

# MANIFESTĂRI CLINICE DIGESTIVE ȘI EXTRADIGESTIVE ALE REFLUXULUI GASTROESOFAGIAN LA COPIL

## *Digestive and extradigestive clinical manifestations of gastro-esophageal reflux in child*

Dr. Maricica-Mihaela Fulga

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

### REZUMAT

Refluxul gastroesofagian este un fenomen fiziologic întâlnit la majoritatea populației și care apare mai ales după mese prin trecerea conținutului gastric în esofag. Transformarea acestui proces fiziologic într-unul patologic are loc atunci când cantitatea de conținut gastric refluată în esofag depășește limitele normale, determinând simptome asociate și frecvent leziuni ale mucoasei esofagiene.

Tabloul clinic al refluxului gastroesofagian include o varietate largă de manifestări, reunind manifestări digestive și extradigestive. Aspectele clinice ale refluxului gastroesofagian au caracter polimorf.

**Cuvinte cheie:** refluxul gastroesofagian, manifestări digestive, manifestări extradigestive

### ABSTRACT

The gastro-esophageal reflux is a physiological phenomenon that incurs at the majority of population, especially after meals as the gastric content gets into the esophagus. The alteration of this physiological process into a pathological one takes place when the amount of gastric content refluxed into the esophagus exceeds the normal limits, rendering the connected symptoms as well as frequent lesions of the esophagus mucous membrane.

The clinical traits gastro-esophageal reflux includes a wide range of manifestation, gathering both digestive and extradigestive symptoms. The clinical symptoms of the gastroesophageal reflux present a polymorphic character.

**Key words:** gastro-esophageal reflux, digestive manifestation, extradigestive manifestation

### MANIFESTĂRI CLINICE ALE REFLUXULUI GASTROESOFAGIAN LA NOU-NĂSCUT

La nou-născut trebuie diferențiat refluxul fiziologic, constând în câteva regurgitații postprandiale, de refluxul patologic, care afectează dezvoltarea copilului, putând avea chiar și un pronunțat risc vital. (1), (14)

La acest segment de vârstă, tabloul clinic este dominat de forma hemoragică, emetizantă și respiratorie. *Forma hemoragică* – hematemeza, exteriorizarea hemoragiei digestive superioare, apare la aproximativ 20% dintre cazuri. Hematemeza poate

să survină chiar de la vârsta de 10 zile prin esofagită de reflux, asociată adesea cu gastroenterită. Este considerată principala cauză de hematemeză la această vârstă și este agravată de o a/hipovitaminoză concomitentă. Profilaxia cu vitamina K, administrată sistematic din primele ore de viață, devine astfel utilă.

*Forma emetizantă* este forma cel mai des întâlnită, în care tabloul clinic este dominat de regurgitații și vărsături alături de anorexie și refuzul alimentației (acestea sunt simptome mai rar întâlnite). Nou-născutul începe prânzul din care se oprește brusc, refuzând reluarea alimentației, eventual putând

Adresa de corespondență:

Doctorand Dr. Maricica-Mihaela Fulga, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Universității Nr. 16, Iași  
e-mail: mihaelafulga2003@yahoo.com

asocia accese de paloare și țipete în cursul suptului, fapt datorat unei probabile senzații dureroase. Este forma cea mai frecventă, cu vărsături, fie izolate, fie însoțite de refuzul biberonului (sau sânului), țipete în care cursul suptului și accese de paloare, în rare cazuri se asociază stenoza hipertrofică a pilorului agravând prognosticul. (3), (7)

O mare parte dintre bolnavii cu reflux gastroesofagian prezintă și *manifestări respiratorii*, sub forma unor accidente respiratorii paroxistice, care apar în timpul plânsului, a meselor, a vărsăturilor sau în timpul schimbării poziției, iar uneori chiar în lipsa unei cauze aparente. Afectarea respiratorie se poate exprima sub forma unei crize de tuse în timpul somnului, putând merge până la apnee, spasm laringial, criză astmatiformă cu dispnee, polipnee, sau chiar accese de cianoză cu bradicardie, hipotonie, mergând până la detresa respiratorie necesitând manevre de reanimare. Există cazuri în care evoluția poate fi fatală. (2), (9), (11)

**Manifestările clinice ale refluxului gastroesofagian la sugar** pot fi grupate în manifestări de tip digestiv, respirator, neurologic, comportamentale și cardiace. În 90% dintre cazuri *manifestările digestive* ale refluxului gastroesofagian sunt reprezentate de regurgitații însoțite sau nu de vărsături. În formele dureroase, este vorba de sugari, care nu sunt totdeauna vărsători, dar care prezintă crize postprandiale și/sau nocturne de agitație. În cazurile cu astfel de manifestări, diagnosticul de reflux este potențat de asocierea unor leziuni erozive la comisurile labiale sau/și mentoniene (prin regurgitații acide neobservate de anturaj) și/sau a anemiei hipocrome (prin mici pierderi de sânge, prin aceleași regurgitații sau vărsături, de asemenea neobservate de anturaj). În aceste circumstanțe este necesară investigația radiologică esofagogastrică, cu substanță de contrast recurgându-se la nevoie și la alte investigații paraclinice (pH-metrie, manometrie esofagiană, endoscopie cu biopsie de mucoasă esofagiană). (6)

Ca urmare a interacțiunii dintre compoziția acidă a conținutului gastric refluxat și mucoasa esofagiană (durata acestei interacțiuni fiind direct influențată de clearance-ul esofagian) apar leziunile de esofagită care poate avea 3 grade: ușoară, medie, severă...

Din punct de vedere anatomopatologic se localizează în treimea inferioară a esofagului; iar în faza acută, mucoasa este congestivă, granulară, cu ulceratii superficiale. În faza cronică interesează mucoasa și straturile subiacente ducând la scleroză, fibroză și ulterior la stenoza esofagiană. Leziunile de esofagită se pot manifesta la sugar prin agitație, neliniște, iritabilitate, plâns postprandial, dar și

nocturn, expresie a suferinței sugarului, asociate cu tulburări de somn și de alimentație, cu diminuarea apetitului, refuzul biberonului sau chiar țipete în cursul alăptării. Pot apărea și forme hemoragice, exprimate prin hemoragie digestivă superioară sub forma de hematemeză, mai rar melenă sau anemie hipocromă datorată sângerărilor digestive oculte. (13)

Manifestările nutriționale sunt rezultatul refluxului gastroesofagian prelungit și netratat, caracterizate prin deficit caloric din cauza vărsăturilor abundente și frecvente, sau refuzului alimentației, având drept consecință stagnarea ponderală pentru ca apoi să se ajungă până la hipotrofie staturo-ponderală.

O altă consecință nutrițională o reprezintă anemia feriprivă, microcitară, hipocromă, secundară pierderilor de sânge cu evoluție cronică în cantitate uneori foarte mică (sângerări oculte), datorită leziunilor esofagiene. (4)

Expresia refluxului gastroesofagian la *nivel respirator* include o gamă diversă de manifestări reprezentate de tuse nocturnă, wheezing recurent/astm bronșic, pneumopatii recurente, bronșiolite, laringite, apnee de tip obstructiv, crize de cianoză cu sau fără hipotonie, otite recidivante, detresă respiratorie și de moartea subită (în special în primele luni de viață).

*Manifestările neurologice* sunt reprezentate de hipertonie cu convulsie, hipotonie cu sau fără cianoză, agitație psihomotorie, accese de paloare însoțite adesea de bradicardie.

Manifestările neurologice sunt frecvent asociate fenomenelor respiratorii.

Encefalopatiile cronice infantile dau cea mai mare rată de forme emetizante, cu o eventuală hematemeză în a doua copilărie, frecvența refluxului însuși fiind foarte mare la encefalopați. (12)

*Manifestările comportamentale* cele mai frecvente sunt reprezentate de iritabilitate generalizată, crize de agitație sau plâns, torticolis, sindromul Sandifer.

*Manifestările cardiace* exprimate sub forma tulburărilor de ritm cardiac, apărute în timpul acceselor neurologice sau respiratorii produse de reflux și care se manifestă prin bradicardie, mult mai rar prin tahicardie. (5), (9)

## MANIFESTĂRILE CLINICE ALE REFLUXULUI GASTROESOFAGIAN LA COPIL ȘI ADOLESCENT

Acestea pot fi grupate în manifestări generale, digestive, respiratorii și cardiace.

Simptomele refluxului gastroesofagian pot fi împărțite în simptome tipice, atipice, de alarmă și ale complicațiilor.

Simptome tipice sunt reprezentate de pirozis, regurgitație acidă și eructație. Simptome atipice sunt reprezentate de sialoree, gust metalic și durere toracică/epigastrică. Simptome de alarmă pot fi locale – disfagie, odinofagie și hemoragia digestivă superioară și, generale – scădere ponderală, anemie, astenie. Simptome ale complicațiilor locale (esofagită, stenoză peptică, ulcerul esofagian, hemoragia, sindromul Barrett, adenocarcinomul esofagian) și generale (respiratorii – laringiene, disfonie, globus, tuse, astm, pneumonie de aspirație). (2), (11)

*Manifestările generale* reprezintă tulburări neuro-comportamentale care sunt reprezentate de neliniște, agitație și scăderea tonusului muscular, respectiv tulburările de creștere, reprezentate de staționarea în greutate și hipotrofie staturo-ponderală.

În cadrul *manifestărilor digestive*, pirozisul este manifestarea cea mai frecventă și are intensitatea ondulantă. Apare la scurt timp după mese (de regulă cam la o oră), când pacientul se ridică de la masă sau se întinde în pat. Pirozisul se datorează acțiunii materialului refluxat asupra mucoasei esofagiene și este accentuat de o serie de alimente: grăsimi, ciocolată, cafea, citrice, suc de roșii. Frecvența apariției sale nu se corelează cu severitatea refluxului gastroesofagian. Mecanismul de producere a pirozisului nu este foarte bine stabilit, frecvența și intensitatea acestuia necorelându-se cu severitatea lor; evidențiate endoscopic sau cu durata expunerii acide determinată prin pH-metrie esofagiană. Pacienții cu reflux gastroesofagian complicat (esofag Barrett, stenoza) pot prezenta o sensibilitate redusă la acid, iar alți pacienți cu aspect endoscopic normal prezintă pirozis sever. Explicația acestor discordanțe este sensibilitatea diferită a mucoasei esofagiene de

la un caz la altul. *Regurgitația acidă* se produce și/sau este accentuată în toate situațiile posturale care produc pirozis, fiind însă mai accentuată în decubit dorsal în timpul nopții. Când incompetența sfincterului esofagian inferior este foarte mare sau totală, pot regurgita și alimente. *Vărsăturile* implică o participare diafragmatică, deci un efort, determină plâns și urmează uneori după regurgitații; pot fi predominant nocturne. Diferența dintre vărsături și regurgitații este adesea dificil de stabilit. Mericismul cu faze de ruminație caracteristice poate fi observat independent de orice context psihopatologic. Dacă este legat de RGE, mericismul dispare după efectuarea tratamentului chirurgical antireflux. Elementul disfagic este dificil de evaluat în pediatrie. (7), (11), (14)

Simptomele atipice se întâlnesc la aproximativ o treime dintre bolnavii cu boala de reflux gastroesofagian și sunt digestive și extradigestive, precum **O.R.L.** (arsuri bucale, gingivită, eroziuni dentare, disfonie, senzație de corp străin în gât, faringită, laringită, laringospasm, ulcer și polip laringian, stenoză subglotică, sinuzită, otită medie), **pulmonare** (astm, tuse cu caracter cronic, fibroză, abces pulmonar), **durere toracică** non-cardiacă și manifestări **diverse** (torticolis, durere cervicală). (1), (8)

*Manifestările respiratorii* sunt prezente la 60% dintre copii cu reflux gastroesofagian și se manifestă prin criză de astm bronșic, wheezing recurent, tuse cronică nocturnă, bronșită cronică obstructivă și pneumonii recurente. *Manifestările cardiace* sunt reprezentate de tulburări de ritm cardiac, manifestate prin aritmie sinusală, respectiv bradicardie sinusală. (10)

## BIBLIOGRAFIE

1. **Andreica V., Andreica Mariana** – Patologia esofagiană și gastrică de reflux, Ed. Dacia, 1989
2. **Csendes A., Burdiles P., Smok G.** – Clinical and endoscopic findings and magnitude of gastric and duodenal reflux in patients with cardiac intestinal metaplasia, short Barrett esophagus, compared with controls – *Rev. Med. Chil.* 1999; 127(11): 1321-1328
3. **Nemr S.** – Gastroesophageal Reflux is a Major Cause of Lung Disease-Pro, *Pediatric Pulmonology*, Suppl 26:194-196 (2004); **Grigorescu O., Pascu L.**: Tratat de gastroenterologie clinică, vol. I, Ed. Tehnică, București, 1996
4. **Geormăneanu M.** – Pediatric. Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1997; pag. 155-168.
5. **Holloway R.H., Dent J.** – Pathophysiology of gastroesophageal reflux. Lower esophageal sphincter dysfunction in gastroesophageal reflux disease - *Gastroenterol Clin. Am.* 1990; 19: 517-535
6. **Koop H.** – Reflux disease and Barrett's esophagus - *Endoscopy* 2000 Feb; 32(2): 101-107
7. **Van Sandick J.W., Bartelsman J.F.** – Surveillance of Barrett's esophagus physicians' practices and review of current guidelines – *Eur. J. Gastroenterol Hepatol*, 2000 Jan; 12(1): 111-117
8. **Vasile Drug** – Patologia digestivă funcțională, Ed. Grigore T. Popa, 2004
9. **Ciofu Eugen** – Esențialul în pediatrie, Editura Medicală Amaltea, 2002
10. **Tutuianu R., Castell D.O.** – Esophageal pH Monitoring Wireleass Does Not Mean Werry Less. *J. Clin. Gastroenterol*, 2006, 40: 91-2.
11. **Ion Haulica** – Fiziologie umană, 2003.
12. **Baber K.F., Anderson J., Puzanovova M., Walker L.S.** – Rome II Versus Rome III Classification of Functional Gastrointestinal Disorder in Pediatric Chronic Abdominal Pain. *J. Pediatr. Gastroenterol Nutr.* 2008; 47(299-302)
13. **Fass R.** – Erosive esophagitis and non-erosive reflux disease (NERD): comparison of epidemiologic, physiologic, and therapeutic characteristics. *J. Clin. Gastroenterol*, 2007; 41: 131 – 7.
14. **Florea Iordăchescu** – Tratat de pediatrie, 2006