

2

הפרעות בתפקוד מערכת העיכול העליונה

ההפרעות השכיחות במערכת העיכול העליונה הן דלקת ברירית הוושט, מחלת כיב ("אולקוס") בקיבה ובתריסריון, נזקים הנגרמים על ידי תרופות ואי נוחות ברום הבטן ללא עדות לנזק או למחלה גופנית.

מחלת ההחזר הקיבתי-ושטי

אין כמעט אדם שלא התנסה בהרגשת צרבת, שריפה, כאב ואי נוחות בקדמת החזה. סבל שכזה שכיח באופן מיוחד כששוכבים לאחר ארוחה כבדה ועשירה, לאחר שתיית אלכוהול מופרזת ולעתים הוא מוחמר בשעת התכופפות או רכינה קדימה. הסובלים מהתופעה באופן חמור מתעוררים בגללה מהשינה ומרגישים רע במיוחד בעקבות אכילת פרי הדר או מאכלים אחרים המכילים חומצה. סובלות מן הצרבת גם נשים בשליש האחרון להריון. התפתחות העובר וגדילת הרחם מעלות את הלחץ התוך-בטני, הן מגבירות גם את הלחץ בקיבה ועל ידי כך גורמות לחזרת תוכן מהקיבה לווושט.

ב-30-50 אחוזים מהסובלים מתסמיני מחלת ההחזר הקיבתי-ושוטי תימצא דלקת ברירית הוושט. ברוב הסובלים מתסמיני המחלה הסתכלות ישירה לתוך חלל הוושט (אזופגוסקופיה) אינה מגלה ממצאים חריגים. כמה גורמים אחראים להתפתחות המחלה: לחץ בסיסי נמוך בסוגר הוושט התחתון, התכווציות לא יעילות של הוושט הגורמות לפינוי מופחת של תוכן מהוושט לקיבה, פגיעה במנגנוני ההגנה של רירית הוושט וקיומו של בקע סרעפתי. חשוב לציין שבניגוד לדעה הרווחת בחוגים לא מקצועיים, רק בכמציות מהסובלים מהמחלה קיים גם בקע סרעפתי, שללא ספק אינו אחראי בלעדית להתפתחותה. בשנים האחרונות נמצא שהרפיות זמניות של סוגר הוושט התחתון, הקיימות גם באנשים בריאים כחלק מהחזר הגיהוק, יכולות לתרום להתפתחות חזרת תוכן מהקיבה לווושט. נמצא קשר הפוך בין נוכחות החיידק הליקובקטר פילורי ברירית הקיבה ובין נוכחות דלקת ווושט. עבודות לא מעטות הראו שזיהום בחיידק זה עשוי להגן בפני התפתחות חזרת תוכן מהקיבה לווושט, והכחדתו עשויה לגרום או להחמיר את התלונות האופייניות. עישון, שתיית אלכוהול, תבלינים וקפאין, המגבירים את הפרשת החומצה בקיבה, עשויים להקטין את הלחץ בסוגר הוושט התחתון ולתרום להחמרת התופעה. אין מדד אחד אמין לאבחון המחלה ולהערכת חומרתה. במרבית המקרים התלונות קלות, והלוקים בתופעה מטפלים בה בעצמם על ידי נטילת תרופות סותרות חומצה.

הבדיקה האבחנתית המצויה בשימוש הנרחב ביותר היא ניטור ריכוז יוני המימן בווושט במשך 24 שעות. באנשים בריאים הוושט נחשף לחומצה רק ב-3.5-5 אחוזים משעות היממה. בסובלים מהחזר קיבתי-ושוטי הוושט נחשף לריכוז גבוה של חומצה בשיעור גדול יותר של שעות היממה. אולם מאחר שכרבע מהחולים מראים חשיפה תקינה לחומצה, רגישות הבדיקה אינה גדולה.

הסתכלות ישירה ברירית הוושט (אזופגוסקופיה) חושפת בוודאות נוכחות דלקת בוושט, מאפשרת לדרג את חומרתה ואת סיבוכי המחלה - היצרות חלל הוושט או השתנות הרירית והתפתחות שינויים ממאירים. יש לזכור שביותר ממחצית הסובלים ממחלת ההחזר הקיבתי-ושטי אין דלקת בוושט, ואצלם יש מתאם נמוך במיוחד בין חומרת התלונות לממצאי ניטור החומציות והימצאות הדלקת.

בסובלים ממחלת ההחזר הקיבתי-ושטי אפשריות תופעות מחלה הנוגעות לאיברים מחוץ למערכת העיכול. כאב בחזה שכיח במיוחד, וכמובן יש לשלול שמקורו במחלת לב לפני שניתן להסבירו כנובע מהחזר חומצה לוושט. תופעות בדרכי הנשימה כמו אסתמה, שיעול ותופעות מחלה במיתרי הקול שכיחות ביותר, ולעתים ללא תסמיני המחלה האופייניים, כמו צרבת והרגשת אי נוחות בחזה.

סיבוכי המחלה הם בעיקר היצרות בוושט, המתבטאת בקשיי בליעה, והתפתחות השתנות ממאירה ברירית הוושט. להשתנות הממאירה קודמת השתנות הרירית השטוחה בוושט התחתון לרירית הדומה לזו המצפה את הקיבה. מעקב אנדוסקופי תקופתי מאפשר לאבחן תהליכים אלה במועד.

הטיפול במחלת ההחזר הקיבתי-ושטי כולל שינוי באורח החיים וטיפולם תרופתיים. הפסקת עישון ושתיית אלכוהול, הרזיה, הימנעות מלבוש לוחץ והדוק והרמת מראשות המיטה לשיפוע של 30 מעלות מקטינים באופן ניכר את חומרת התופעה. הטיפולים התרופתיים כוללים תכשירים סותרי חומצה במקרים הקלים, ותכשירים המפחיתים את הפרשת החומצה – חוסמי הקולטנים למימן (גסטרו, זנטק וסימטידין) ומעכבי משאבת הפרוטונים (לוסק, אומפרדקס, קונטרולוק וזוטון). חוסמי משאבת הפרוטונים מהווים כיום את עמוד התווך הטיפולי החשוב

ביותר. מבדילים בין טיפול ראשוני, המביא בתוך 4 שבועות לריפוי הדלקת ולהקלת התסמינים בכ-80 אחוזים מהחולים, ובין טיפול תחזוקה במחצית המינון שנמצא יעיל במחצית החולים. באחרונה בארצות-הברית הפכה לוסק לתרופה הניתנת לרכישה חופשית ללא מרשם רופא. בחולים שבהם הטיפול התרופתי נכשל בהקלת תסמיני המחלה או במניעת הסיבוכים, ניתן לטפל גם ניתוחית. ההתערבות הניתוחית במחלה עברה שינוי משמעותי עם הכנסת שיטת הניתוח הלפרוסקופי. הניתוח השכיח הוא פונדופליקציה; עטיפה והידוק החלק התחתון של הוושט על ידי חלקה העליון של הקיבה. לניתוח זה יש כ-90 אחוזי הצלחה. באחרונה פותחו גם שיטות טיפוליות אנדוסקופיות, המתבססות על שיפור תפקוד אזור המעבר בין הוושט לקיבה. כמה משיטות אלה אמנם קיבלו אישור, אך עדיין נמצאות בשלב ניסיוני.

הידעת? לכמחצית מהסובלים מחזרת תוכן קיבה לוושט אין בקע סרעפתי, ומחצית מהסובלים מבקע סרעפתי אינם סובלים מכאשולון תפקוד סוגר הוושט התחתון.

זכור! ניקוטין ואלכוהול מקטינים את הלחץ בסוגר הוושט התחתון, ולכן מקלים את חזרת התוכן מהקיבה. בנוסף, ניקוטין ואלכוהול מגבירים את החומציות בקיבה. זו הסיבה שצרבת מעיקה לעתים קרובות על שת"ינים ועל מעשנים כבדים.

עצה לסובלים מצרבת:

יש לעשות מאמץ מיוחד למנוע חזרת תוכן מהקיבה לוושט בשעת שכיבה. האמצעי היעיל ביותר הוא הרמת מראשות המיטה לגובה 30 ס"מ. ניתן לעשות זאת על ידי לבנה או מדרגה מעץ. הרמת מראשות המיטה על ידי כרים אינה מומלצת בגלל הנטייה להחליק מהכרים. ניתן גם לשים מתחת למזרן משולש מגומאוויר.

כמו כן מומלץ מאוד להימנע מאוכל 2-3 שעות לפני שכיבה במיטה, וזאת משום שלחץ גדול בקיבה מחמיר את התופעה, מה גם שהפרשת החומצה מגיעה לשיאה כשעתיים לאחר האוכל.

הליקובקטר פילורי

לפני 20 שנה בודדו ותרבתו שני חוקרים אוסטרלים מרירית הקיבה חיידק בעל צורה לוליינית ושוטון, שבמרוצת השנים קיבל את השם הליקובקטר פילורי. לחיידק יש כושר להיצמד לרירית הקיבה ולשרוד שם למרות הריכוז החומצי הגבוה. החיידק מפריש אנזימים - החשוב בהם הוא אוריאהז, המביאה לפירוק השיינן בחלל הקיבה לאמוניה ולפחמן דו-חמצני. החיידק מפריש כמה אנזימים היכולים לגרום נזק ישיר לרירית הקיבה ולשרוד שם למרות הריכוז החומצי הגבוה, החיידק מפריש רעלן הגורם להתפתחות חללים בתאי רירית הקיבה וגם מתווכים המפעילים תהליכים דלקתיים. החיידק גורם גם לשינויים בהפרשת ההורמונים האחראים להפרשת החומצה בקיבה.

הזיהום בחיידק שכיח ביותר במדינות מתפתחות וקיים במחצית האוכלוסייה עד גיל 10, וב-60 אחוזים מהמבוגרים הצעירים בגילאי 20-30. במדינות המערב הזיהום עולה עם הגיל ומגיע ל-70 אחוזים בגיל 60. גורם הסיכון העיקרי להתפתחות הזיהום הוא מצב חברתי כלכלי ירוד. בארץ שיעור הזיהום מגיע ל-80 אחוזים בעשור השביעי לחיים. סביר להניח שהזיהום נרכש בילדות ונשאר לכל החיים, אלא אם כן הוא חוסל בטיפול אנטיביוטי שניטל לשם הכחדתו או מסיבה אחרת. צורת העברתו אינה ברורה.

הזיהום בחיידק כרוך בכמה מצבי מחלה במערכת העיכול ואולי גם מחוצה לה:

❶ גסטריטיס - דלקת ברירית הקיבה.

זיהום על ידי החיידק מעורר תגובה דלקתית באזור, המתבטאת בהסננה של תאי דלקת. התהליך איטי ולאחר כמה שנים מביא להחלפת הרירית התקינה ברירית מנוונת ומדולדלת. שלב זה כנראה מרכזי בהתפתחות סרטן קיבה.

② מחלת כיב (אולקוס).

כמעט כל הסובלים ממחלת כיב התריסריון סובלים מזיהום בחיידק הליקובקטר פילורי. בסובלים מכיב קיבה שכיחות החיידק מגיעה ל-70 אחוזים. הכחדת החיידק מקטינה בצורה ניכרת את הסיכון להתלקחות חוזרת של מחלת הכיב. לנוכח עובדות אלה אין ספק שחיידק זה מהווה גורם חשוב האחראי לתחלואה במחלת הכיב.

③ סרטן קיבה.

קיים קשר מובהק בין סרטן קיבה לגסטריטיס כרוני וקשר בין הימצאות החיידק בקיבה להתפתחות גסטריטיס כרוני. קיים קשר ישיר בין שכיחות סרטן הקיבה באוכלוסיות השונות לשכיחות הימצאות החיידק בקיבה. יחס הסיכון לחלות בסרטן קיבה בקרב הלוקים בזיהום נע בין פי 2.2 עד פי 6.

זיהום בחיידק והתגובה הדלקתית מביאים גם להופעת ריכוז גבוה של תאים לבנים מהמערכת הלימפטית ברירית הקיבה. שינוי גנטי בתאים אלה יכול להביא להשתנות ממאירה – לימפומה של הקיבה. חיסול החיידק על ידי טיפול אנטיביוטי מביא לנסיגת התהליך הגידולי - דוגמה יוצאת דופן להכחדת גידול ממאיר על ידי אנטיביוטיקה. הוצע גם שלזיהום בחיידק יש קשר למחלות מחוץ למערכת העיכול, כמו מחלות לב טרשתיות, מחלות עור ואחרות, אולם בשום מקרה הקשר לא הוכח כמובהק.

אבחון זיהום בהליקובקטר פילורי מתבסס על בדיקה היסטולוגית, תרבית, תבחין אוראזה ושכפול רצפי חומצות הגרעין (PCR) המתבצעים על ביופסיות שלנקחות בבדיקה אנדוסקופית, וכן על בדיקת דם לנוכחות נוגדנים לחיידק או תבחין נשימה עם שיינן. הבדיקה ההיסטולוגית מדויקת - עד 90 אחוזי הצלחה. התרבית יקרה, אורכת זמן רב ולכן אינה בשימוש נפוץ. תבחין האוריאז הוא מהיר, מתבצע בזמן בדיקה אנדוסקופית והוא בעל שיעורי אבחנה גבוהים יותר. הימצאות נוגדנים לחיידק בדם ניתנת לזיהוי בקלות יחסית וטובה לסקרים באוכלוסיות גדולות, אך אינה יעילה כמעקב אחר הכחדת החיידק בעקבות טיפול. בדיקת נשימה עם שיינן קלה לביצוע, אבחנתית ב-95 אחוזים וטובה למעקב אחר טיפול.

טיפול בכיב וחיסול החיידק הליקובקטר פילורי

בעשור האחרון בוצעו כמה שינויים בטיפול האנטיביוטי המשולב עם תרופה המדכאת את הפרשת החומצה. ההמלצות הנוכחיות כוללות שילוב של שתי תרופות אנטיביוטיות עם תרופה נוגדת חומצה המעכבת את משאבת הפרוטונים. טיפול משולב שכזה כולל למשל תרופה מונעת חומצה, כלוסק ואת התרופות האנטיביוטיות מטרונידזול וקלריתרומיצין. הטיפול ניתן פעמיים ביום במשך שבוע ומביא להכחדת החיידק ב-81-99 אחוזים. שילוב תרופתי של הקו השני - באלה שאצלם החיידק לא הוכחד בטיפול הראשוני - כולל שתי תרופות אנטיביוטיות אחרות.

השאלה הגדולה היא מתי יש לחפש את נוכחות החיידק, ואם מוצדק לטפל בכל מי שאצלו אותר החיידק.

בסוף שנות ה-90 היו ההתוויות המקובלות לבדוק את נוכחות החיידק רק במי שיש כוונה לטפל בו. בקבוצה זו נכללו חולים שסבלו ממחלת כיב או מלימפומה בקיבה, הנגרמת עקב הימצאות החיידק. לא הומלץ טיפול בנבדקים ללא תסמיני מחלה, בסובלים ממחלת החוזר קיבתי-ושטי

או בנוטלים תרופות נגד דלקת כמו אספירין. באחרונה מקובל לטפל גם בכל מי שאובחן כסובל מגסטריטיס ניווני. נבדקים רבים מתלוננים על בעיות בדרכי העיכול העליונות, רופאי המשפחה מפנים אותם לבדיקה הסרולוגית או לתבחין הנשימה, ומתגלה כי הם סובלים מזיהום בחיידק. זה מצב בעייתי שכן עדיין לא התקבלה החלטה גורפת לטפל בכל מי שסובל מהזיהום ואינו לוקה באחד מתסמיני המחלה שצוינו. יש לשקול כל מקרה לגופו. לא תמיד קל להסביר לאדם הסובל מזיהום חיידקי, שאין כרגע צורך והצדקה לטפל בו, בפרט כשמדובר בשילוב תרופתי משולט שעשוי להיות מלווה גם בתופעות לוואי לא רצויות.

כיב ("אולקוס") בקיבה ובתריסריון

כיב (או כפי שרבים נוהגים לכנותו במילה הלטינית "אולקוס", שמשמעותה פשוט: "פצע") הוא פצע ברירית המצפה את החלק הראשון של מעי התריסריון או את הקיבה. קוטר הפצע הנראה כחסר ברירית נע ממספר מילימטרים, והוא יכול להגיע עד לסנטימטרים ספורים. עומק הפצע אף הוא שונה, והכיב יכול לערב את עובי הדופן במידה פחותה או גדולה יותר.

*כעשרה אחוזים מהאוכלוסייה בעולם המערבי סובלים
במהלך חייהם ממחלת כיב בקיבה או בתריסריון.
על כל חולה עם כיב בקיבה ישנם כשישה עד שבעה
הסובלים מכיב בתריסריון.*

הסימנים לכיב ("אולקוס")

ההסתמנות האופיינית מתבטאת בכאבי בטן בעלי אופי של כאבי רעב. מוקד הכאב בדרך כלל ממוקם ברום הבטן. הכאבים עשויים להקרין כחנית