

COMPLICAȚIILE NAZOFARINGOLARINGIENE ALE REFLUXULUI GASTROESOFAGIAN

Vladimir Popa, d. h. în medicină, prof. univ., **Elvira Gariuc**, asist. univ., **Ilie Banaru**, d. h. în medicină, prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Refluxul gastroesofagian este apreciat ca un pasaj retrograd prin esofag de conținut gastric. Manifestările clinice supraglotice ale refluxului gastroesofagian (RGE) foarte mult timp au fost neglijate, de cele mai multe ori fiind incluse în categoria plăgilor „atipice”, cărora nu li se acorda atenția cuvenită. De aceea RGE a devenit o adevărată problemă medico-socială, deoarece diferite simptome și stări patologice, cum ar fi: tusea cronică, astmul bronșic, complicațiile nazofaringolaringiene și dentare, de multe ori sunt manifestări clinice ale refluxului gastroesofagian.

Simptomele clasice ale RGE lipsesc la 40-60% de bolnavi cu astm bronșic, la 57 – 94% de bolnavi cu afecțiuni ORL și la 43-75 de pacienți care suferă de tuse cronică.

Scopul studiului a fost cercetarea bibliografiei la capitolul refluxul gastroesofagian și analiza a 38 de foi de observație medicală a bolnavilor cu patologia ORL în vederea determinării la acești bolnavi a semnelor clinice ale RGE.

Materiale și metode. Au fost studiate datele literaturii asupra acestei probleme din ultimii 10 ani și s-a făcut o analiză clinică a 38 de foi de observație a bolnavilor cu patologia nazofaringolaringiană pentru a stabili corect caracterul clinic al manifestărilor subiective și obiective ale patologiei sus-numite.

Rezultate și discuții. Primele cercetări ale RGE au fost efectuate în SUA prin anul 2000, fiind descrise în *American Journal of Gastro-enterology* (J.E. Richter, 2000). S-a constatat că simptomele clasice ale refluxului gastroesofagian lipsesc la majoritatea bolnavilor cu afecțiuni otorinolaringologice, pulmonologice și dentare. Pe de altă parte, la jumătate din pacienții care suferă de afecțiuni supraglotice la examenul endoscopic nu se depistează nici o esofagită, deci este necesară o metodă adecvată de diagnostic al RGE. Autorul propune ph-metria timp de 24 de ore.

Investigațiile savanților sunt monodisciplinare, de aceea nu rezolvă problema, dar numai constată faptele. Cauzele care duc la întârzierea cu diagnosticul de RGE, după părerea savanților, sunt:

- Evoluția îndelungată a simptomelor înainte de a fi stabilit diagnosticul de RGE.
- Natura lichidului refluxant PH gastric este factorul principal în patogenia RGE, de asemenea, și alte substanțe și lichide, cum ar fi bila din căile biliare, enzimele proteolitice, proliferarea bacteriană ș.a.
- Reacția mucoasei căilor respiratorii în condiții favorabile, de exemplu, alergia.

RGE provoacă numeroase simptome în cavitățile nazofaringolaringiene care persistă mult timp și rezistă la un tratament clasic adecvat consacrat terapiei specifice a unei afecțiuni ORL. Aceste dereglări, de asemenea, sunt condiționate de tabagism, boli acute cronice ale căilor respiratorii, alergii, de factori ai mediului înconjurător ș.a.

Manifestările și complicațiile nazofaringolaringiene ale RGE pot fi următoarele:

- perturbări ale vocii: răgușeala (disfonia, afonia), slăbiciunea vocii;
- perturbări spasmodice: laringospasm, disfonie înaltă, „globus hystericus”;
- sindroame strict nazopharyngiene: eliminări nazale sau retronazale, strănut, genă faringiană, otalgie etc.

La consultația ORL 4% – 10% din pacienți prezintă simptome ori leziuni în raport cu RGE (J.A. Koufman, G.Y. Wiener, C.W. Wallace et al., 1988; R.J. Toohill, E. Mushtag, R.H. Llhman 1990).

Răgușeala este simptomul dominant, pe când „globus hystericus” se observă la 0,7 – 4% de pacienți (J.A. Koufman, 1991).

Incidența esofagitei este de 39% pe un studiu care a depășit 100 de cazuri. În același timp, acest procent variază de la 20% până la 60% pe un șantion limitat (R.K.H. Wong, D.E. Hanson, P.J. Waring, G. Shawg, 2000).

PH-metria în 24 de ore este „gold standard” în diagnosticarea esofagitei. Această metodă este utilă și în caz de dereglare a motoricii primare.

Circumstanțele care duc la RGE sunt:

- diminuarea spontană a tonusului sfincterului inferior al esofagului;
- regurgitația în timpul nopții;
- relaxarea sfincterului inferior al esofagului.

Încă în 1972 J. Delahunty (1972) a dat definiția cadrului clinic și lezional de „laringită acidă”. F.B. Little, J.A. Koufman, R.R.L Kobut et al. (1985) experimental pe animale au confirmat producerea leziunilor pe mucoasa laringelui drept rezultat al aplicării acidului și pepsinei timp de 1 minut. Aceste leziuni sunt:

- laringite posterioare prin reflux;
- noduli ai plicilor vocale;
- degenerescente polipoide – edemul Reinke;
- ulcere și granuloame;
- stenoze laringiene;
- laringospasme paroxistice.

După Koufman et. al. (1988), în ordinea descreșterii incidenței schimbărilor morfologice în laringe sunt: hiperemia 87%, edemul 68,9%, granuloame 19% și ulceratiile 2%.

Un reflux gastroesofagian se depistează la 50 – 80% de nou-născuți care suferă de un stridor laringian congenital (Mc. P.K. Nally, C.L. Maydonovitch, R.A. Prosek, 1989).

Disfonia inexplicabilă și prelungită totdeauna trebuie căutată în reflux gastroesofagian. P. Tou-nian, J-PH Girardet (1996) descriu cele mai des întâlnite manifestări clinice ORL produse de RGE la copii.

1. Manifestări laringiene:

Stridor laringian.

Dispnee laringiană acută recidivantă.

Stenoză subglotică după intubația nazotraheală prelungită.

Laringospasm.

2. Manifestări otologice:

Otite medii trenante.

Otalgie.

3. Manifestări faringiene:

Faringite cronice.

Rinofaringite repetate.

Ei propun următoarele metode de examinare:

- PH – metria esofagiană.
- Endoscopia esofagiană.
- Manometria.
- Tranzitul bariat esofagogastroduodenal.
- Scientografia esofagiană.

Tratamentul refluxului gastroesofagian este:

- medicamentos;
- chirurgical.

Au fost analizate 38 de documente medicale cu scopul de a evalua starea organelor ORL la pacienți și prezența sau lipsa următoarelor semne clinice:

- disfonia;
- disfagia;
- eliminări nazale;
- eliminări retronazale;
- strănut;
- gena faringiană, otalgie etc.

Incidența simptomelor sus-numite este următoarea:

- genă faringiană - 76,3%;
- eliminări nazale - 53,6%;

- eliminări retronazale - 48,5%;
- disfagie - 36,%%;
- disfonie - 33,7%;
- strănut - 21,4%.

La acești bolnavi s-a diagnosticat: faringite, rinite, laringite etc., însă, aplicând un tratament - ținută și „etiopatogenic” empiric, rezultatul n-a fost cel dorit. La consultațiile gastroenterologului, terapeutului, ftiziopulmonologului la majoritatea bolnavilor a fost depistată patologia respectivă sau chiar refluxul gastroesofagian.

Patologia laringiană este legată cu RGE și, după opinia autorilor H. Girschiq, E.N. Garabedion (1996), este următoarea:

- manifestări laringiene acute;
- manifestări laringiene cronice.

Din numărul celor acute fac parte: spasmul laringian, care are la baza sa patfiziologică hipertonia vagală. Pentru a diagnostica acest spasm este necesar a efectua atât la nou – născuți, cât și la copiii mici investigații endoscopice și funcționale.

Manifestările laringiene cronice curate sau asociate cu RGE sunt:

- laringomalacia, ori stridorul laringian congenital;
- dischinezia laringiană;
- laringitele recidivante;
- stenozele scheletare.

Semnele clinice obișnuite în aceste cazuri se prezintă la examenul endoscopic ca o inflamație a mucoasei laringelui în regiunea lui posterioară. De asemenea, sunt congestionate plicele ariepiglotice și mucoasa de pe cartilajele aritenoidiene. La următorul stadiu se observă un edem al acestor părți anatomice ale laringelui. Inflamația poate să se extindă și pe plicele vestibulare. Însă prima este afectată partea posterioară a laringelui.

Uneori procesul inflamator poate să se extindă și în partea posterioară a traheei. El poate cuprinde și laringele în totalitate.

Concluzii

1. Refluxul gastroesofagian prezintă o patologie interdisciplinară care merită o atenție mai serioasă față de diagnosticarea și tratamentul acestor manifestări condiționate de maladie.

2. Rolul principal în diagnosticarea timpurie și corectă îl are anamneza, pH metria timp de 24 de ore, endoscopia și altele după necesitate.

3. Tratamentul este complex: medical și chirurgical. În aplicarea lui sunt antrenați specialiștii: ORL, gastroenterologul, stomatologul, pulmonologul ș.a.

Bibliografie selectivă

1. Mc. Nally P.K., Maydonovitch, C.L., Prosek R.A., *Evaluation of gastroesophageal reflux as a cause of idiopathic hoarseness*. Dig Dis Sci, 1989, 34: 1900-1904.
2. Richter J.E., *Extraesophageal presentations of gastroesophageal reflux disease: an overview*. Am J Gastroenterol, 2000; 95 (8 Suppl): S1-3. Review.
3. Koufman J.A., Wiener G.Y., Wallace C.W. et al., *Reflux laryngitis and its sequela: the diagnostic role pH ambulatory 24 hours monitoring*, J Voice, 1988; 2: 78-9.
4. Toohill R.J., Mushtag E., Llhman R.H., *Otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux.*, Amsterdam, Kugler et Ghedini Publications, 1990, pp. 3005 -9.
5. Koufman J.A., *The otolarzngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD). A clinical investigation of 225 patients using ambulatorz 24 hours pH monitoring and an experimental investigation of the role and acid and pepsin in the development of laryngeal injury*, Laryngoscope, 1991;101: 1-78.
6. Wong R.K.H., Hanson D.E., Waring P.J., Shawg G , *RNT manifestations of gastroesophageal reflux*. Am J Gastroenterol , 2000; 95 (suppl): S15-S22.
7. Delahunty J., *Acid laryngitis*. J Laryngol Otol,1972; 86: 335 – 42.

8. Little F.B., Koufman J.A., Kobut R.R.L et al. , *Effect of gastric acid on the pathogenesis of subglottic stenosis*. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 1985; 94: 516-9.
9. P. Tounian, J-PH Girardet., „*ORL de l'enfant*”, Médecine-Science, p. 243-252, 1996.

Rezumat

Au fost studiate datele din literatura de specialitate la capitolul refluxul gastroesofagian din ultimii 10 ani și s-a făcut o analiză clinică a 38 de foi de observație a bolnavilor cu patologia nazofaringolaringiană pentru a stabili corect caracterul clinic al manifestărilor subiective și obiective ale acestei patologii.

Manifestările clinice supraglotice ale refluxului gastroesofagian (RGE) foarte mult timp au fost neglijate, de obicei fiind incluse în categoria de plăgi „atipice” și nu li se acorda atenția cuvenită. Diferite simptome și stări patologice, cum ar fi: tusea cronică, astmul bronșic, complicațiile nazofaringolaringiene și dentare, de multe ori sunt manifestări clinice ale refluxului gastroesofagian, de aceea RGE a devenit o adevărată problemă medico-socială.

Summary

It have been studied the literature's dates of the Gastro-oesophageal ebbing chapter of the last 10 years and it have been done a clinical analysis of 38 observation papers of patients with nasopharyngolaryngeal pathology to establish correctly the clinical character of subjective and objective manifestations of the up mentioned pathology.

The overglottic clinical manifestations of the Gastro-oesophageal ebbing have been neglected for a long time. Most of the times these manifestations were clasified as atypical wounds and nobody offered them the proper attention. Different symptoms and pathological states as: chronic cough, bronchial asthma, naso-pharyngolaryngeal and dental complications, most of the times are clinical manifestations of the Gastro-oesophageal ebbing. This is why the Gastro-oesophageal ebbing become a real medico-social problem.

UNELE PARTICULARITĂȚI ALE PNEUMONIILOR COMUNITARE LA VÂRSTNICI

Natalia Blaja-Lisnic, doctorand, USMF „N. Testemițanu”

Pneumoniile reprezintă o cauză majoră de morbiditate pentru toate vârstele în întreaga lume. Indicele morbidității de pneumonie variază în funcție de țară. În Republica Moldova anual suferă de pneumonie circa 22000 de persoane, iar mortalitatea este de 5,4 la 1000 populație [1]. Odată cu vârsta crește riscul de a contacta o pneumonie, numărul de spitalizări ale pacienților și mortalitatea de această maladie [2].

Pneumonia comunitară este a treia diagnoză caracteristică pentru pacienții spitalizați mai mari de 65 de ani [3]. Conform *National Center for Health Statistics*, la vârstnici morbiditatea de pneumonie comunitară e de 2 ori mai mare decât la tineri, frecvența spitalizărilor majorându-se de 10 ori. Letalitatea în pneumonii la pacienții cu o vârstă de peste 65 de ani este de 10 ori mai mare decât în alte grupe de vârstă și atinge 10-15% la pneumoniile provocate de pneumococi [4]. La noi în țară mortalitatea de pneumonii (raportată la 100000 populație) în 2003 a fost: pentru toate vârstele – 27,62; pentru vârsta de 25-64 de ani – 29,77; pentru vârsta \geq de 65 de ani – 57,29 și pentru vârsta \geq de 75 de ani – 75,02 [5].

Îmbătrânirea duce la scăderea funcțiilor reglatorii, a capacității de adaptare a organismului la mediu și a celei de apărare de diverse infecții. Vârstnicii cu patologii asociate au un risc major de a face pneumonii [6]. Diagnosticul precoce al pneumoniilor la vârstnici este dificil, deoarece tabloul clinic al afecțiunii poate să difere de cel al pneumoniei la persoanele de vârstă medie, des boala poate evolua cu o simptomatologie săracă sau atipică. Cu toate acestea, diagnosticul pus la timp și tactica