

PARTICULARITĂȚI ÎN GASTRITA MICOTICĂ LA COPIL

**Ancuța Ignat, Smaranda Diaconescu, Valeriu V. Lupu, Gabriela Păduraru,
Ingrith Miron, Marin Burlea**

*Disciplina Pediatrie, Facultatea de Medicină Generală,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași*

REZUMAT

Gastritele micotice rămân un capitol deschis cercetării din cauza cazurilor puține citate în literatură, a complicațiilor și prognosticului incomplet cunoscute, sursă a dificultăților terapeutice. Autorii raportează cazul unui copil de sex masculin, în vârstă de 5 ani și 4 luni, imunocompetent, la care endoscopia digestivă superioară a obiectivat o eso-gastro-duodenită cu *Aspergillus*.

Cuvinte cheie: gastrită micotică, copil

INTRODUCERE

Gastrita acută are numeroase cauze, printre care abuzul de medicamente, alcool, refluxul biliar duodeno-gastric, ischemia, diferiți agenți patogeni bacterieni, virali sau fungici, stresul acut (șocul), radiațiile ionizante, alergiile, toxiinfecțiile alimentare, trauma directă. Mecanismul comun de producere a bolii pentru toate aceste etiologii este reprezentat de dezechilibrul între factorii agresori și cei defensivi (1).

Implicarea fungilor în leziunile gastrice a fost ignorată, punându-se accent pe faptul că aceștia sunt responsabili de afecțiuni la nivel cutanat și pulmonar. Au fost descrise puține cazuri în care fungii au determinat gastrită (2,3), ulcer (4,5) și chiar perforații de stomac (6).

OBIECTIVUL LUCRĂRII

Prezentarea unui caz de gastrită cu evoluție severă prin infecție cu *Aspergillus* ameliorată prin tratament antimicotic.

CAZ CLINIC

Copil de sex masculin, în vârstă de 5 ani și 4 luni, normal dezvoltat staturponderal, fără antecedente

personale patologice semnificative, s-a internat în urgență pentru vărsături în zaț de cafea și epigastralgie violente.

Clinic la internare: stare generală influențată, fa-cies suferind, tegumente normal colorate, elastice, cardiac și pulmonar normal stetacustic, cavitate bu-cală normal conformată, abdomen suplu, depresibil, mobil cu mișcările respiratorii, dureros spontan și la palpate în epigastru, scaune normale, vărsături în zaț de cafea, micțiuni fiziologice, agitație psiho-motorie, fără semne de iritație meningeală.

Anamneza: simptomatologia a debutat brusc, în urmă cu aproximativ 6 ore înaintea prezentării la spital, inițial prin epigastralgie violente, urmate de vărsături în zaț de cafea. Simptomele nu au fost co-relate cu alimentația. Nu s-au putut identifica factorii de risc pentru micoză, mama negând administrarea de antibiotice și consumul de alimente fast-food am-balate.

Examenle de rutină – hemoleucograma, transaminazele, bilirubina directă și indirectă, fierul, calciul, magneziul, glicemia, ureea, amilaza – au fost în limite normale. IgG, IgA, IgM – în limite normale. Ac antiHIV1/HIV2 – negativi.

Endoscopia digestivă a obiectivat o eso-gastro-duodenită micotică, cu leziuni importante la nivelul mucoasei gastrice (Fig. 1 și 2).

Adresa de corespondență:

Conf. Dr. Ingrith Miron, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Universității Nr. 16, Iași

E-mail: i_miron@yahoo.com



FIGURA 1. Leziuni micotice (*Aspergillus*) în regiunea antrală



FIGURA 2. Leziuni micotice (*Aspergillus*) în regiunea corporeală

La cultura pe mediul agar Sabouraud s-a identificat prezența ciupercii ce aparține genului *Aspergillus*. Nu am avut condiții tehnice mai evolute pentru a realiza tipajul micozei.

Examenul histopatologic a identificat un infiltrat inflamator cu numeroase limfocite și plasmocite.

Tratamentul s-a realizat cu Itraconazol și hepatoprotectoare timp de 4 săptămâni, cu evoluție favorabilă, endoscopia digestivă de control fiind în limite normale.

S-a pus problema administrării de inhibitor de pompă de protoni (Omeprazol) concomitent cu Itraconazol, dar studii recente contraindică asoci-

erea acestor medicamente, absorbția Itraconazolului fiind dependentă de aciditatea gastrică. Autorii studiului sugerează faptul că reducerea tranzitorie a pH-ului gastric poate fi obținută prin coadministrarea unei soluții acide (de exemplu, cola) (13).

Particularitatea cazului constă în prezența extinsă a leziunilor micotice de la nivel gastric, cauză de hemoragie, la o gazdă imunocompetentă.

DISCUȚII

În populația aparent sănătoasă, fungii au fost găsiți în proporție de 40% la nivelul cavității

orofaringiene (7). Fungii au o prevalență crescută în alimente, apă și aer; astfel, prin ingestia de produse alimentare și salivă, aceștia pot fi transportați în stomac. Un studiu realizat pe 30 de autopsii a demonstrat prezența fungilor în conținutul gastric în 20 de cazuri (8).

Gastritele fungice sunt datorate majoritar infecției cu *Candida albicans* (cea mai frecventă etiologie raportată); *Histoplasma*, *Aspergillus*, *Actinomyces* pot afecta rar stomacul. Factorul predispozat pentru aceste boli este reprezentat de statusul imunocompromis. A fost raportat un caz de perforație gastrică în urma unei gastrite acute cu *Aspergillus* la un pacient cu anemie aplastică severă (9).

Candida albicans se atașează rareori de mucoasa gastrică, iar atunci când este izolată din stomac, cea mai comună formă este reprezentată de o ulcerăție sau o eroziune a unui pliu gastric.

Sindromul funcțional digestiv cuprinde două mari entități: durerea abdominală recurentă și vărsăturile.

Durerea abdominală reprezintă manifestarea clinică cea mai frecventă a gastritelor, dar nu poate fi identificată cu certitudine decât după vârsta de 3 ani. La sugar și copilul mic simptomatologia este dominată de vărsături. Acestea pot apărea în legătură cu alimentația și se însoțesc de agitație, plâns și pot determina anorexie și distrofie. Vărsăturile sunt cvasi-constante înaintea vârstei de 3 și chiar 6 ani (10). Printre tulburările de tranzit se numără, mai frecvent, diareea persistentă.

Hemoragia digestivă poate duce la anemie și poate fi obiectivată prin căutarea sistematică a hemoragiilor oculte în scaun și, în același timp, pot apărea elemente clinice ca paloarea progresivă, oboseală cronică, cefalee, dispnee.

Diagnosticul clinic nu poate face diferența infecției micotice de alte leziuni gastrice.

Endoscopia digestivă superioară reprezintă în momentul de față standardul de aur în diagnosticul gastritelor. Este sigură și eficientă, sensibilă și spe-

cifică, permițând și evidențierea leziunilor asociate și prelevarea de biopsii (11). O mucoasă hiperemică cu eroziuni acoperite de exudat brânzos sau pseudomembrane albicioase ar trebui să fie sugestive pentru infecția micotică.

Diagnosticul pozitiv de infecție micotică ar trebui să se facă numai în cazul în care există 10 colonii pe placă din prima cultură (12).

Complicațiile gastritelor fungice pot fi severe. Ulcerul micotic tipic se găsește de obicei pe mica curbură a stomacului. Poate fi un singur ulcer sau pot exista multiple leziuni. Aceste ulcerății pot varia ca dimensiune, de la ulcerății punctiforme până la ulcerății ce pot implica întreg stomacul.

Treptat, o astfel de ulcerăție poate pătrunde musculară sau chiar seroasă. Într-un caz a fost descrisă perforația gastrică cu determinarea de peritonită (6), iar într-un alt caz a fost descrisă perforația urmată de formarea de fistule (14).

În cazul în care ulcerățiile determină perforație sau hemoragii repetate, singurul tratament este cel chirurgical.

În cele câteva cazuri citate în literatură care au ajuns la intervenție chirurgicală, nu au existat complicații care să poată fi atribuite însuși infecției micotice.

Nu există suficiente cazuri de gastrită micotică raportate în literatură pentru a justifica un prognostic.

CONCLUZII

Fungii pot determina gastrită, ulcer sau chiar perforații gastrice, exprimându-se clinic printr-o simptomatologie fără particularități. Leziunile micotice extinse pot apărea și în cazul unui pacient imunocompetent. Hemoragia este o complicație posibilă, de la forma tratabilă medicamentos până la necesitatea intervenției chirurgicale.

Tratamentul cu Itraconazol a fost eficient în gastrita cu *Aspergillus*.