

REFLUXUL GASTROESOFAGIAN LA NOU-NĂSCUT ȘI SUGAR (II)

Valeriu V. Lupu, Anuța Ignat, Gabriela Păduraru, Marin Burlea
Disciplina Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

REZUMAT

Refluxul gastroesofagian la nou-născut și sugar se particularizează prin patogenie, încadrare diagnostică și abordare terapeutică, imaturitatea funcțională a aparatului digestiv, imaturitatea anatomică a sfincterului esofagian inferior Hiss și aciditatea gastrică mai mică. În cazul sugarilor se ține cont și de complianța redusă la procedurile laborioase cum sunt pH-metria, impedanț-pH-metria și endoscopia digestivă. Granița dintre regurgitații, reflux gastroesofagian fiziologic și boală de reflux este uneori dificil de trasat. Modificarea stilului de viață la sugari (alimentația și modificările poziționale), prin obținerea aderenței mamei la recomandările medicale reprezintă un prim pas în tratamentul RGE, fiind urmat în cazurile non-responsive de terapia farmacologică și intervenția chirurgicală.

Cuvinte cheie: reflux gastroesofagian, nou-născut, sugar

TRATAMENTUL BRGE

Opțiunile de tratament în refluxul gastroesofagian (RGE) fiziologic și în boala de reflux gastroesofagian (BRGE) includ: modificări ale stilului de viață, terapia farmacologică și chirurgia.

Modificarea stilului de viață la sugarii cu RGE fiziologic include alimentația și modificările poziționale. Educarea părinților, ghidurile și suportul moral sunt întotdeauna necesare și, de obicei, suficiente pentru sugarii cu simptome de RGE fiziologic. În caz de RGE funcțional la sugarul mic, regurgitațiile și vărsăturile se rezolvă spontan până la vârsta de 1 an. Trebuie explicată părinților natura fiziologică, benignă a afecțiunii și lămurită distincția dintre refluxul fiziologic și cel patologic. Părinții trebuie ascultați și liniștiți. Avem obligația să le înțelegem anxietatea, vorbindu-le despre istoria naturală a bolii. Informarea părinților trebuie să fie cât mai completă și la obiect deoarece majoritatea manevrelor vor fi efectuate de către părinți.

Măsuri dietetice

Aproximativ 50% din sugarii sănătoși în vârstă de 3-4 luni prezintă cel puțin o regurgitație pe zi (26).

Atât sugarii alimentați la sân, cât și sugarii alimentați cu formulă de lapte au o frecvență similară a refluxului fiziologic, dar durata episoadelor de reflux determinată prin monitorizarea pH-ului poate fi mai scurtă la sugarii alimentați natural (27,28).

Un studiu efectuat pe sugari a arătat că alimentația cu un volum mare de lapte a determinat regurgitare, probabil prin creșterea frecvenței relaxării tranzitorii a SEI și un volum redus de lapte a scăzut frecvența refluxului (29). Reducerea severă a cantității alimentare o perioadă îndelungată poate lipsi nou-născutul de energia calorică necesară și poate afecta creșterea în greutatea. Sugarii cu greutate inadecvată din cauza pierderilor prin regurgitații pot beneficia de o creștere a energiei calorice prin formule speciale atunci când volumul sau frecvența alimentației sunt scăzute ca parte a terapiei (21).

Preparatele care îngroașă mesele sau formulele îngroșate (Gelopectose 3-5%, Gumilk 2%) și laptele antireflux determină diminuarea numărului regurgitațiilor; la fel și alimentele consistente pentru sugari de tipul formulărilor cu cereale par să reducă RGE. Acestea cresc vâscozitatea și realizează un flocculat fin, ușor evacuabil din stomac, rămânând în suspensie în lichidul gastric (30).

Autor de corespondență:

Dr. Anuța Ignat, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Universității nr. 16, Iași

E-mail: anca_ign@yahoo.com

Îngroșarea prânzurilor cu cereale de orez este asociată cu o scădere a numărului de episoade de vărsături, dar nu se înregistrează o îmbunătățire a indicelui de reflux (31). Există studii care susțin că formulele îngroșate pot reduce frecvența regurgitațiilor și volumul total al unei vărsături. De asemenea, poate reduce timpul în care copilul plânge și crește timpul de somn al acestuia (32). Alte studii arată că îngroșarea prânzurilor poate să agraveze episoadele de tuse și/sau alte simptome respiratorii în perioada postprandială (33). Cerealele de orez folosite cresc densitatea calorică a formulei și pot provoca constipație. Îngroșarea laptelui este asociată cu un risc mai mare pentru enterocolită necrotică în rândul prematurilor.

De asemenea, se folosesc formule de lapte care sunt evacuate mai rapid din stomac. Cu cât formulele de lapte sunt mai bogate în cazeină, cu atât evacuarea este mai lentă. Cazeina flocculează în mediul acid gastric (30).

Mediul ambiental tabagic se va suprima deoarece acesta scade presiunea SEI. De asemenea, trebuie evitate toate sursele de compresiune pe abdomen: înfășuratul sau îmbrăcăminte prea strânsă, bandaj antiherniar neadecvat sau manipularile intempestive care pot provoca regurgitații sau vărsături (30).

Prin urmare, la sugari alimentați cu formulă de lapte care prezintă regurgitații frecvente se recomandă următoarea abordare: se stabilește istoricul alimentației, se reduce volumul prânzurilor numai dacă sunt în exces pentru greutatea copilului, se oferă prânzuri mai mici și mai frecvente (menținând în același timp aceeași cantitate de lapte zilnică), cu excepția cazului în care prânzurile sunt deja mici și frecvente, apoi se adaugă formule îngroșate (de exemplu, care conțin amidon de orez, amidon de porumb sau făină de roșcove) (18).

La sugarii alimentați la sân care continuă să prezinte regurgitații în ciuda evaluării și consilierii, se ia în considerare terapia cu alginat pentru o perioadă de 1-2 săptămâni. Dacă terapia cu alginat este benefică, se continuă cu ea, dar se oprește această terapie la anumite intervale de timp, pentru a verifica dacă sugarul și-a revenit (18).

La sugarii alimentați cu formule de lapte, dacă această abordare nu are succes, se opresc formulele de lapte îngroșate și se administrează terapie cu alginat pentru o perioadă de 1-2 săptămâni. La fel ca și la sugarii alimentați la sân, dacă terapia cu alginat este benefică, se continuă cu ea, dar se oprește această terapie la anumite intervale de timp pentru a verifica dacă sugarul și-a revenit (18).

Nu se administrează medicamente care suprimă aciditatea, precum inhibitorii de pompă protonică

(IPP), antagoniști ai receptorilor H2 pentru a trata sugarii cu regurgitații care apar ca simptom izolat (18).

Recomandări posturale

Inițial s-a observat că poziționarea copilului în decubit ventral cu capul mai ridicat duce la răirea și scurtarea episoadelor de reflux, dar fără efecte semnificative asupra duratei refluxului (34). Ulterior, posibilitatea apariției morții subite în această poziție a redus entuziasmul. În multe țări, s-a lansat chiar o campanie împotriva poziționării ventrale a sugarului datorită riscului de moarte subită. Această poziționare poate fi o modalitate utilă în cazul sugarului în stare de veghe. Astfel, plasarea sugarului în stare de veghe, în poziție ventrală, cu capul într-o parte, la o înclinație de 30-45° este eficientă în controlul regurgitațiilor și/sau vărsăturilor și implică a refluxului (35).

Cu ajutorul pH-metriei s-a dovedit că poziția ventrală scade expunerea la refluatul acid a esofagului comparativ cu poziția dorsală (36).

Se evită poziția culcat pe spate sau semișezândă și, de asemenea, se evită plasarea copilului în scaunul auto sau în orice poziție șezândă după mese, putând exacerba RGE, prin creșterea presiunii intraabdominale.

Prin urmare, terapia posturală este o modalitate terapeutică utilă la copiii mici, cu poziționarea în plan înclinat la 35-40° în decubit dorsal sub supraveghere.

Tratamentul farmacologic

Terapia farmacologică în BRGE are ca scop: ameliorarea simptomelor de reflux, prevenirea complicațiilor majore și a intervenției chirurgicale, prevenirea recurențelor bolii. Tratamentul medicamentos este indicat în RGE patologic sau când tratamentul conservator (terapia posturală și dietetică) nu a dat rezultatele scontate.

Nu este recomandată terapia cu IPP sau antagoniști ai receptorilor H2 pentru a trata sugarii cu regurgitații care apar ca simptom izolat.

Se ia în considerare tratamentul pentru 4 săptămâni cu IPP sau antagoniști ai receptorilor H2 care nu sunt în măsură se relateze simptomele lor (sugari), care au regurgitații numeroase și care prezintă dificultăți de alimentație (de exemplu, la cei cu refuz alimentar sau sufocare), comportament neobișnuit sau dificultăți de creștere.

Dacă simptomele nu se remit sau reapar după oprirea tratamentului cu IPP sau antagoniști ai receptorilor H2, se ia în considerare posibilitatea efectuării de endoscopie digestivă superioară (18).

Când se alege IPP sau antagoniști ai receptorilor H2, se are în vedere disponibilitatea pentru vârsta respectivă, preferința părinților și costul de achiziție.

IPP reprezintă cel mai eficient tratament care produce supresia acidului clorhidric, leagă covalent și dezactivează pompele de protoni din celulele parietale (pompele H⁺/K⁺ - ATP-ază). Datorită efectului lor antisecretor, reprezintă medicația de elecție în tratamentul RGE, determinând dispariția simptomatologiei de reflux în peste 90% din cazuri (37). Acest tratament empiric se menține pe durata de 4-8 săptămâni și se constituie într-un veritabil test diagnostic simplu și cost-eficient, inclusiv pentru cei cu simptome extradigestive (38). Eficiența maximă este obținută când sunt administrați cu ½ oră înainte de micul dejun, astfel încât vârful de concentrație plasmatică să coincidă cu momentul mesei, dacă se recurge la administrarea în 2 prize zilnice, cea de-a doua doză este administrată cu ½ oră înainte de masa de seară. IPP sunt reprezentați de benzimidazoli: Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol, Esomeprazol, Rabeprazol. Autori francezi raportau o toxicitate ridicată pentru IPP: cefalee, vertij, somnolență, reacții cutanate, confuzie mentală, atingeri hematologice, hepatită (posibil cu formă fulminantă), tulburări digestive și electrolitice, interacțiuni medicamentoase (39). Indicația de bază a tratamentului cu IPP rămâne leziunea de esofagită severă (eroziunea și ulcerarea esofagiană) sau esofagul Barrett. Administrarea IPP la cei cu reflux non-acid nu influențează volumul și frecvența episoadelor de reflux față de cei cu reflux acid. Apariția în cursul tratamentului cu IPP a unor „scăpări acide“ nocturne (adică episod de reflux nocturn) este combătută cu dublarea dozei de IPP sau administrarea asociată de blocant pentru receptorii H2, intermitent, pentru a se preveni instalarea tahifilaxiei care se dezvoltă rapid în condițiile unei administrări continue.

Antagoniștii receptorilor H2 scad secreția acidă prin inhibarea receptorilor histaminici H2 de la nivelul celulelor parietale gastrice. Într-un studiu efectuat pe sugari, ranitidina (2 mg/kg/doză) a redus timpul în care pH a fost < 4 cu 44% atunci când s-a administrat de două ori pe zi și cu 90% atunci când s-a administrat de 3 ori pe zi (40). Dintre membrii seriei (Cimetidina, Ranitidina, Famotidina, Nizatidina), cei mai studiați și utilizați în pediatrie sunt Ranitidina și Nizatidina (41). Blocantele de receptori H2 sunt încă folosite ca terapie de primă linie pentru esofagitele ușoare și medii, cu durata tratamentului de 6-8 săptămâni pentru esofagitele ușoare și cu o durată a tratamentului de 3-4 luni pentru formele moderate de esofagită. Terapia cu

antagoniștii receptorilor H2 este eficientă, dar utilizarea pe termen lung este limitată. Ei pot provoca tahifilaxie în termen de șase săptămâni și pot crește riscul de boli de ficat și ginecomastie.

Nu se administrează metoclopramid, domperidon sau eritromicină pentru tratamentul RGE sau BRGE, având în vedere potențialul lor de a crea evenimente adverse (18).

Prokineticele pot reduce simptomele BRGE prin îmbunătățirea contractilității corpului esofagian, creșterea presiunii SEI și creșterea ratei de golire gastrică. Cu toate acestea, beneficiile acestor agenți nu pot depăși efectele negative, care includ: somnolență, agitație și reacții extrapiramidale. Nu există suficiente dovezi care să sprijine utilizarea de rutină a prokineticelor în BRGE la copii.

Tratamentul chirurgical

Pentru tratamentul chirurgical (fundoplicatură) se are în vedere efectuarea de endoscopie digestivă superioară cu prelevarea de biopsii. De asemenea, se poate efectua pH-metrie sau impedanț-pH-metrie înaintea intervenției chirurgicale.

După ce diagnosticul de BRGE se confirmă, terapia chirurgicală se are în vedere la pacienții la care:

- managementul medical nu a avut succes (regurgitații severe necontrolate de tratament sau efecte adverse importante în urma tratamentului);
- se optează pentru intervenție chirurgicală în ciuda tratamentului eficient (se ia în considerare calitatea vieții, administrarea de medicamente pe tot parcursul vieții, costul medicamentelor);
- apar complicații ale BRGE (esofag Barrett, stenoză peptică) (42,43);
- prezintă manifestări extradigestive (disfonie, tuse cronică, pneumonie de aspirație) (44-46).

În plus, fundoplicatura la sugarii cu BRGE sever se efectuează când măsurile dietetice s-au dovedit ineficiente în cazul alimentării pe sondă-nazogastică continuă pe termen lung cu formule îngroșate (18).

Fundoplicatura Nissen este metoda preferată, foarte eficace în controlul vărsăturilor. Se realizează pe cale chirurgicală clasică, iar în ultimul timp, tot mai multe centre recurg la intervenția pe cale laparoscopică, superioară tehnicilor clasice, datorită vizibilității mai bune și caracterului mai puțin invaziv și agresiv.

În general, chirurgia antireflux a fost mai atent evaluată la adulți decât la copii. Dintre copiii care au avut intervenție chirurgicală, cei cu tulburări

neurologice au prezentat de 2 ori mai frecvent complicații, morbiditatea a fost de 3 ori mai mare, iar reintervenția chirurgicală a fost necesară de 4 ori mai frecvent decât la cei fără tulburări neurologice (47,48).

Fundoplicatura în copilăria timpurie are o rată de eșec mai mare decât fundoplicatura efectuată mai târziu, în copilărie (49).

EVOLUȚIA BRGE LA NOU-NĂSCUT ȘI SUGAR

Consecințele refluxului pot deveni evidente încă din perioada neonatală și de sugar mic. Se conturează la această vârstă forma emetizantă, forma hemoragică și formele respiratorii sau cele cu expresie neurologică.

Hematemeza survine înainte de vârsta de 10 zile de viață (prin esofagită asociată adesea cu gastroduodenită) și este principala cauză de hemoragie la această vârstă, fiind agravată de hipovitaminoza K; profilaxia cu vitamina K administrată sistematic în primele ore de viață devine astfel utilă, iar în unele țări se realizează până la 3 luni (de exemplu în Italia).

De asemenea, un RGE patologic poate determina accese de tip paroxistic, care au adesea un curs dramatic, cu crize de cianoză și hipotonie, detresă respiratorie, dispnee laringiană sau crize de apnee, necesitând reanimare (marchează uneori moartea subită); manifestările sunt greu de corelat cu refluxul, dar răspunsul pozitiv la terapia antireflux și teste de pH-metrie confirmă cauza.

În plus, la aceeași vârstă, nu sunt de neglijat și alte consecințe ale reflux de tipul celor respiratorii: bronșiolite sau pneumopatii repetate, episoade nocturne de tuse și wheezing, care în evoluție se transformă în boală respiratorie cronică, și consecințe nutriționale: stagnare în greutate, anemie hipocromă.

PROGNOSTICUL BRGE

Prognosticul pentru sugarii cu istoric de RGE fiziologic sau funcțional este foarte bun, cu vindecare chiar spontană și completă.

Probleme ridică BRGE, unde modalitățile de tratament, răspunsul la terapie și factorul timp joacă un rol decisiv.

Ca factori de prognostic nefavorabil pot fi considerați:

- diagnosticul tardiv, în faza de esofagită severă, stenoză esofagiană sau esofagul Barrett;
- copii encefalopați sau cu alte tare neurologice asociate sau tulburări de comportament; având în vedere faptul că sugarii cu retard psihomotor sunt afectați în peste o treime din cazuri de RGE. Aceștia dezvoltă leziuni extinse de esofagită care determină pe termen scurt anemie, iar pe termen lung, leziuni de stenoză esofagiană;
- alte boli asociate precum: sclerodermia, mucoviscidoza;
- tratament incorect, cu discordanță între tipul leziunii și tipul de tratament utilizat;
- lipsa de complianță a pacienților sau părinților;
- rezistența la tratament (exemplu nonresponsivii la tratamentul cu IPP).

În concluzie, BRGE este o afecțiune cu prognostic bun, rezultatele terapeutice furnizate de toate datele din literatură sunt favorabile. Individualizarea fiecărui caz este obligatorie și necesară.

CONCLUZII

Este importantă stabilirea cu exactitate a caracterului fiziologic sau patologic al refluxului gastroesofagian pentru cunoașterea abordării terapeutice ulterioare.

Complianța redusă la procedurile laborioase (pH-metrie, impedanță-pH-metrie și endoscopie digestivă superioară) fac ca examenul clinic și relatările părinților să fie suficiente pentru diagnosticarea refluxului.

În cazul nou-născuților și sugarilor este importantă aplicarea măsurilor dietetice și a celor posturale care se impun în momentul în care apar regurgitațiile și vărsăturile.