

3. Мусалимова Г. Г., Саперов В. Н., Никонорова Т. А. Диагностика и лечение микоплазменной и хламидийной пневмоний Лечащий Врач. – 2004. №8. – С. 19-24.
4. Новиков Ю. К. Атипичные пневмонии // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т. 10. - № 20. с. 915–918
5. Особенности бронхиальной астмы у детей, ассоциированной с микоплазменной и хламидийной инфекциями: "Первый Конгресс педиатров-инфекционистов России. Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей. Материалы". - М., 2002. - С. 141-142.
6. Овсянников Д.Ю."Бронхиальная астма, обструктивные бронхиты и кашель, ассоциированные с микоплазменной и хламидийной инфекцией у детей"
7. Руденко А.А, Кругликов В.Т, «Клиническая характеристика заболеваний, вызванных *M.hominis*». Вирусы и вирусные заболевания, выпуск 15, Киев 1987
8. Синопальников А. И. Атипичная пневмония // Русский медицинский журнал. — 2002. - Т. 10. - № 23. с. 1080-1085.
9. Савенкова М.С. Хламидийная и микоплазменная инфекции в практике педиатра // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium medicum. – 2005. Т. 7. № 1. С. 5-15.
10. Тартаковский И.С. Современные подходы к диагностике атипичных пневмоний Институт эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи РАМН, Москва Журнал "Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия". №2 2000г

CARACTERISTICA ENDOSCOPICĂ A LEZIUNILOR INFLAMATOR – DISTRUCTIVE ALE MUCOASEI ESOFAGOGASTRODUODENALE LA COPII CU REFLUX GASTROESOFAGIAN PATOLOGIC

Adam Ianoş

(Conducător științific – profesor universitar, d.h.ș.m., Svetlana Şciuca)
Catedra Pediatrie Rezidențiat și Secundariat Clinic USMF “N. Testemițanu”

Summary

The endoscopic characteristic of the inflammatory-destructiv lesions in the esophagealgastrroduodenal mucosa in children with pathological gastroesophageal reflux

The results of the study of 37 children with esophagitis showed an increasing frequency of the inflammatory lesions of the esophageal mucosa in age of 5 years old, when possible, the secretory functions of the gastric mucosa are established. Intensification of the inflammatory modifications of the gastro-duodenal mucosa in children of 10 years old is explained by the longer evolution of the disease and by neuro-hormonal particularities in this age.

Rezumat

Rezultatele studiului a 37 copii cu reflux gastroesofagian patologic (RGE) ne relatează o frecvență mai mare a leziunilor inflamatorii ale esofagului de la vârsta de 5 ani datorată posibil stabilirii funcției secretorii complete ale mucoasei gastrice către această vârstă, agravarea modificărilor inflamatorii ale mucoasei gastroduodenale la copii de la vârsta de 10 ani, ce se explică prin durata mai mare a bolii și prin particularitățile neuro-hormonale în această perioadă de vârstă.

Actualitate

Refluxul gastroesofagian este destul de frecvent în populația de copii și variază după diferiți autori de la 18 până la 25 % [1,8,10-13]. În literatura de specialitate foarte frecvent se întâlnește o noțiune nozologică nouă – Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) ce se definește ca o maladie cronică recidivantă, condiționată de dereglarea funcției evacuator motorie a zonei gastroesofagiene, caracterizată prin reflux spontan s-au regulat al conținutului gastric în esofag

cu apariția tulburărilor funcționale și/sau a leziunilor anatomopatologice ale mucoasei esofagului distal (OMS).

Actualitatea și complexitatea problemei este în concordanță cu incidența și complicațiile care se manifestă la copil pe parcursul vieții. Complicațiile sunt multiple, apar după mai multe luni sau chiar ani de evoluție, respectiv: esofagita peptică, ulcerul esofagian, stenoza esofagiană, hemoragie digestivă superioară, sindromul Barrett, mai rar neoplasmul esofagian ș.a. Manifestările extra digestive pot evalua sub masca altor afecțiuni, condițional divizate în două grupe: superioare (apnoe, stridor, laringită) și inferioare (astm bronșic, wheezing recurent). Simptome tipice digestive și extradigestive se întâlnesc la aproximativ $\frac{1}{3}$ din bolnavi cu BRGE și sunt extrem de variate. Se apreciază ca aproximativ 80% dintre astmatici, 33-90% dintre copii și adulți cu bronșită cronică și fibroză pulmonară, 5-10% cu simptome din sfera ORL și peste jumătate dintre bolnavi cu dureri precordiale prezintă dovezi clare pentru BRGE [1,3,5,6].

Prevalența esofagitei de reflux variază în seriile endoscopice în 12-20% cazuri și se întâlnește aproape la jumătate dintre pacienții cu boală de reflux gastroesofagian, și la 2-5% din populația generală asimptomatică [7,10,11,13]. Endoscopia digestivă este una din metodele de bază în explorarea RGE, ne permite vizualizarea mucoasei esofagului, gastrului și duodenului în mod direct cu stadializarea leziunilor esofagiene, clasificarea esofagitei peptice, având specificitate și sensibilitate peste 95% [2,4,9].

În practica pediatrică pentru o clasificare mai corectă a leziunilor evolutive, inclusiv și leziunile minime de la nivelul joncțiunii scuamo-columnare (JSC), se aplică clasificarea elaborată de G.N.Tytgat (1990) cu aprecierea a 5 stadii în esofagita peptică completată ulterior de В.Ф.Приворотский (2002).

Obiective

Aprecierea modificărilor leziunilor mucoasei gastrice și duodenale la copii cu diferite stadii de severitate a esofagitei de reflux.

Material și metode

Au fost selectate 37 fișe medicale ale copiilor cu reflux gastroesofagian patologic (22,5%) dintr-un număr de 167 copii cu patologie gastroduodenală, internați în staționar în perioada 2006-2007. Au fost evaluate datele anamnestice, tabloul clinic și explorarea endoscopică a tractului digestiv superior, examenul ecografic al sistemului hepatobiliar. Vârsta copiilor era de 2 – 18 ani, dintre care 0-5 ani – 5 copii (13,51%), 5-10 ani – 4 copii (10,8%), 10-18 ani – 29 copii (78,3%), la care examenul anamnestic ne sugera o patologie cronică gastroduodenală, în perioada de acutizare, cu manifestări digestive caracteristice ca sindromul dispeptic (nausea, vomă, pirozis, disconfort și plenitudine epigastrică), sindromul algic moderat (dureri în regiunea epigastrică și regiunea piloroduodenală).

Examenul endoscopic s-a efectuat în condiții de staționar cu endoscop model Pentax FG, după o anestezie locală a mucoasei orofaringiene cu spray lidocaină 10%, clasificarea folosită pentru stadializarea leziunilor inflamatorii în esofag elaborată G.N.Tytgat (1990)[9] cu aprecierea a 5 stadii în esofagita peptică completată ulterior de В.Ф.Приворотский (2002)[13]. La copii cu RGE patologic cu conținut mixt sau biliar (alcalin) s-a efectuat examenul ecografic al sistemului hepatobiliar cu ecograf model SIM-5000 (Italia).

Rezultate

Analiza datelor anamnestice ne relatează prevalența la leziunile superficiale (eritematoase) gastroduodenale o predominare a sindromului algic cu localizare în regiunea epigastrică și piloroduodenală, preponderent „pe foame” la 90% din copii chestionați. La leziunile erozive, hiperplastice sindromul algic mai slab pronunțat s-au absent, posibil sunt în dependență de topica visceroreceptorilor dar și de dereglările microcirculatorii și statutul psihoemoțional. Sindromul dispeptic sub formă de nausea – 47%, eructații – 47% cu gust acru sau amar în faringe, pirozis – 32%, vomă – 17%, sau observat la toate tipurile de leziuni endoscopice.

La examenul obiectiv la copiii cu leziuni hiperplazice ale mucoasei gastroduodenale erau prezente manifestări de hipovitaminoză (glossit, heilit) și component atopic (limbă geografică). Copiii cu reflux biliar acuzau halenă (65%), gust amar în faringe (90%), apariția sindromului

algic în regiunea epigastrică și hipocondiul drept la efort fizic (83%). Manifestări extradigestive (tuse preponderent nocturne, disfonie matinală, wheezing recurent) sau raportat la copii cu dereglări motorii și o insuficiență a SEI apreciată endoscopic (cardia biantă, hernie hiatală, relaxare spontană a SEI cu un reflux vizibil major). Analiza conform vârstei (tab.1) ale modificărilor mucoasei esofagiene, ne relatează o predominare la vârsta de copil mic ale leziunilor minime sau lipsa lor. În perioada școlară tabloul endoscopic era dominat în cazuri de esofagita st.1 cu apariția modificărilor mai avansate st.2 (16,2%) și st.3 (8,1%).

Tabel 1. Caracteristica leziunilor esofagului la copii cu BRGE în relație cu vârsta

Forme endoscopice ale leziuni mucoase	0 – 5 ani		5 – 10 ani		10 – 18 ani		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Fibroscopie normală st.0	3	8,15	0	0	0	0	3	8,15
Stadiul I	2	5,4	4	10,81	19	51,3	25	67,5
Stadiul II	0	0	0	0	6	16,2	6	16,2
Stadiul III	0	0	0	0	3	8,15	3	8,15
Total	5	13,5	4	10,81	28	75,6	37	100

În baza examenului endoscopic ale tractului digestiv superior, leziuni ale esofagului distal ce corespund stadiului I au fost depistate la 27 copii (64,8%), ce se caracteriza endoscopic prin prezența în regiunea cardiei și esofagului abdominal a unui eritem difuz sau în arii, o friabilitate a mucoasei, linie Z indistinctă, prolabare de scurtă durată (subtotală) pe unul din pereți la înălțime de 1 – 2 cm (tab.1).

Pentru esofagită în stadiul II depistată la 5 copii (13,5%), pe fonul eritemului difuz al mucoasei cu congestia porțiunii abdominale ale esofagului, prezența eroziunilor superficiale, mai frecvent liniare, pe suprafața pliurilor, acoperite cu exudat sau fibrină dar cu o arie a eroziunilor mai mică de 10% din aria ultimilor 5 cm ai esofagului distal. Dereglări motorii vizibile cu semne de insuficiență a cardiei, prolabare totală sau subtotală la o înălțime de 3 cm cu posibilitatea fixării în esofag (tab. 1).

Semne distinctive de esofagită gradul III au fost depistate la 3 adolescenți (8,1%), cu o majorare a leziunilor descrise anterior, uneori cu congestia porțiunii toracale ale esofagului, cu multiple eroziuni superficiale longitudinale sau ovalare, confluențe, dar care ocupau până la 50% din ultimii 5 cm. distali ai esofagului, cu dereglări motorii mai avansate ce se exprimau printr-o prolabare spontană sau provocată cu localizarea mai superioară de pilierii mediali ai mușchiului frenic, cu posibilitatea fixării parțiale. Diagnosticul de RGEP la copii de vârstă mică (0-5 ani), cu un aspect normal al mucoasei esofagiene, cu o clară demarcație între mucoasa de tip gastric și esofagian (linia Z clar vizibilă), însă prezența la acești copii a dereglărilor cinetice în zonă esofago-gastrică sau o anomalie vizibilă (relaxare spontană de lungă durată a SEI, retur frecvent al conținutului gastric în esofag, hernie hiatală axială glisantă, cardiacă biantă), prezența la acești copii simptomatologiei digestive (vomă, regurgitații, sialoree, simptomul copilului acid) și manifestări extradigestive – respiratorii (wheezing recurent, laringită, astm bronșic), dereglări de nutriție (anemie, retard staturo-ponderal).

Analiza rezultatelor explorării endoscopice ale mucoasei gastroduodenale la copii cu esofagită de reflux (tab. 2), ne relatează prezența leziunilor de tip eritematos în mucoasa gastrică (56,7%) și în cea duodenală (35,1%). Gastroduodenopatia hiperplazică a fost evidențiată la 18,9 – 16,21% copii cu BRGE, iar modificări erozive la 10,81% copii. Ulcer gastric și duodenal a fost diagnosticat la 2 adolescenți.

În stadii incipiente ale esofagitei (preponderent st. 0 – 1) predominau modificări de tip eritematos (56,7%).

În esofagită erozivă (st. II), leziunile mucoasei gastroduodenale se reprezintă în egală măsură ca tip eritematos, hiperplazic și eroziv.

Tabel 2. Frecvența leziunilor mucoasei gastroduodenale la copii cu RGE

Formele endoscopice ale modificărilor mucoasei	Număr absolut	%
Gastropatie eritematoasă	21	56,7
Gastropatie hiperplazică	7	18,9
Gastropatie erozivă	4	10,81
Duodenopatie eritematoasă	13	35,1
Duodenopatie hiperplazică	6	16,21
Duodenopatie erozivă	4	10,81
Ulcer gastric activ	1	2,7
Ulcer bulbar activ	1	2,7
Fără modificări	3	8,1

În formele severe ale esofagitei (st. III) se asociază cu leziuni inflamator-distructive mai avansate ale mucoasei gastroduodenale și anume modificări hiperplazice și ulcerative.

La 14 dintre copii (37,8%) investigați, dereglările de motilitate erau prezente și în segmentele mai inferioare ale tractului digestiv însoțite de un reflux duodenogastroesofagian cu conținut biliaro-pancreatic și gastric. Leziunile mucoasei esofagului în refluxul biliar era prezentat în 11 cazuri (78,5%) cu modificări de tip eritematos, 3 cazuri (21,4%) modificări erozive. Mai frecvent la copii cu vârsta 10 - 18 ani – 11 cazuri (78,5%).

La examenul ecografic al sistemului hepatobiliar la copiii cu reflux biliar, în 5 cazuri (35,7%), erau prezente dischinezii ale căilor biliare cu malformații minore ale colecistului (sept, curbură infundibulo-cistică, inflexiune).

Tabel 3. Caracteristica leziunilor mucoasei gastrice și duodenale la diferite stadii ale esofagitei de reflux

Caracteristica leziunilor esofagului	Forme endoscopice ale mucoasei gastro-duodenale	Vârsta							
		0 – 5 ani		5 – 10 ani		10 – 18 ani		Total	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Fără leziuni. Esofagită st. 0 (n = 3)	Eritematoasă	3	8,1	0	0	0	0	3	8,1
	Hiperplazică	0	0	0	0	0	0	0	0
	Erozivă	0	0	0	0	0	0	0	0
	Fără leziuni	0	0	0	0	0	0	0	0
Esofagită st. I (n = 25)	Eritematoasă	0	0	2	5,4	14	37,8	16	43,2
	Hiperplazică	0	0	1	2,7	3	8,1	4	10,8
	Erozivă	0	0	0	0	2	5,4	2	5,4
	Fără leziuni	2	5,4	1	2,7	0	0	3	8,1
Esofagită st. II (n = 6)	Eritematoasă	0	0	0	0	2	5,4	2	5,4
	Hiperplazică	0	0	0	0	2	5,4	2	5,4
	Erozivă	0	0	0	0	2	5,4	2	5,4
	Fără leziuni	0	0	0	0	0	0	0	0
Esofagită st. III (n = 3)	Eritematoasă	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hiperplazică	0	0	0	0	1	2,7	1	2,7
	Erozivă	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ulcer gastric	0	0	0	0	1	2,7	1	2,7
	Ulcer duodenal	0	0	0	0	1	2,7	1	2,7

Discuții

Explorarea endoscopică a tractului digestiv superior este unica metodică ce ne permite diferențierea bolnavilor cu BRGE în forme endoscopic pozitivă (esofagită erozivă), de cei cu formă non-erozivă (tip simptomatic), precum și evaluarea complicațiilor, efectuarea diagnosticului diferențiat cu alte maladii ale esofagului.

În rezultatul explorării endoscopice ale tractului digestiv superior la copii cu BRGE, se constată o predominare în stadiile incipiente ale esofagitei a leziunilor inflamatorii gastroesofagiene de tip eritematos.

Stadiile mai avansate ale esofagitei corelează cu leziuni mai grave și în mucoasa gastroduodenală de tip hiperplazic, eroziv și ulcerativ.

În cadrul refluxurilor biliare însoțite de dischinezii de tip hipotonic ale tractului digestiv, frecvent se asociază malformații minore ale colecistului.

O avansare concomitentă ale leziunilor în mucoasa esofagiană și în mucoasa gastroduodenală la copii cu vârstă de 10-18 ani se datorează factorilor nocivi comuni în maladiile acido-dependente. Accelerarea creșterii fiziologice cu modificări ale caracteristicilor antropometrice, perturbărilor neurohormonale la copiii de vârstă școlară, asociate cu diferite dereglării motorii ale tractului digestiv, contribuie la apariția leziunilor mai avansate ale mucoasei esofagului în RGEP.

Concluzii

Simptomele digestive la copii cu RGEP sunt manifestate endoscopic prin leziuni eritematoase gastroduodenale la copii de vârstă preșcolară, iar la școlari sunt asociate cu leziuni de tip hiperplastic, eroziv și ulcerativ.

Bibliografia

1. Bruley des Varannes S., Galmiche J.P., Bernates P., Bader J.P., Douleurs épigastriques et requergitations: épidemiologie descriptive dans un échantillon représentatif de la population française adulte. *Gastroenterol. Clin Biol.* 1988; 12; 721-8.
2. Cerempei L. Modificările mucoasei gastrice și duodenale la copii cu afecțiuni gastro-duodenale cronice. Moldova. Chișinău. *Buletin de perinatologie* N.1 2001, p.263-267.
3. Ciurea T., Pascu O., Stanciu C., *Gastroenterologie și hepatologie. Actualități.* București, 2003 p.13-16.
4. Constantin T., Reflux gastroesofagian și esofagita de reflux. *Infomedia* 2001 Vol.88 N. 6, p. 8-12.
5. Ekstrom T. Tibbing L. Esophageal acid perfusion airway function end syptoms in asthmatic patients with marked bronchial hyperreactivity, *chest* 1989; 96/5; 963.
6. Mișu I. Viziunea modernă a fenomenului de reflux gastroesofagian la vârsta de copil. *Curier medical* 1996 N. 5-6, p.38-41.
7. Ottignon Y; Qne sait-on de la prevalance du reflux gastroesophagian et de l' oesophagite par reflux? *Le reflux gastro-oesophagien: questions d'actualite!* Paris. John Libbey Eurotext, 1998; p. 8-13.
8. Sacre L., Vandenplas Y., Gastroesophageal reflux associated with respiratory abnormalities during sleep. *J. Pediatr. Gastroenterol Nutr.* 1989; N. 9; p. 28-33.
9. Trifan A., *Manual de endoscopie.* Editura Junimea. Iași, 2002, p.122.
10. Зернов Н. Г., Сашенкова Е. П., *Заболевания пищевода у детей М. Медицина, 1989.*
11. Иванова И. Иңусаев Ф. Апеченко Ю. С., Клинико -патогенетические характеристики гастрэзофагеальных рефлюксов у детей. *Российский вестник перинатологии и педиатр.* 2006, N.3
12. Приворотский В. Ф. ,Луппова Н .Е., *Кислотозависимые заболевания у детей СПб, 2002, 89с.*
13. Приворотский В. Ф. Хавкин А. И., *Гастрэзофагеальная рефлюксная болезнь. // Кислотозависимые заболевания у детей М. Медицина. 1999, с. 45-57.*