یکی از شایعترین مشکلات بهداشتی در دنیای غرب می باشد (۱۵). بنابراین فرض شده است که ارتباط معمکوس بین عفونت با هلیکوباتریپلوری و GERD وجود دارد (۱۶). بر عکس، میزان این عفونت در کشورهای در حال توسعه مثل آمریکای جنوبی، اروپای شرقی، آفریقا، آسیا، چین و هند بالاتر است ولی شیوع بیماری GERD و نیز شدت آن در این جوامع کمتر است (۱۷-۲۱). در ایران عفونت با هلیکوباتریپلوری در افرادی که آندوسکوپی می شوند شایع است (۲۲). بر طبق مطالعات در شمال کشور عفونت با هلیکوباتریپلوری حدود %۸۰ است (۲۳). GERD در ایران از شیوع بالایی برخوردار است (۲۴). همچنین در ایران میزان ازوافازیت که یکی از یافته های شایع GERD است در بررسی آندوسکوپیک تا %۵۵ اعلام شده است (۲۵). با توجه به نتایج متفاوت مطالعات در کشورهای مختلف و فقدان چنین مطالعه ای در شمال ایران، این مطالعه به منظور بررسی وجود احتمالی ارتباط بین عفونت با هلیکوباتریپلوری و GERD در بیماران با علائم ریفلاکس که به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بابل، مراجعه کردند، انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی طی سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۱ بر روی ۹۱۱ بیمار مبتلایان ریفلاکس (سوزش سردل، رگوریتاسیون اسید) از تعداد ۷۵۱۵ بیماریکه در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بابل آندوسکوپی شدند، انجام شد. بیماران با سابقه جراحی دستگاه گوارش، کانسرو معده، انسداد خروجی معده (GOO)، گاستروپارزی، سابقه مصرف داروهای مهارکننده پمپ پروتون در ۴ هفته اخیر، سابقه دریافت داروی ریشه کنی هلیکوباتریپلوری، مصرف داروهای قلبی مثل نیتراتها و کلسیم بلوکرها از مطالعه خارج شدند. بیماران بر اساس نمای آندوسکوپی مخاط مری به دو گروه با ازوافازیت (ERD) یا بدون ازوافازیت (NERD) تقسیم شدند. از همه ۹۱۱ بیمار جهت بررسی وضعیت عفونت با هلیکوباتریپلوری از آنتر و تنه معده دو نمونه بیوپسی تهیه و در محلول فرمالین قرار داده شد و در همان روز به واحد پاتولوژی بیمارستان ارسال گردید تا با رنگ آمیزی H&E از نظر وجود و شدت گاستریت و با رنگ آمیزی گیمسای مدیفیه از نظر وضعیت هلیکوباتریپلوری بررسی شوند.

داده های مربوط به سن، جنس، مصرف سیگار، اپیوم، BMI، و نیز یافته های آندوسکوپیک شامل وجود ازوژیون (NERD یا ERD) وجود هرنی هیاتال، وجود گاستریت یا اولسر پپتیک هم‌زمان در مورد همه بیماران ثبت شد.

یافته ها

میانگین سنی ۹۱۱ بیمار که با شکایت باليني سوزش سردل و یا رگوریتاسیون اسید اندوسکوپی شدند ۴۵/۷±۱۶/۲ سال بود. از مجموع ۹۱۱ نفر،

همچنین در مطالعه حاضر داده‌های مربوط به BMI در ۶۱۷ نفر از شرکت کنندگان اندازه‌گیری شد که میانگین آن $25/8 \pm 4/3$ بود. میانگین BMI در بیماران مبتلا به ERD $25/8$ و در بیماران مبتلا به NERD $25/7$ بود ($P=0/089$) (جدول ۲).

برای متغیرهایی که در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی دار داشتند آنالیز چند متغیره انجام شد که نشان داد هرNI هیاتال، گاستریت شدید، اولسر دئودنوم، جنس مرد و گروه سنی بالاتر از ۵۰ سال به طور مستقل با ایجاد ERD رابطه دارد (جدول ۳).

معنی دار بود. ۳۴۲ نفر (۴۱/۵٪) از افرادی که ERD داشتند مبتلا به هرNI هیاتال و ۲۲ نفر (۲۵/۶٪) از مبتلایان به NERD هرNI هیاتال داشتند ($P=0/004$). ۹۷ نفر (۲۱/۴٪) از افراد مبتلا به ERD و ۲۰ نفر (۳۶/۷٪) از مبتلایان به NERD دچار اولسر دئودنوم بودند ($P=0/001$). ۳۰۳ نفر (۴۶/۴٪) از مبتلایان به ERD و ۵۴ نفر (۲۹/۶٪) از مبتلایان به NERD مبتلا به گاستریت شدید و متوسط بودند ($P=0/001$). ۶۶٪ از گروه ERD و ۳۳٪ از گروه NERD، سیگاری بودند ($P=0/002$). در این مطالعه ۷۰٪ از افراد مبتلا به ERD و ۳۰٪ از مبتلایان به NERD از ایوم استفاده می‌کردند ($P=0/003$).

جدول ۲. آنالیز تک متغیره شاخص‌های دموگرافیک و اندوسکوپیک در بیماران مبتلا به GERD

متغیر	ERD	NERD	P value	OR CI 95%
اولسر دئودنوم	(۸۲/۹)۹۷	(۱۷/۱)۲۰	.۰۰۱	۳/۷ (۲/۲۴-۶/۱۲)
گاستریت (شدید)	(۷۰/۳)۱۲۸	(۲۹/۷)۵۴	.۰۰۱	۲/۰ (۱/۴۱-۲/۸۶)
هرNI هیاتال	(۷۴/۴)۶۴	(۲۵/۶)۲۲	.۰۰۴	۲/۰ (۱/۳۴-۳/۴۰)
صرف سیگار	(۶۶/۷)۴۲	(۳۳/۳)۲۱	.۰۲۶	۱/۲۸ (۰/۷۲-۲/۲۷)
صرف ایوم	(۷۰)۱۴	(۳۰)۶	.۰۳۵	۱/۳۵ (۰/۴۸-۳/۷۶)
عفونت هلیکوباتر پیلوی	(۸۳/۲)۱۸۹	(۳۶/۸)۱۱۰	.۰۳	.۰۸۶ (۰/۵۳-۱/۱۷)
(Kg/m ²)BMI برای BMI بیشتر یا کمتر از ۲۵ OR	۲۵/۸	۲۵/۷	.۰۸۹	.۰۹۶ (۰/۶۹-۱/۳۲)
جنس (مرد)	(۶۸)۳۳۰	(۳۲)۱۵۵	.۰۰۱	۲ (۱/۵۶-۲/۶۸)
میانگین سنی برای بالاتر از ۵۰ سال	۴۹±۱۷/۴	۴۳±۱۳/۳	.۰۰۰۱	۲/۰۴ (۱/۵۴-۲/۷۱)

جدول ۳. آنالیز چند متغیره شاخص‌های دموگرافیک و اندوسکوپیک در بیماران مبتلا به GERD

متغیر	ERD	NERD	OR (CI 95%)	P
هرNI هیاتال	(۷۴/۴)۶۴	(۲۵/۶)۲۲	۲/۷(۱/۴-۴/۹)	.۰۰۴
گاستریت (شدید)	(۷۰/۳)۱۲۸	(۲۹/۷)۵۴	۱/۶(۱/۱-۲/۴)	.۰۰۱
اولسر دئودنوم	(۸۲/۹)۹۷	(۱۷/۱)۲۰	۳/۴(۲/۲-۶/۱)	.۰۰۱
جنس (مرد)	(۶۸)۳۳۰	(۳۲)۱۵۵	۱/۶(۱/۲-۲/۱)	.۰۰۱
میانگین سنی (سال)	۴۹±۱۷/۴	۴۳±۱۳/۳	۲/۱(۱/۵-۲/۸)	.۰۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ارتباط معنی داری بین شیوع عفونت هلیکوباتریلوری و بیمار مبتلا به GERD انجام شد، به این نتیجه رسیدند که شیوع عفونت با

ایجاد ERD مشاهده نشد و در واقع وجود این میکروارگانیسم تاثیری در ابتلا به

ارتباط بین عفونت هلیکوباتریپلوری و ازوفارژیت اروزیو در بیماران...؛ سپیده سیادتی و همکاران

Jonaitis و همکاران از سه روش تست سریع اوره آر، تست UBT - C^{14} و هیستولوژی (رنگ آمیزی گیمسا) استفاده کردند و شرط اثبات حضور عفونت هلیکوباتر را مثبت بودن حداقل ۲ تست دانستند (۱). از سوی دیگر در مطالعه‌ای که توسط Hashemi و همکاران در هرمزگان انجام شد نمونه‌های بیوپسی معده برای هیستوپاتولوژی و تست اوره آر ارسال شده و اگر حداقل یکی از این تست‌ها مثبت می‌شد، آن نمونه از لحاظ هلیکوباتریپلوری مثبت محسوب شده است و بدین ترتیب مثبت بودن یک تست برای اثبات وجود میکروارگانیسم کافی دانسته شده است (۲۲). در مطالعه Rasmi و همکاران در ارومیه از روش سرولوژی برای یافتن میکروب استفاده شد و نتایج مثبت با استفاده از تست سریع اوره از (RUT) مجدد تایید شد (۲۵).

با توجه به اینکه روش هیستولوژی برای تشخیص هلیکوباتریپلوری که در مطالعه ما استفاده شده دارای حساسیت %۸۰-۹۰ است و نسبت به سایر روش‌های تشخیصی از حساسیت متوسطی برخوردار است، بنظر می‌رسد استفاده از یک تست تاییدی در کنار هیستولوژی به نتایج دقیق‌تری بیانجامد. از دیگر یافته‌های مطالعه ما که احتمال ابتلا به ERD را به طرز معنی داری افزایش می‌دهد، وجود هرنی هیاتال (OR:۱/۶)، جنس مرد (OR:۲/۷)، سن بالاتر (OR:۲/۱) و اولسر دودنوم (OR:۳/۴) بوده است.

مطالعه Jonaitis و همکاران نیز ثابت کرد که جنس مرد، کاهش شیوع هلیکوباتر پیلوری، وجود هرنی هیاتال و BMI بالاتر در گروه ERD غالباً است ولی در آنالیز چند متغیره فقط جنس زن و وجود عفونت هلیکوباتریپلوری برای پیش‌بینی NERD، از نظر آماری معنی دار بودند (۱). Ha و همکاران در مطالعه‌ای که در کره جنوبی انجام دادند جنس مرد، هرنی هیاتال، سیگارکشیدن و BMI بالا را به عنوان عوامل خطر ابتلا به ERD معرفی کردند (۳). در این مطالعه نقش هلیکوباتریپلوری برسی نشد. Abdul-Razzak و همکاران در مطالعه‌ای در کشور اردن نشان دادند که هرنی هیاتال و گاستریت آنترال در ERD شایع‌تر از NERD است (۴). Kim و همکاران نیز در مطالعه خود ارتباط معنی دار بین هرنی هیاتال و BMI بالاتر با ایجاد ERD یافتند (۲۶) که با نتایج این مطالعه نیز همخوانی داشت.

به نظر می‌رسد GERD یکی از زمینه‌های گاستروانترولوژی است که هنوز زمینه برای تحقیقات وسیع‌تر وجود دارد و جهت اثبات نقش هلیکوباتریپلوری در ایجاد یا حفاظت از وقوع GERD به مطالعات بیشتری نیاز است. از نقاط قوت این مطالعه تعداد زیاد بیماران نسبت به مطالعات مشابه، انجام برسی آندوسکوپیک توسط یک فرد، ورود نمونه‌های ازوفارژیت اروزیو بدون وجود علائم ریفلاکس به گروه مورد مطالعه و انجام مطالعه در منطقه جغایی‌ای با شیوع بالای هلیکوباتریپلوری است. اما از نقاط ضعف مطالعه می‌توان به استفاده از یک روش جهت اثبات وجود هلیکوباتریپلوری (رنگ آمیزی گیمسا، پاتولوژی) اشاره کرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل و از پرسنل واحد آندوسکوپی و پاتولوژی بیمارستان شهید بهشتی و آیت الله روحانی بابل صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

هلیکوباتریپلوری در بیماران مبتلا به GERD در مناطق با شیوع بالای هلیکوباتریپلوری چشمگیر است ولی به صورت معنی داری در گروه ERD کمتر از گروه NERD بود (۱). آن‌ها نتیجه گرفتند که عفونت با هلیکوباتر و جنس مونت فاکتورهای پیش‌آگهی با اهمیت در NERD می‌باشند. با توجه به تعداد بسیار بیشتر بیماران در مطالعه ما نسبت به مطالعه‌ای بر روی ۲۵۳ نفر با علائم واضح GERD نشان دادند که عفونت هلیکوباتریپلوری در GERD از میزان کمتری برخوردار است و این خصوصیت را نشانگر احتمالی نقش حفاظتی عفونت هلیکوباتریپلوری با درنظر گرفتن شیوع GERD می‌دانند (۲۶).

Haruma با تأکید بر روی نقش افزایش ترشح اسید در ایجاد ERD نشان داد بهبود عفونت هلیکوباتریپلوری با افزایش ترشح اسید باعث تشیدی ERD می‌شود (۱۳). Ishiki و همکاران نشان دادند که در بیماران مبتلا به ERD همراه با اولسر دودنوم، پس از درمان هلیکوباتریپلوری، بهبود بارزی در ERD پدید می‌آید (۲۷). همچنین Fallone و همکاران نشان دادند ERD در بیمارانی که درمان هلیکوباتر می‌شوند، شدیدتر است (۲۸).

در مطالعه‌ای که Abdul-Razzak و همکاران روی ۱۵۰ بیمار انجام ERD دادند، شیوع عفونت هلیکوباتر پیلوری در نمونه‌های بیوپسی مبتلایان به ERD تفاوت زیادی با گروه کنترل نداشته است و نتیجه گرفتند که این موضوع نه تنها از نظریه ارتباط بین عفونت هلیکوباتریپلوری و ایجاد ERD حمایت نمی‌کند بلکه پشتیبان نظریه نقش حفاظتی هلیکوباتریپلوری در مقایل ایجاد GERD نیز نیست. ولی همین مطالعه نشان داد که شیوع هلیکوباتر پیلوری در آنتر بیماران و گروه کنترل (بدون یافته‌های اندوسکوپی ازوفارژیت) تقریباً یکی است ولی شیوع آن در نمونه‌های کاردیا در گروه ERD بسیار بیشتر از گروه کنترل است (۴). Rasmii و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۱۵۴ نفر نشان دادند که ERD با ایجاد NERD و همکاران در ERD بیشتر از ۷۰٪ بیماران مبتلا به NERD و دارای عفونت هلیکوباتریپلوری بودند و تفاوت معنی داری از لحاظ شیوع هلیکوباتریپلوری در این دو گروه وجود نداشت و این شیوع مشابه شیوع هلیکوباتریپلوری در جمعیت کلی ارومیه می‌باشد (۲۵). Grand و همکاران نیز شواهد معناداری در مورد نقش هلیکوباتریپلوری در پیشرفت GERD نیافرند (۲۹).

Falk و همکاران اظهار می‌دارند که هلیکوباتریپلوری در موارد GERD نقش همراهی و نه نقش حفاظتی دارد و درمان این باکتری در پیامد درمان با داروهای منع کننده پمپ پروتون در بیماران مبتلا به GERD تاثیری ندارد (۳۰). Matalene Sharma و همکاران نشان داد که به نظر می‌رسد هلیکوباتریپلوری نقش اندکی در ایجاد GERD دارد (۳۱). همچنین Peek اظهار داشت که درمان هلیکوباتریپلوری نه منجر به ایجاد ازوفارژیت و نه تشیدی GERD قبلی می‌گردد (۳۲). Yaghoobi و همکاران نیز نشان دادند همراهی بین درمان هلیکوباتریپلوری و ایجاد موارد جدید GERD در افراد مبتلا به سوءاضمه (Dyspepsia) وجود ندارد (۳۳). نتایج این مطالعات با آنچه که ما در مورد ارتباط بین عفونت هلیکوباتریپلوری و ERD بذست آورده‌یم همخوانی دارد. در تفسیر نتایج مطالعه ما باید به مواردی مثل روش اثبات حضور هلیکوباتر پیلوری نیز توجه داشت. در مطالعه حاضر از روش هیستولوژی (رنگ آمیزی گیمسا) برای اثبات حضور هلیکوباتریپلوری در نمونه‌های بیوپسی استفاده شده است.

Association of Helicobacter Pylori Infection and Erosive Reflux Esophagitis in Patients with GERD

S. Siadati (MD)¹, S.Z. Fotok-Kiai (MD)², J. Shokri-Shirvani (MD)^{2*}

1. Department of Pathology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2. Department of Internal Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

J Babol Univ Med Sci; 16(4); Apr 2014; pp: 7-13

Received: Mar 27th 2013, Revised: May 1st 2013, Accepted: Jan 5th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the common gastrointestinal tract diseases. Association between H. pylori infection and GERD is a matter of debate and some studies reported inverse relationship. The aim of this study was to investigate the association between H. pylori infection and erosive GERD in patients who referred to teaching hospitals of Babol University of Medical Sciences, Babol, Northern Iran

METHODS: A total of 911 patients with GERD, including 485 men and 426 women, were enrolled in this Cross Sectional study, underwent endoscopy and then two biopsies were taken from gastric body and antrum to evaluate gastritis and H. pylori infection. All patients were assigned in two groups, patients with erosive GERD (Erosive Reflux Disease, EGerd: 574) and patients with nonerosive GERD (Nonerosive Reflux Disease, NERD: 346). Other variables (age, gender, smoking, opium, BMI, hiatal hernia, duodenal ulcer, gastritis, esophagitis and its severity) in these two groups compared.

FINDINGS: In this study 911 patients (mean age 45.7±16.2 years) were evaluated. No statistically significant association between gastric H. pylori infection and EGerd was found. Although, there was significant association between age more than 50, male gender, duodenal ulcer, hiatal hernia and severe gastritis with EGerd, however, this association was not found between smoking, opium and BMI with EGerd.

CONCLUSION: In this study no association between H. pylori infection and EGerd was found. Further study is required to show the impact of H. pylori eradication in patients with GERD.

KEY WORDS: *Gastroesophageal reflux, Erosive esophagitis, Nonerosive esophagitis, H. pylori infection.*

Please cite this article as follows:

Siadati S, Fotok-Kiai SZ, Shokri-Shirvani J. Association of helicobacter pylori infection and erosive reflux esophagitis in patients with GERD. J Babol Univ Med Sci 2014;16(4): 7-13.

* Corresponding Author; **J. Shokri- Shirvani (MD)**

Address: Department of Internal Medicine, Shahid Beheshti Hospital, Babol, Iran

Tel: + 98 111 2252071-3

E-mail: javadshokry@gmail.com

References

- 1.Jonaitis LV, Kiudelis G, Kupcinskas L. Characteristics of patients with erosive and nonerosive GERD in high-helicobacter-pylori prevalence region. *Dis Esophagus* 2004;17(3):223-7.
- 2.Nouraei M, Razjouyan H, Assady M, Malekzadeh R, Nasseri-Moghaddam S. Epidemiology of gastroesophageal reflux symptoms in Tehran, Iran: A population-based telephone survey. *Arch Iranian Med* 2007;10(3):289-94.
- 3.Ha NR, Lee HL, Lee OY, et al. Differences in clinical characteristics between patients with non-erosive reflux disease and erosive esophagitis in Korea. *J Korean Med Sci* 2010;25(9):1318-22.
- 4.Abdul-Razzak KK, Bani-Hani KE. Increase prevalence of helicobacter pylori infection gastric cardia of patients with reflux esophagitis: A study from Jordan. *J Dig Dis* 2007;8:203-6.
- 5.Nordenstedt H, Lagergren J. Environmental factors in the etiology of gastroesophageal reflux disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2008;2(1):93-103.
- 6.Nwokediukwu SC. Current trends in the management of gastroesophageal reflux disease: A review. *ISRN Gastroenterol* 2012;2012:391631. doi: 10.5402/2012/391631. Epub 2012 Jul 11.
- 7.Wong WM, Lai KC, Lam KF, et al. Prevalence, clinical spectrum and health care utilization of gastro-esophageal reflux disease in a Chinese population: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18(6):595-604.
- 8.Fujiwara Y, Higuchi K, Watanabe Y, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux diseases and gastroesophageal reflux symptoms in Japan. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20(1):26-9.
- 9.Cho YS, Choi MG, Jeong JJ, et al. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Asan-si, Korea. *Am J Gastroenterol* 2005;100(4):747-53.
- 10.Chung SJ, Lim SH, Choi J, et al. Helicobacter pylori serology inversely correlated with the risk and severity of reflux esophagitis in helicobacter pylori endemic area: A matched case-control study of 5,616 health check-up Koreans. *J Neurogastroenterol Motil* 2011;17(3):267-73.
- 11.Wu JC, Chan FK, Ching JY, et al. Effect of helicobacter pylori eradication on treatment of gastro-oesophageal reflux disease: a double blind, placebo controlled, randomized trial. *Gut* 2004;53(2):174-9.
- 12.Corley DA, Kubo A, Levin TR, et al. Helicobacter pylori and gastroesophageal reflux disease: a case-control study. *Helicobacter* 2008;13(5):352-60.
- 13.Haruma K. Review article: influence of helicobacter pylori on gastro-oesophageal reflux disease in Japan. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20(Suppl 8):40-4.
- 14.Malfertheiner P, Peitz U. The interplay between helicobacter pylori, gastro-oesophageal reflux disease, and intestinal metaplasia. *Gut* 2005;(Suppl 1):i13-i20.
- 15.Falk GW. GERD and H. pylori: is there a link? *Semin Gastrointest Dis* 2001;12(1):16-25.
- 16.Ahmed N, Sechi LA. Helicobacter pylori and gastroduodenal pathology: New threats of the old friend. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 2005;4:1.
- 17.Segal I. The gastro-oesophageal reflux disease complex in sub-Saharan Africa. *Eur J Cancer Prev* 2001;10(3):209-12.
- 18.Chicca JC, Olmos JA, Salis GB, et al. Prevalence, clinical spectrum and atypical symptoms of gastro-esophageal reflux in Argentina: a nationwide population-based study. *A Liment Pharmacol Ther* 2005;22(4):331-42.
- 19.Papatheodoridis GV, Karamanolis DG. Prevalence and impact of upper and lower gastrointestinal symptoms in the Greek urban general population. *Scand J Gastroenterol* 2005;40(4):412-21.
- 20.Wong WM, Lai KC, Lam KF, et al. Prevalence, clinical spectrum and health care utilization of gastro-oesophageal reflux disease in a Chinese population: a population-based study. *Pharmacol Ther* 2003; 18(6):595-604.
- 21.Shah SS, Bhatia SJ, Mistry FP. Epidemiology of dyspepsia in the general population in Mumbai. *Indian J Gastroenterol* 2001;20(3):103-6.

22. Hashemi MR, Rahnavardi M, Bikdeli B, Dehghani Zahedani M. H pylori infection among 1000 southern Iranian dyspeptic patients. *World J Gastroenterol* 2006;12(34):5479-82.
23. Ghadimi R, Taheri H, Suzuki S, et al. Host and environmental factors for gastric cancer in Babol, the Caspian Sea Coast, Iran. *Eur J Cancer Pr* 2007;16(3):192-5.
24. Fazel M, Keshteli AH, Jahangiri P, Daneshpajouhnejad P, Adibi P. Gastroesophageal reflux disease in Iran: SEPAHAN systematic review No. 2. *Int J Prev Med* 2012;3(Suppl 1):S10-7.
25. Rasmi Y, Sadreddini M, Shahsavari Z, Raeisi S. Prevalence of helicobacter pylori and cytotoxin-associated gene A in Iranian patients with non-erosive and erosive reflux disease. *Indian J Med Sci* 2009;63(9):402-7.
26. Kim BC, Yoon YH, Jyung HS, et al. Clinical characteristics of gastroesophageal reflux diseases and association with Helicobacter pylori infection. *Korean J Gastroenterol* 2006;47(5):363-9.
27. Ishiki K, Mizuno M, Take S, et al. Helicobacter pylori eradication improves pre-existing reflux esophagitis in patients with duodenal ulcer disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2(6):474-9.
28. Fallone CA, Barkum AN, Friedman G, et al. Is helicobacter pylori eradication associated with gastroesophageal reflux disease? *Am J Gastroenterol* 2000;95(4):914-20.
29. Grande M, Cadeddu F, Villa M, et al. Helicobacter pylori and gastroesophageal reflux disease. *World J Surg Oncol* 2008; 6:74.
30. Falk GW. Evaluating the association of helicobacter pylori to GERD. *Gastroentero Hepatol* 2008;4(9):631-2.
31. Sharma P, Vakil N. Review article: Helicobacter pylori and reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17(3):297-305.
32. Peek RM. Helicobacter pylori and gastroesophageal Reflux Disease. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2004;7(1):59-70.
33. Yaghoobi M, Farrokhyar F, Yuan Y, Hunt RH. Is there an increased risk of GERD after Helicobacter pylori eradication? a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2010;105(5):1007-13.