

Refluxul gastroesofagian cu manifestări atipice

Gastro-esophageal reflux with atypical manifestations

Doctorand Dr. MARICICA-MIHAELA FULGA

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

REZUMAT

Refluxul gastroesofagian poate fi silențios pe plan digestiv, tabloul clinic fiind dominat de manifestări atipice. Cele mai frecvente manifestări atipice pot include sfera pulmonară, sfera ORL sau cardiacă (dureri toracice, aritmia sinusală).

Diagnosticul formelor atipice poate fi uneori dificil, deoarece mulți pacienți pot să nu prezinte și manifestări tipice (precum pirozis, regurgitație acidă) care să orienteze diagnosticul.

În aceste cazuri, testele diagnostice au înaltă specificitate și este dificil de stabilit relația cauză-efect și de asociere între boala de reflux gastroesofagian și simptomele atipice.

Cuvinte cheie: reflux gastroesofagian silențios, manifestări tipice, manifestări atipice

ABSTRACT

The gastro-esophageal flow may be silent in the digestive tract, the clinical picture being dominated by atypical indications. The most frequent atypical indications may include the pulmonary area, ORL area or cardiac area (thoracic pains, sinus irregularity).

The diagnosis of the atypical forms may be sometimes difficult, because many patients may not present also typical indications (such as heartburn, acid regurgitation) that may set the diagnosis.

In such cases, the diagnosis tests have a high distinctiveness and it is difficult to establish the relationship cause-effect and association between the disease of gastro-esophageal flow and the atypical symptoms.

Key words: silent gastro-esophageal reflux, typical manifestations, atypical manifestations

Pacienții cu manifestări atipice pot să nu prezinte concomitent și manifestări tipice. Simptomele tipice de reflux sunt absente în procent de 40-60% la pacienți cu manifestări de tip astm bronșic, la 57-94% dintre pacienți cu manifestări ORL și la 43-75% la pacienți cu tuse cronică la care refluxul gastroesofagian este suspectat ca etiologie.

Din acest motiv un procent important din cazuri de boală de reflux gastroesofagian nu pot fi diagnosticate corect de la început. (4)

Boala de reflux gastroesofagian trebuie să fie inclusă în diagnosticul diferențial al pacientului cu simptome atipice, în special când sunt excluse diagnostice alternative. (7,8)

Două mecanisme au fost propuse pentru a explica simptomele atipice ale bolii de reflux

Adresă de corespondență:

Doctorand Dr. Maricica-Mihaela Fulga, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Universității Nr. 16, Iași
e-mail: mihaelafulga2003@yahoo.com

gastroesofagian: microaspirația conținutului gastric și implicarea medierii vagale.

Prin microaspirația conținutului gastric, orice perturbare a mecanismelor normale de protecție pot permite contactul direct al conținutului gastric cu laringele sau căile aeriene, rezultând laringita, tusea cronică sau astmul bronșic.

Ca și mecanisme indirecte, studii embriologice arată originea biologică comună pentru esofag și bronșii, precum și inervația reprezentată de nervul vag. Astfel, acidifierea esofagului distal poate stimula receptorii acid sensibil, rezultând dureri toracice, noncardiace, tuse, bronhoconstricție și astm (manifestări atipice). (4)

Refluxul gastroesofagian reprezintă una dintre primele trei cauze frecvente ale tusei cronice la copil.

TUSEA CRONICĂ

Tusea cronică (tusea cu o durată mai mare de 3 săptămâni) reprezintă cauza adresabilității la pneumolog pentru 38% dintre cazuri și este una dintre cele mai comune cauze de adresabilitate în asistența medicală primară. Boala de reflux gastroesofagian împreună cu postnatal drip și AB este una dintre cele trei cauze mai frecvente de tuse cronică în toate grupele de vârstă (1, 2).

Tusea cronică poate fi determinată de mai mult de un factor etiologic. Similar astmului bronșic, o determinare a relației cauză efect între tusea cronică și boala de reflux gastroesofagian este dificil de stabilit, pentru că boala de reflux gastroesofagian poate induce tuse cronică, dar poate și să fie cauzată de aceasta (1, 2).

Boala de reflux gastroesofagian determinată de tusea cronică apare predominant în timpul zilei și în poziție verticală. Este adesea neproductivă și de lungă durată. Tusea poate fi singura manifestare a bolii de reflux gastroesofagian în mai mult de 50% dintre cazuri (9) care neagă prezența simptomelor tipice de tip pirozis sau regurgitație acidă. (3)

Refluxul gastroesofagian trebuie suspectat la pacienții cu tuse cronică, nefumători, la pacienți care nu iau medicamente tuse-inductor, cu imagine radiologică pulmonară normală și în cazurile în care nu există nici o dovadă de astm bronșic. (4)

Există însă mai puține incertitudini în domeniul relațiilor dintre tuse cronică (frecvent spasmodică, frecvent nocturnă!) și reflux gastroesofagian.

În general, atât la copil, cât și la adult, tusea nocturnă poate să fie explicată de 3 cauze importante: rinoree posterioară, astm bronșic (tusea = „echivalent astmatic“), reflux gastro-

esofagian (excluzi fumătorii activi sau pasivi!). Chiar dacă cauzele tusei cronice la copil, pe categorii de vârstă, sunt extrem de variate, studiile statistice afirmă datele anterior amintite. (4)

Tusea cronică asociată wheezing-ului este neproductivă, frecvent repetată, în special nocturnă.

TUSEA ȘI DUREREA DE GÂT

Apariția nocturnă a durerii de gât și a tusei nu este întotdeauna un simptom al unei infecții respiratorii. Refluxul gastroesofagian nocturn, în special după mese târzii și consum de alcool, poate determina dureri de gât prin conținutul de acid gastric ce refluează și care irită esofagul și faringele.

Tusea persistentă și neproductivă cu durată de peste trei săptămâni este frecvent o manifestare a bolii de reflux gastroesofagian. Studiile au arătat că această asociere este întâlnită în 10-20% dintre cazuri. (4,6)

Dacă aceste simptome sunt prevenite prin interzicerea mesei de seară sau diminuarea cantitativă a acesteia sau prin alte măsuri antireflux asociate cu instituirea terapiei cu inhibitori de pompă de protoni, sugerează o relație de cauzalitate cu boala de reflux gastroesofagian.

Disparația tusei contribuie la confirmarea diagnosticului etiologic. Există studii care evidențiază că 77% dintre situațiile în care apare tusea seacă și 86% dintre evenimentele de reflux apar la trezirea pacienților sau când aceștia sunt în clinostatism. (8)

DUREREA TORACICĂ

Aproximativ 20-30% dintre cazurile de dureri toracice sunt clasificate ca fiind dureri toracice noncardiace (4, 5).

Boala de reflux gastroesofagian poate fi cea mai comună cauză a acestor dureri toracice noncardiace. Contactul direct al mucoasei esofagiene cu conținut gastric este cel mai probabil cauza acestor dureri toracice. (9)

Durerea toracică determinată de refluxul gastroesofagian se poate manifesta ca senzație de arsură, constricție toracică, localizată sub-sternal și poate iradia în spate, gât sau sub-scapular. Durerea poate fi diferită de durerea coronariană, se poate accentua după masă și poate trezi pacientul din somn, având o durată de câteva minute sau ore. Simptomele pot ceda la tratament antiacid. La majoritatea pacienților se constată în istoric prezența simptomatologiei mai sus menționate, 20% dintre pacienți fiind suspecti de reflux silențios. (4)

DUREREA PRECORDIALĂ

Acest simptom poate apărea în tabloul clinic al bolii de reflux gastroesofagian și pune probleme de digestie diferită cu alte afecțiuni locale (în principal cardiace) sau generale. Este nevoie de investigații suplimentare pentru a stabili exact cauza, tratamentul fiind diferit în funcție de factorul etiologic. (11)

LARINGITA

În laringita acută, sucii gastrici uneori refluează în esofag până la nivelul SES, laringelui sau corzilor vocale. Inflamarea laringelui posterior determină laringita. Acidul a fost detectat în laringe în timpul episoadelor de reflux, prin măsurarea pH-ului esofagian, iar afectarea laringelui a fost observată prin laringoscopie. Diagnosticul este dificil și este unul de excludere. (4,6)

Mucoasa esofagiană poate avea aspect normal la persoanele cu pirozis, iar laringita apare pe un laringe aparent normal, fiind astfel necesară pH-metrie esofagiană și biopsie de mucoasă laringiană. (10)

Stabilirea cauzei acestor manifestări necesită examen laringoscopic care evidențiază modificările locale cauzate de refluxul eso-faringo-laringian: eritem aritenoidian și al epiglotei, edem al corzilor vocale, leziuni ale corzilor vocale cum ar fi granulomul și ulcerul, creșterea secrețiilor la nivelul faringelui.

Simptomele includ tuse seacă persistentă, sforăit și necesitatea de curățire a gâtului.

Remiterea simptomatologiei după tratamentul clasic al bolii de reflux gastroesofagian este un test terapeutic care susține refluxul gastroesofagian ca factor etiologic al afectării laringelui.

BIBLIOGRAFIE

1. **Chen M.Y.M., Gelfond D.W.** – Reflux evaluation: correlation between pH results: esophagitis, esophageal dysmotility – *Dis Esophagus* 12: 4:303-306
2. **Corrado G., Zicari A.** – Increased release of interleukin-6 by oesophageal mucosa in children with reflux oesophagitis – *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999 Aug; 11(8): 839-843
3. **Behrman R.E., Kliegman R.M., Jenson H.B.** – Nelson Textbook of Pediatrics - 17-th edition. Ed. Saunders, Philadelphia, 2004; 1222-1224
4. **Csendes A., Smok G., Burdiles P.** – “Carditis” an objective histological marker for pathologic gastroesophageal reflux disease – *Dis Esophagus* 1998; 11: 2: 101-105
5. **De Mas C.R., Kramer M.** – Short Barrett – prevalence and risk factors – *Scand J Gastroenterol* 1999 Nov; 34(11): 1065-1070
6. **Ciofu Eugen** – Esențialul în pediatrie, Editura Medicală Amaltea, 2002
7. **Giormăneanu M.** – Partea II. Editura Didactică și Pedagogică, 1996
8. **L. Gherasim** – Medicină internă, vol. II, 2004; 347-390
9. **Richter J.E.** – Refractory Gastroesophageal Reflux Disease; in Practical Advice and Its Scientific Basis, 14-15 May, 2005:101-106
10. **Walker W.A.** – Pediatric Gastrointestinal Disease - Pathophysiology, Diagnosis, Management, Third Edition, 2000; 289-297
11. **Kasper D.L., Braunwald E., et al** – Harrison's Principles of Internal Medicine, ediția a 16-a. Ed. McGraw-Hill, 2004; 1743-1745