

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN BOALA DE REFLUX GASTROESOFAGIAN – POSIBILITĂȚI ȘI LIMITE

Gabriela Ciubotariu¹, Smaranda Diaconescu^{1,2}, Angelica Cristina Marin¹,
Claudia Olaru^{1,2}, Nicoleta Gimiga^{1,2}, Mihaela Moscalu², Marin Burlea^{1,2}

¹Pediatrie, Spitalul de Copii „Sf. Maria“, Iași

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Iași

REZUMAT

Departajarea refluxului gastro-esofagian (RGE) fiziologic (cel mai frecvent) de boala de reflux gastro-esofagian (BRGE) în primul an de viață este obligatorie pentru a evita farmacoterapia agresivă. La toate vârstele copilăriei se aplică criteriile moderne de evaluare clinică, sumând simptome digestive și/sau extradigestive și rezultatele unor investigații moderne. Tratamentul igieno-dietetic (suficient în RGE fiziologic), obligatoriu în toate cazurile, și inhibitorii de pompă protonică după vârsta de un an induc remisiune în majoritatea cazurilor de RGE. Evoluția cronică/recidivantă și rezistența la tratamentul comun impun intervenția chirurgicală, domeniu îmbogățit recent la copil cu miotomia perorală endoscopică (POEM).

Cuvinte cheie: boală de reflux gastroesofagian, inhibitori de pompă de protoni, miotomia perorală endoscopică

INTRODUCERE

Refluxul gastroesofagian (RGE) este fiziologic în primele 6-8 luni de viață și de cele mai multe ori, episoadele apar postprandial, durează până la 3 minute și pot fi însoțite sau nu de simptome. Mai mult de două treimi din populația pediatrică este diagnosticată cu reflux gastroesofagian (1). Boala de reflux gastroesofagian reprezintă totalitatea simptomelor, însoțite sau nu de leziuni ale mucoasei esofagiene, care sunt produse de refluarea conținutului gastric în esofag. Incidența BRGE este scăzută la copiii alimentați natural față de cei care primesc formulă de lapte praf. În această situație, necomplicată, cel mai important este modul în care medicii și părinții percep diferența dintre refluxul fiziologic și cel patologic. Apariția BRGE este influențată atât de factorii de mediu, cât și de cei genetici, estimându-se că cei din urmă au o pondere de 18-31% în geneza bolii.

Simptomatologia asociată refluxului are o prevalență ridicată la părinții persoanelor afectate, iar concordanța este mai mare în cazul gemenilor monoziгоți față de cei heterozigoți (2).

În funcție de vârstă, sunt implicate o varietate de semne clinice tipice – digestive constând în regur-

gitații, vărsături, disfagie, hematemeză și/sau atipice, extradigestive. Simptomele atipice sunt stridor laringean, faringită, tuse și/sau respirație șuierătoare (wheezing), răgușeală, otită medie, durere toracică non cardiacă, eroziuni dentare. Rumația este frecvent observată la prematuri (3).

Sugarii până la vârsta de 1 an pot prezenta regurgitații postprandiale, iritabilitate, anorexie și/sau refuzul alimentației, falimentul creșterii, disfagie sau arcuirea spatelui în timpul alimentației. Episoadele de regurgitație pot fi postprandiale sau pot apărea la 1-2 ore postprandial (4,5). La copiii între 1-5 ani, manifestările BRGE includ regurgitații, vărsături postprandiale, dureri abdominale, anorexie și refuzul alimentației, pe când copiii mai mari de 5 ani și adolescenții descriu întocmai adulților simptomele bolii de reflux gastroesofagian: pirozis, epigastralgie, durere toracică non-cardiacă, în special pe timpul nopții, și eructații acide (5).

Risc crescut de apariție al BRGE îl au copiii cu afecțiuni neurologice, obezitate, istoric de atrezie esofagiană (operată), hernie hiatală, achalazia cardiacă, displazie bronhopulmonară, fibroză chistică, transplant pulmonar, sau prematurii (5).

RGE este un factor agravant al asmului bronșic atopic sau non-atopic, deoarece microaspirațiile din

Autor de corespondență:

Șef Lucr. Dr. Smaranda Diaconescu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Strada Universității nr. 16, Iași

E-mail: turti23@yahoo.com

refluat provoacă bronhoconstricție. Simptomele caracteristice RGE sunt prezente în proporție de 45% în loturi de bolnavi cu astm cronic, față de 10% în studii populaționale (5).

Alte cauze de vărsături sunt: malformațiile congenitale ale esofagului, alergiile la proteina laptelui de vacă, tulburările metabolice.

În general, refluxul gastroesofagian fiziologic poate cauza diverse simptome fără a interfera cu creșterea și dezvoltarea copilului. În BRGE, prezența esofagitei de reflux se manifestă prin aversiune față de mâncare, din cauza durerii cauzate de alimentație, staționarea sau scăderea curbei ponderale (2).

Clasificarea Chicago (2008) a adus precizări în diagnosticarea bolii și evaluarea răspunsului la tratament. În timpul evaluării inițiale, medicul trebuie să efectueze o anamneză corectă și amănunțită asupra simptomelor tipice și atipice ale BRGE, severitatea lor și tratamente anterioare.

Scorul Eckard oferă o evaluare cantitativă a severității simptomelor, precum prezența și frecvența disfagiei, a regurgitațiilor și a scăderii în greutate (6).

Cu toate că scăderea presiunii SEI este cauza principală a BRGE, singurul și cel mai important factor în patogeneza esofagitei de reflux este apariția repetată a relaxărilor tranzitorii și inadecvate ale SEI. În afara refluxului acid sau non-acid, inflamația epiteliului scuamos esofagian se poate însoți de dismotilitate, infecții și alergii alimentare.

Inițial se produce hiperplazia celulelor bazale și îngroșarea papilelor, apoi infiltrarea celulelor inflamatorii, ulcerării și ulterior la fibroză cu stenoză. Metaplazia columnară, cunoscută sub denumirea de esofag Barrett, complicație a BRGE având risc crescut de adenocarcinom, este rară la pacienții pediatrici (5).

Manifestările neurocomportamentale au fost atribuite percepției durerii și se caracterizează prin: tulburări de somn, crize de agitație și plâns, arcuire și rigiditate, hiperextensia gâtului, iritabilitate generalizată, uneori convulsii sau comportament pseudopsihiatric. Hipersensibilizarea componentelor matricei durerii asociată cu perturbarea funcției centrilor cognitivi și emoționali are o contribuție importantă în perpetuarea durerii (săptămâni, ani). Se asociază modificări ale sistemului nervos autonom și ale motilității esofagiene, conturând hiperalgia viscerală (7).

Sindromul Sandifer este o entitate clinică mai puțin frecventă, fiind deseori confundat cu o criză epileptică asociind RGE, cu extensia capului, torticolis, poziție vicioasă, opistotonus, asimetrie facială și leziuni de esofagită.

Anamneza și examenul clinic sunt esențiale pentru a exclude alte boli care pot fi însoțite de vărsături.

Un istoric de regurgitații sau vărsături, stagnare ponderală și anemie microcitară hipocromă trebuie să alerteze atât părinții cât și medicul în vederea elaborării unui protocol de investigare al RGE.

În funcție de gravitate, ghidurile internaționale recomandă următorul protocol de explorare al RGE: monitorizarea pH-ului esofagian, manometria esofagiană, endoscopia digestivă superioară, tranzitul baritat esogastric și impedanța esofagiană intraluminală.

Monitorizarea pH-ului esofagian constă în măsurarea cantității de acid la care este expus esofagul în intervale de timp prestabilite (test cantitativ). Severitatea refluxului acid patologic nu este corelată cu severitatea simptomelor sau a complicațiilor RGE. Specificitatea, sensibilitatea și utilitatea clinică a monitorizării Ph-ului esofagian în vederea elaborării diagnosticului și managementului complicațiilor BRGE nu este stabilită (8,9).

Manometria esofagiană poate fi pozitivă la pacienții cu BRGE, dar rezultatele nu au specificitate și sensibilitate pentru confirmarea diagnosticului. Această investigație permite precizarea diagnosticului unei tulburări de motilitate sau confirmă diagnosticul de achalazia cardiacă (8,9).

Endoscopia digestivă superioară (EDS) este indicată bolnavilor care nu răspund la tratament. EDS evidențiază ulcerările, eroziunile, stricturile esofagiene și oferă posibilitatea prelevării unei biopsii în vederea examenului histopatologic, fiind importantă în identificarea cauzelor de esofagită sau diagnosticarea infecției cu *Helicobacter Pylori* (H.P.). Relația dintre infecția cu H.P. și BRGE rămâne incertă, unii autori susținând că favorizarea leziunilor inflamatorii de către infecția cu *H.pylori* contribuie, paradoxal, la buna funcționare a barierei antireflux de la nivelul joncțiunii esogastrice (10,11). Alți autori sugerează că infecția cu H.P. determină leziuni de tip inflamator, inclusiv la nivelul cardiacă și astfel ar favoriza refluxul gastroesofagian (10,11).

Tranzitul baritat esogastric oferă informații despre prezența unei hernii hiatale, stenoze esofagiene secundare sau prezența dismotilităților esofagului, mai ales după anastomoza directă pentru atrezie esofagiană. Sunt situații când, în absența simptomelor, se constată imagini de RGE, iar 60% din pacienții cu simptome de reflux și pH-metrie concludentă pentru reflux nu au imagini de reflux (2,3).

Impedanța esofagiană intraluminală detectează atât refluxul acid cât și refluxul non-acid, re-

prezentând o tehnică modernă de investigare a pH-ului stomacului și esofagului. În funcție de tipul de electrod atașat, metoda poate înregistra pH-ul la unul sau mai multe niveluri (esofag proximal, esofag distal, sfîncter esofagian inferior, stomac) sau se poate folosi pentru înregistrarea concomitentă a presiunilor la nivelul tubului digestiv superior, obținând aprecierea cantitativă a severității refluxului gastric (2,3).

Hemoleucograma și valoarea fierului seric sunt frecvent modificate în BRGE, dar scăderea valorilor lor poate fi consecința altor boli pentru care se impune elaborarea unui diagnostic diferențial.

Explorarea bolnavului suspectat de BRGE poate fi complexă, situație impusă de evoluția unor comorbidități în manifestări predominant extradigestive (wheezing recurent, otită seroasă, laringită recidivantă).

Tratamentul bolii de reflux gastroesofagian implică o serie de măsuri igienico-dietetice și farmacoterapie în funcție de vârsta copilului.

În cazul sugarilor care sunt alimentați natural, la cerere se va avea în vedere evitarea decubitului dorsal posprandial: în cazul celor care primesc formulă se va respecta un program de alimentație cu evitarea excesului de aport, introducându-se treptat pauza de noapte. La copiii între 1-5 ani se vor aplica următoarele măsuri (în funcție de necesitate): evitarea decubitului dorsal minimum 1-3 ore postprandial, evitarea meselor abundente, poziția proclivă (la un unghi de 45°) atât în stare de veghe cât și în timpul somnului, având în vedere faptul că după vârsta de 1 an se reduce mult riscul de moarte subită (13). La copiii mai mari și adolescenți se recomandă evitarea factorilor declanșatori: cofeină, ciocolată, alimentele condimentate, sucurile acidulate, menta și tutunul. Studii recente arată faptul că guma de mestecat fără zahăr ajută la scăderea episoadelor de reflux (4).

Obiectivele tratamentului farmacologic constau în controlul simptomelor, prevenirea și vindecarea esofagitei sau a altor complicații.

Persistența simptomatologiei în condițiile unui tratament igienico-dietetic corect indică inițierea tratamentului medicamentos, diferențiat în funcție de prezența complicațiilor. **Intervențiile farmacologice** urmăresc reducerea numărului și duratei episoadelor de reflux, restaurarea presiunii normale a SEI, ameliorarea clearace-ului esofagian și scurtaarea timpului de evacuare gastrică. Experiențele acumulate în tratarea BRGE au impus tripla terapie: prokinetice, antisecretorii și antiacide, administrate în cure de 8 săptămâni.

Studii recente au demonstrat faptul că această metodă ajută la reducerea acidității, dar nu și la numărul total al episoadelor de reflux (14).

Prokineticele se administrează în scopul creșterii presiunii sfîncterului esofagian inferior (SEI), stimulării peristalticii esofagiene și pentru accelerarea golirii gastrice.

Se recomandă domperidon, derivat de benzimidazol, blocant al receptorilor dopaminergici, care acționează în afara sistemului nervos central. Doza este de 0,75-1 mg/kgc/zi, în 2 prize, cu 30-45 de minute înainte de alimentație.

Medicația antisecretorie este un adjuvant important al tratamentului prokinetic, recomandat îndeosebi bolnavilor cu leziuni de esofagită.

Inhibitorii de pompă de protoni (IPP) reprezintă cea mai eficientă metodă de tratament, produc supresia acidului clorhidric, dezactivarea pompelor de protoni din celulele parietale și reducerea secreției; determină dispariția simptomatologiei de reflux în peste 90% din cazuri. Cura se menține pe o perioadă de 4-8 săptămâni. Ghidurile de diagnostic și tratament actuale recomandă creșterea dozelor de IPP până la 1,5-2 mg/kgc/zi (1). Nu se administrează IPP sugarilor mai mici de 1 an.

Antiacidele pot fi folosite în cazurile ușoare, în care episoadele de reflux sunt rare și când nu există leziune de esofagită.

Confirmarea diagnosticului de BRGE cronică recidivantă și rezistența la tratamentul comun orientează către **tratamentul chirurgical**.

Indicațiile tratamentului chirurgical includ: simptomatologia persistentă, dependența de medicamente pe termen lung, lipsa de complianță la terapia medicamentoasă sau pneumonia de aspirație.

Consimțământul informat al părinților este obligatoriu, datorită eventualelor complicații postoperatorii, inclusiv asupra reapariției simptomatologiei.

Tratamentul chirurgical standard este fundoplicatura Nissen, practică sub anestezie generală, pe cale chirurgicală clasică; în ultimul timp se recurge la intervenția laparoscopică, fiind mai puțin invazivă și agresivă. Medicul va trebui să efectueze o anamneză corectă asupra numărului intervențiilor chirurgicale atât abdominale cât și toracice din trecut, deoarece există riscul de a fi contraindicată abordarea laparoscopică. Complicațiile postoperatorii imediate includ disfagie, sațietate precoce sau greață. Complicațiile tardive pot include stază gastrică, hernierea învelișului, aderențe intestinale sau obstrucții (15).

Terapia endoluminală urmărește inhibarea refluxului la nivelul SEI, pentru a reduce frecvența

refluărilor acide în esofag. Procedura Stretta (energie de radiofrecvență) este recomandată celor cu BRGE, care nu răspund sau nu tolerează tratamentul medicamentos. Eliberarea energiei de radiofrecvență la nivelul cardiei se asociază cu o creștere a presiunii SEI și scăderea numărului de relaxări tranzitorii ale sfincterului, cu o îmbunătățire a calității vieții la 6 luni de la aplicarea procedurii.

Crearea unei îngroșări a joncțiunii gastroesofagiene, prin realizarea pe cale endoscopică a unei plicaturi (Endocinch), sau recurgerea la plicatorul pentru toată grosimea peretelui (NDO), cu obținerea unei uniri tisulare de tip seroasă la seroasă, are ca obiectiv refacerea și întărirea mecanismului de valvă al joncțiunii esogastrice (16).

Miotomia perorală endoscopică (Peroral Endoscopic Myotomy-POEM) este o tehnică minim invazivă, realizată pacienților cu achalazia cardiei. Ineficiența SEI, rezultată prin diferențe ale presiunilor acestuia, definește achalazia. (17) Clinic este însoțită de o simptomatologie polimorfă: regurgitații, disfagie, durere retrosternală și scădere ponderală. POEM a fost inițial descrisă de Heller în 1913, constând în 2 incizii longitudinale de aproximativ 8 cm pe peretele anterior și posterior al esofagului, având rolul de a elibera presiunea SEI în vederea ameliorării complete a simptomelor achalaziei. Limitarea și eșecul acestei tehnici au fost determinate de refluxul gastroesofagian, fiind raportat la 30% din cazuri, impunându-se astfel o procedură antireflux suplimentară – fundoplicatura Nissen.

Au fost raportate trei cazuri, diagnosticate cu achalazia cardiei, care au fost supuse acestei metode chirurgicale minim invazive. Vârsta medie a fost de 9,6 ani.

Valoarea medie a presiunii bazale a SEI și scorul Eckard au fost 34,6 mmHg și respectiv 5,3. Intervenția s-a efectuat pe o lungime medie de 10 cm, cu

o durată de 60,6 minute. Nu s-au descris complicații postoperatorii sau BRGE. La controlul de 1 an, scorul Eckard a fost 0, iar presiunea SEI a prezentat o scădere semnificativă (18).

Papasavas PK analizează retrospectiv rezultatele tehnicii POEM, aplicată la 15 copii diagnosticați cu achalazia cardiei, în urma efectuării manometriei, tranzitului baritat și EDS:

- timpul operator mediu a fost de 100 de minute (38-240'), reducerea presiunii SEI preoperator de la 36,64±11,08 mmHg la 15,65±5,73 mmHg, postoperator;
- succesul clinic a fost stabilit în funcție de valoarea scorului Eckard, mai mic de 3;
- zece din cincisprezece copii au revenit la control la 1 an.

Valoarea medie a scorului Eckard pre și postoperator a fost de 7,32±1,42 și respectiv 1,74±0,67, rezultat însoțit de o îmbunătățire a simptomatologiei, creștere în greutate a copiilor cu 0,46 g/an (interval 0,0-4,6) (19).

CONCLUZII

Boala de reflux gastroesofagian are un tablou clinic complex, metodele moderne de diagnostic dezvăluind incidența reală a bolii. Inhibitorii de pompă de protoni devin prima opțiune a terapiei medicamentoase, la copiii cu vârsta mai mare de 1 an.

Monitorizarea Ph-ului esofagian rămâne o metodă de investigație cu aplicabilitate largă și costuri reduse, având, de asemenea, complicații minime. Cazurile non-responsive la tratamentul medicamentos sunt deseori supuse intervențiilor chirurgicale. Tehnica POEM se dovedește a fi inovatoare, atât prin abordul minim invaziv, cât și prin lipsa complicațiilor.