

13. Zangar SA, Kachar R, Mehta S et al. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. *Gastrintest Endosc* 1991;

## **ROLUL REFLUXULUI GASTRO-ESOFAGIAN IN ETIOLOGIA AFECTIUNILOR BUCOFARINGIENE**

**Victoria Boțan, Nadejda Teșu, Nadejda Culea,**

**Vasile Gavriluta, Mara Cernogal**

(Conducător științific Mihail Maniuc, dr.hab., prof.univ.)

Catedra Otorinolaringologie USMF "Nicolae Testimitanu"

### **Summary**

#### ***Role in the etiology of gastro-esophageal reflux disease buccopharyngeal***

The gastro-esophageal flow may be silent in the digestive frame, the clinical frame 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 show 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 cause-effect relationship and association between the disease of gastro-esophageal flow and the atypical symptoms.

### **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.

### **Actualitatea temei**

Boala de reflux gastroesofagian reprezintă cea mai frecventă tulburare a tractului digestiv superior, fiind considerată de unii autori „boala secolului XXI”. Patogeneza este multifactorială, rolul important în producerea bolii fiind atribuit incompetenței mecanismelor de barieră antireflux (în particular, reducerii presiunii bazale și relaxării tranzitorii a sfincterului esofagian inferior), prelungirii clearance-ului esofagian și întârzierii evacuării gastrice; la acești factori se adaugă încă mulți alții (conținutul refluxului, scăderea capacității de apărare a mucoasei esofagiene etc), o parte dintre ei încă insuficient precizați, așa cum este cazul infecției cu *Helicobacter pylori*

Refluxul gastroesofagian apare ca urmare a unei tulburări functionale a esofagului care se poate datora fie disfuncției sfincterului esofagian inferior (prin relaxarea tranzitorie a acestuia), fie disfuncției gastrice, prin stagnarea alimentelor mai mult timp în stomac datorită întârzierii evacuării lor sau prin creșterea presiunii abdominale.

Există și o predispoziție genetică pentru boala de reflux gastroesofagian, astfel că este bine de știut dacă în familie au mai existat cazuri de RGE.

Nu trebuie ignorată răguseala copilului mic și tusea uscată, însoțite uneori de durere toracică. Aceste semne pot anunța refluxul gastrointestinal. În cazul copiilor, aceasta afecțiune poate declanșa pneumonii. Rezolvarea presupune tratament medicamentos, dieta, iar în unele cazuri intervenția chirurgicală.

## Scopul

Studierea literaturii de specialitate pentru stabilirea particularităților atipice ale refluxului gastro-esofagian la copii.

## Materiale și metode

Studiul a fost efectuat în baza literaturii disponibile tratatelor publicate referitor la această patologie cit și a materialelor oferite de serviciu Internet-MedLine.

## Rezultate și discuții

Manifestările atipice pot să nu se prezinte concomitent. Simptomele tipice de reflux sunt absente la pacienți cu manifestări de tip astm bronșic, pacienți cu manifestări ORL și la pacienții 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.

Două mecanisme au fost propuse pentru a explica simptomele atipice ale bolii de reflux 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. În cursul dezvoltării embrionare există o legătură comună între esofag și bronhii și deasemenea ambele sunt inervate de nervul vag.

Astfel, acidifierea esofagului distal poate stimula receptorii acid sensibil, rezultând dureri toracice, noncardiace, tuse, bronhoconstricție și astm (manifestări atipice). Refluxul gastroesofagian reprezintă una dintre primele trei cauze frecvente ale tusei cronice la copil. Urcarea conținutului gastric în esofag se produce din cauza închiderii incomplete a valvei ce desparte esofagul inferior de stomac (sfincterul esofagian inferior).

Efectele acizilor gastrici asupra esofagului bebelușului în cazul în care conținutul gastric ce a urcat în esofag nu este îndepărtat rapid, acesta va irita mucoasa esofagiană și va produce senzație de căldură, pirozis sau durere retrosternală, numită disfagie.

În mod normal conținutul refluat este împins rapid în stomac prin contractii ale esofagului. Saliva, ce conține un antiacid natural (bicarbonat) ajută la protejerea mucoasei esofagiene și la neutralizarea acidului. Simptomele principale ale bolii de reflux gastroesofagian includ afecțiuni ale plămânilor sau ale nasului, gâtului și urechilor

- gust acru sau amar.
- tuse seacă și respirație urât mirositoare.
- salivare excesivă, care este neplăcută pentru bebeluș.
- senzație de arsură persistentă (pirozis).

Aceasta din urmă poate apărea după masă (apare de obicei la 2 ore după masă), în poziție culcată sau la aplecare înainte. În cazul unei boli severe de reflux gastroesofagian, pirozismul poate dura o perioadă îndelungată.

## Tusea cronică

Tusea cronică (tusea cu o durată mai mare de 3 săptămâni) reprezintă cauza de adresare la medic. 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 refluxul gastroesofagian poate induce tuse cronică, dar poate și să fie cauzată de aceasta.

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 care neagă prezența simptomelor tipice de tip pirozis sau regurgitație acidă. Refluxul gastroesofagian trebuie

suspectat la pacienții cu tuse cronică, nefumători, la pacienții cu imagine radiologică pulmonară normală și în cazurile în care nu există nici o dovadă de astm bronșic.

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

### **Durerea de gât**

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

### **Durerea toracică**

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. Durerea toracică determinată de refluxul gastroesofagian se poate manifesta ca senzație de arsură, constricție toracică, localizată substernal și poate iradia în spate, gât sau subscapular. 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.

### **Laringita**

În laringita acută, siful gastric uneori refluează în esofag, la nivelul 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. Mucoasa esofagiană poate avea aspect normal la persoanele cu pirozis, iar laringita apare pe un laringe aparent normal, fiind astfel necesară pH-metrie esofagiană. 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.

### **Pneumoniile**

- Refluxul gastroesofagian - în cazul bebelușilor, odată cu refluxul gastroesofagian, există riscul de a inhala micile resturi de mâncare. Astfel apare pneumonia de aspirație;
- Mediul de viață - riscul de a face pneumonie este mai ridicat în mediile insalubre, unde igiena nu este strictă sau în familiile cu fumatori.

### **Factorii de risc**

Particularitățile de vîrstă:

- stomacul sugarilor este sferic fără evidențierea unghiului Hiss, cu volum mic, tonus micșorat și evacuare încetinită,
- funcția de barieră a sfîcterului esofagian inferior este nedezvoltată.

Factorul alimentar:

- la copiii mici, alimentația lichidă și semilichidă favorizează refluările;
- la copiii mai mari, produsele: citricele, ciocolata, cafeina, usturoiul, ceapa, roșiile, menta, )

· Factorul mecanic:

- la copiii mici – meteorismul, tusea;
- la copiii mai mari – ridicarea greutăților, utilizarea corsetelor.

· Factorul medicamentos:

- spasmolitice (papaverina, no-șpa, baralgina),
- anlagetice, sedative și somnifere, etc.

Patologii asociate: maladii de sistem (sclerodermie, sindromul Shoegren), piloro-stenoza, hernia hiatală, duodenostaza, ulcerul stomacal și duodenal, colecistita, pancreatita.  
Alți factori: tabagismul, consumul de alcool la adolescenți.

### **Concluzie**

Este important dacă copilul prezintă semne sau simptome de reflux gastroesofagian, este necesar stabilirea cât mai repede a tipului de reflux și de a se iniția tratamentul adecvat cât mai repede, fie că este vorba de tratament conservator sau tratament medicamentos asociat în cazuri grave cu tratamentul chirurgical, - prevenirea factorilor care pot condiționa recidive;

- profilaxia infecțiilor intercurente ale tractului gastrointestinal și respirator;
- evitarea fumatului pasiv;
- abandonarea fumatului;
- profilaxia maladiilor neuromusculare și celor pentru care refluxul gastroesofagian este secundar.

### **Bibliografie**

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

## **MIAZĂ A URECHII MEDII**

**Vasile Cabac, Sergiu Vetricean, Nadejda Teșu, Victoria Boțan,  
Nadejda Culea, Marina Gheorghiev**

Catedra Otorinolaringologie, USMF Nicolae Testemițanu

### **Summary**

#### ***Myiasis middle ear***

Myiasis is an infection caused by the larvae of flies that affect human and vertebrate animals. Here are presented two cases of myiasis of the middle ear as a result of chronic processes with medication and surgical conduct. In this article we have discussed some aspects of the disease with the otorhinolaryngologist and general physician.

### **Rezumat**

Miaza este o infecție cauzată de larvele muștelor care afectează oamenii și animalele vertebrate. Se prezintă două cazuri de miază a urechii medii (Fig.1-2.), consecință a proceselor cronice, cu conduită medicamentoasă și chirurgicală a acestora. În prezentul articol abordăm unele aspecte ale maladiei împreună cu medicul Otorinolaringolog și Medicul general.