

nivelului înalt de morbiditate și mortalitate pe care îl comportă pacientul cu LES [8].

Concluzii

Afectarea tractului gastrointestinal la pacienții cu lupus eritematos sistemic poate implica toate segmentele acestuia, cu o pondere mai mare a ulcerărilor bucale și nazale (46,1%), a pancreatitei (14,7%) și a gastritei cronice (10,8%). Manifestări mai rare, dar cu prognostic nefavorabil, au fost pancreatita acută, hepatita autoimună și tromboza mezenterială în câte 2% cazuri.

Asocierea patologiei tractului digestiv la bolnavii cu LES influențează conduita terapeutică și prognosticul în cazul acestor pacienți.

Bibliografie

1. Dall'Era M., Yazdany J. *Classification of lupus and lupus-related disorders*. In: Dubois' Lupus Erythematosus and Related Syndromes, 8th ed., 2012, cap. 1, p. 1-3.
2. Hallegua D.S., Wallace D.J. *Gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus*. In: Curr. Opin. Rheumatol., 2000, no. 12, p. 379-385.
3. Kole A.K., Ghosh A. *Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus in a tertiary referral center*. In: Indian Journal of Dermatology, no. 54, p. 132-136.
4. Mazur M. *Lupusul eritematos sistemic*. Chișinău: Prut Internațional, 2011, p. 10.
5. Nesher G., Breuer G.S., Temprano K. et al. *Lupus-associated pancreatitis*. In: Semin. Arthritis. Rheum., 2006, no. 35, p. 260-267.
6. Narum S., Westergren T., Klemp M. *Corticosteroids and risk of gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis*. In: BMJ Open, 2014, no. 4, p. e004587.
7. Schulz S., Derk T. *The Gastrointestinal Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus: A Survey of the Literature*. In: The Open Autoimmunity Journal, 2009, no. 1, p. 10-26.
8. Sultan S.M., Ioannou Y., Isenberg D.A. *A review of gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus*. In: Rheumatology (Oxford), 1999, no. 38, p. 917-930.

Victoria Sadovici-Bobeică, doctorandă,
Departamentul Medicină Internă,
Disciplina Medicină Internă,
USMF Nicolae Testemițanu,
Institutul de Cardiologie
Tel.: 060344394
Email: victoriasadovici@gmail.com

INCIDENȚA REFLUXULUI LARINGO-FARINGIAN PRINTRE PACIENȚII CU PATOLOGIE LARINGIANĂ HIPERPLAZICĂ

Lilia SCUTELNIC, Vasile CABAC,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

The incidence of laryngopharyngeal reflux among patients with hyperplastic laryngeal pathology

Laryngopharyngeal reflux (LPR) is becoming recognized as a clinical entity with a variety of presentations distinct from those of gastroesophageal reflux disease. Damage to laryngeal mucosa may be the result of reflux of gastroduodenal contents, whether chronic or a single incident. The most common presenting symptoms of LPR include hoarseness, sore throat, throat clearing, and chronic cough. Aim: To evaluate the role of laryngopharyngeal reflux as a risk factor of the vocal cords benign lesions. The study included 120 patients with benign laryngeal pathology, who underwent diagnostic test for ambulatory 24-hour double probe pH monitoring. The patients filled out a standardized questionnaire and were examined laryngoscopically. Seventy percent (55/78) of patients undergoing pH testing had abnormal studies. Thus the highest incidence of reflux was found in patients with vocal cord neoplastic lesions (88%) and patients with muscle tension dysphonia (70%). LPR is a relatively common problem that appears to be common in patients with laryngeal pathology, either by maintaining and / or progression of the disease process.

Keywords: laryngopharyngeal reflux, vocal nodules, vocal polyps, Reinke's edema

Резюме

Частота ларингофарингеального рефлюкса у больных с гиперпластической патологией гортани

Ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) считается патологией с различными проявлениями, отличных от гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Повреждение слизистой оболочки гортани может быть результатом рефлюкса gastroduodenального содержания, будь то хроническим или одним инцидентом. Наиболее частыми симптомами ЛФР являются: охриплость, боль в горле и хронический кашель. Цель исследования – оценить роль ларингофарингеального рефлюкса как фактор риска при доброкачественной патологии слизистой оболочки гортани. В исследование были включены 120 пациентов с доброкачественной патологией гортани, которые перенесли диагностический тест на амбулаторном измерении pH в течение 24 часов. Пациенты заполняли стандартную анкету и были исследованы ларингоскопически. У 70% (55/78) пациентов наблюдалось аномальное pH. Таким образом, самая высокая заболеваемость рефлюксом была продемонстрирована у пациентов с опухолевыми поражениями голосовых связок (88%) и у пациентов с дисфонией из-за напряжения

мышц (70%). Ларингофарингеальный рефлюкс является относительно распространенной проблемой, которая, кажется, встречается у пациентов с патологией гортани, либо путем поддержания и/или прогрессирования патологического процесса.

Ключевые слова: ларингофарингеальный рефлюкс, голосовые связки, полипы, отек Квинке

Introducere

Rolul refluxului laringofaringean (LPR) în patogeniza leziunilor laringiene benigne și maligne este, probabil, subiectul cel mai cercetat în ultimul deceniu în domeniul laringologiei, cu rezultate contradictorii. Deși există numeroase lucrări cu accent pe relația LPR cu un grup de simptome otorinolaringologice diferite [8, 9], sunt doar câteva studii concentrate pe un simptom izolat și posibilă relație cu refluxul.

Nodulii vocali, polipii vocali și edemul Reinke sunt clasificate ca leziuni benigne ale mucoasei corzilor vocale, ce implică modificări patologice în stratul superficial al laminei propria. Nodulii vocali sunt definiți ca o formațiune mică situată între treimea anterioară și cea mijlocie a corzilor vocale, sunt întotdeauna sesili, bilaterali, simetrici și de culoarea perlei, sunt, de obicei, immobili în timpul fonației. De regulă unilaterali, polipii vocali pot fi sesili sau pediculați. Aceștea sunt situați în treimea anterioară a corzilor vocale, dar pot apărea și în alte zone. Edemul Reinke este caracterizat de corzi vocale cu aspect translucid, gelatinos, de obicei bilateral.

Aceste leziuni benigne ale mucoasei vocale pot rezulta din abuzul vocal, fumat, consumul excesiv de alcool sau refluxul laringofaringean.

Refluxul laringofaringean este una dintre manifestările extradigestive ale bolii de reflux gastroesofagian (BRGE), care este produsă de fluxul retrograd al conținutului gastric (acizi, pepsină) sau al conținutului duodenal (săruri biliare, enzime pancreatice) spre laringe și faringe [1].

Conținutul refluxului gastric poate afecta organele și sistemele din vecinătatea sistemului digestiv, după cum s-a demonstrat prin descrieri ale unei asocieri puternice între valul de reflux și diverse patologii inflamatorii ale capului și gâtului. Laringele are un risc crescut privind contactul cu conținutul gastroesofagian datorită topografiei sale în apropierea sistemului digestiv. Acesta este motivul pentru care este logic să ne gândim că orice reflux care trece deasupra sfincterului esofagian superior poate afecta de asemenea și laringele. Chiar și așa, un alt mecanism a fost descris anterior, prin care refluxul produce leziuni laringiene, fără necesitatea contactului direct cu mucoasa acestuia. Este un reflex vagal, produs prin acidifierea esofagului distal, care ulterior conduce la exacerbarea tusei, hemajului și laringospasmului [2, 3].

LPR nu a fost recunoscut ca o entitate clinică până în 1968, când primele rezultate ale unor studii ce leagă LPR cu dezvoltarea granuloamelor procesului vocal (ulcer de contact) au apărut în literatura de specialitate ORL [4, 5]. Mai recent, rolul LPR în patogeniza tulburărilor laringiene este din ce în ce mai evident.

Din acel moment, LPR a fost raportat ca fiind asociat cu o serie de condiții laringiene, incluzând tensiunea musculară (funcțională) [6, 7], stenoza subglotică [8-11], laringospasmul [12, 13], pahidermia [10, 14], leucoplazia [10] și carcinomul corzilor vocale [10, 15-18].

Cele mai frecvente simptome asociate cu LPR sunt disfonia, disfagia, globus pharyngeus, hemaj, tuse și hipersecreție de mucus [18-23]. Constatările laringiene comune ale LPR sunt edemul laringian localizat sau difuz, opalescența și / sau hipertrofia comisurii posterioare, eritemul, granulația, și, uneori, formarea de granuloame. Laringita posterioară clasică (hiperemia aritenoidilor și hiperplazia mucoasei interaritenoidiene) nu este observată la majoritatea pacienților cu LPR. În schimb, edemul laringian, nu eritemul, este de departe cea mai frecventă constatare laringiană.

Primele rapoarte privind monitorizarea ambulatorie a pH-ului timp de 24 de ore la pacienții cu disfonie și alte simptome ORL au apărut în anul 1980 [19-23]. Wiener și colab. [20] au utilizat printre primii monitorizarea simultană a pH-ului în esofagul distal și în faringe prin plasarea celei de-a doua sonde în imediată apropiere a orificiului laringian. Această tehnică de diagnosticare a fost utilizată pentru a documenta prezența de reflux extraesofagian (adică LPR). Acest test este standardul de aur actual pentru diagnosticul LPR.

Scopul acestui studiu este de a evalua rolul refluxului laringofaringian în apariția leziunilor cronice hiperplazice ale mucoasei corzilor vocale.

Material și metode

Pe parcursul a 3 ani (2011-2014), într-un studiu prospectiv au fost incluși 120 de pacienți adulți cu tulburări laringiene și vocale. Fiecare pacient cu vreo problemă laringiană sau de voce, aflat sub observație în timpul perioadei de studiu, a completat un chestionar al scorului reflux-simptom și a fost supus unui examen otolaringologic complet, care a inclus videostroboscopia cu documentarea constatărilor laringiene. Bolnavii care au prezentat simptome de reflux gastroesofagian și constatări de LPR au fost supuși monitorizării ambulatorii a pH-ului timp de 24 de ore.

Înainte de a fi testați prin monitorizarea ambulatorie a pH-ului timp de 24 ore cu sondă dublă,

toți pacienții au fost supuși manometriei esofagiene, pentru a determina localizarea sfincterelor esofagiene superioare și inferioare. Cu ajutorul acestor factori determinanți, s-a plasat sonda de pH distal în esofag cu 4 cm deasupra sfincterului esofagian inferior.

Sonda pH-proximală a fost plasată în hipofaringe, în spatele orificiului laringian, cu 1 cm deasupra sfincterului esofagian superior. Sensorii pH integrați într-un singur cateter cu o varietate de lungimi intra sonde disponibile, astfel încât sondele pot fi poziționate cu precizie.

Interpretarea rezultatelor. Rezultatele testării pH-ului esofagian au fost evaluate prin criteriile stabilite. Parametrul clinic cel mai pe larg utilizat este procentul de timp în care pH-ul este mai mic de 4,0, atunci când pacientul este în poziție verticală sau culcat pe spate. Această valoare este de asemenea calculată pentru durata totală a testului. Valorile normale pentru procentul de timp când pH-ul este mai mic de 4 în sonda esofagiană au fost stabilite a fi de 8,1% în poziție verticală și 2,9% culcat.

Un singur eveniment faringian (pH<4,0) imediat precedat de o scădere bruscă a pH-ului prin sonda esofagiană în mărime egală este considerat a fi o constatare anormală.

Rezultate obținute

Dintre cei 120 de pacienți cercetați, 65% (78/120) au prezentat simptome atipice de reflux și modificări de LPR și au fost înaintați spre testarea privind prezența refluxului. Simptomele predominante la aceștia au fost următoarele: răgușeală – 88% (69/78); hemaj – 88% (69/78); tuse cronică – 55% (43/78); globus pharyngeus – 40% (31/78); disfagie – 37% (29/78); pirozis – 33% (26/78).

Dintre pacienții cu pirozis, doar jumătate (13/26) au avut arsuri zilnice la stomac, restul având mai rar. Studiul a inclus 69 de bărbați și 51 de femei, cu o vârstă medie de 42,2±7. 5 ani, ce prezentau simptome laringiene cronice.

Circa 70% (55/78) din subiecți au avut episoade de reflux anormale. Monitorizarea pH-ului prin sonda esofagiană: 60% au suportat reflux anormal în poziție verticală; 36% au avut reflux anormal în decubit dorsal, iar la 20% s-au observat ambele. Măsurarea pH-ului prin sonda faringiană instalată: 58% din bolnavi au prezentat reflux anormal în poziție verticală, 9% au avut reflux anormal în decubit dorsal, iar 6% – ambele.

Mai multe tipuri de leziune hiperplazică din studiu au avut o rată de 100% de testare anormală de reflux: laringită de reflux (18/18), polipi vocali (8/8), nodului vocali (4/4) și chisturi intracordale (3/3).

Pacienții cu disfonie datorată tensiunii musculare au constituit 78% (18/23), iar cei cu carcinom al

corzilor vocale – 67% (4/6), cu rezultate anormale de reflux.

Rezultatele testării pH-ului timp de 24 de ore

Patologia	Nr. pacienți	Nr. pacienți cu reflux +	%
Laringită de reflux	18	18	100
Polipi vocali	8	8	100
Noduli vocali	4	4	100
Chisturi intracordale	3	3	100
Disfonia datorată tensiunii musculare	18	23	78
Carcinomul corzii vocale	4	6	67

Discuții

Rezultatele acestui studiu demonstrează că LPR este o tulburare relativ comună, care a fost prezentă la jumătate din pacienții incluși în studiu.

De asemenea, s-a constatat că LPR adesea coexistă cu o altă patologie laringiană. În acest studiu, LPR s-a dovedit a fi frecvent la pacienții cu anumite afecțiuni neoplazice ale laringelui și mai puțin frecvente la bolnavii cu tulburări funcționale. Asocierea LPR cu alte afecțiuni laringiene a fost anunțată în mai multe rapoarte publicate.

Koufman și colab. au constatat o incidență mai mare a LPR dovedit prin pH-metrie cu sondă dublă la pacienții cu noduli vocali, comparativ cu subiecții de control. Morrison și colab. au găsit o asociere între reflux și disfonie datorată tensiunii musculare. Studiul nostru confirmă constatările acestora și ale altor cercetări care demonstrează coexistența LPR cu patologia cronică hiperplazică

Concluzii

LPR este o problemă relativ comună, care pare a fi frecventă la pacienții cu patologie laringiană.

Deși semnificația datelor rămâne controversată, este probabil ca LPR să fie implicat, cel puțin parțial, în menținerea și / sau progresarea multor leziuni și boli laringiene.

Pentru că nu există un consens cu privire la diagnostic și tratament, această patologie este adesea fie supradiagnosticată (rezultând în aplicarea diverselor teste invazive, inutile și costisitoare, precum și în aplicarea tratamentelor ineficiente), fie subdiagnosticată (rezultând în progresarea simptomelor din cauza lipsei de tratament adecvat).

Bibliografie

1. Koufman J.A., Aviv J.E., Casiano R.R., Shaw G.Y. *Laryngopharyngeal reflux: position statement of the Committee on Speech, Voice, and Swallowing Disorders of the American Academy of Otolaryngology – Head Neck Surgery*. In: *Otolaryngol. Head. Neck. Surg.*, 2002; nr. 127, p. 32-35.

2. Poelmans J., Feenstra L., Demedts I. et al. *The yield of upper gastrointestinal endoscopy in patients with suspected reflux-related chronic ear, nose and throat symptoms*. In: Am. J. Gastroenterol., 2004; nr. 99, p. 1419-1426.
3. Shaker R., Dodds W.J., Ren J. et al. *Esophagoglottal closure reflex: a mechanism of airway protection*. In: Gastroenterology, 1992; nr. 102(3), p. 857-861.
4. Cherry J., Margulies S.I. *Contact ulcer of the larynx*. In: Laryngoscope, 1968; nr. 78, p. 1937-1940.
5. Delahunty J.E., Cherry J. *Experimentally produced vocal cord granulomas*. In: Laryngoscope, 1968; nr. 78, p. 1941-1947.
6. Morrison M.D., Nichol H., Rammage L.A. *Diagnostic criteria in functional dysphonia*. In: Laryngoscope, 1988; nr. 94, p. 1-8.
7. Koufman J.A. *Medicine in the vocal arts*. In: N. C. Med. J., 1993; nr. 54, p. 79-85.
8. Bain W.M., Harington J.W., Thomas L.E. et al. *Head and neck manifestations of gastroesophageal reflux*. In: Laryngoscope, 1983; nr. 93, p. 175-179.
9. Little F.B., Koufman J.A., Kohut R.I. et al. *Effect of gastric acid on the pathogenesis of subglottic stenosis*. In: Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 1985; nr. 94, p. 516-519.
10. Koufman J.A. *The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease*. In: Laryngoscope, 1991; nr. 101 (Suppl 53), p. 1-78.
11. Jindal J.R., Milbrath M.M., Hogan W.J. et al. *Gastroesophageal reflux disease as a likely cause of "idiopathic" subglottic stenosis*. In: Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 1994; nr. 103, p. 186-191.
12. Chodosh P. *Gastro-esophageal-pharyngeal reflux*. In: Laryngoscope, 1977; nr. 87, p. 1418-1427.
13. Bortolotti M. *Laryngospasm and reflex central apnea caused by aspiration of refluxed gastric contents in adults*. In: Gut, 1989; nr. 30, p. 233-238.
14. Delahunty J.E. *Acid laryngitis*. In: J. Laryngol. Otol., 1972; nr. 86, p. 335-342.
15. Glanz H., Kleinsasser O. *Chronische laryngitis und carcinom [with English abstract]*. In: Arch. Otorhinolaryngol., 1976; nr. 212, p. 57-75.
16. Ward P.H., Hanson D.G. *Reflux as an etiological factor of carcinoma of the laryngopharynx*. In: Laryngoscope, 1988; nr. 98, p. 1195-1199.
17. Morrison M.D. *Is chronic gastroesophageal reflux a causative factor in glottic carcinoma?* In: Otolaryngol. Head. Neck. Surg., 1988; nr. 99, p. 370-373.
18. Oson N.R. *Effects of stomach acid on the larynx*. In: Proc. Am. Laryngol. Assoc., 1983; nr. 104, p. 108-112.
19. Wiener G.J., Cooper J.B., Wu W.C. et al. *Is hoarseness an atypical manifestation of gastroesophageal reflux (GER)? An ambulatory 24-hour pH study [abstract]*. In: Gastroenterology, 1986; nr. 90A, p. 1691.
20. Wiener G.J., Koufman J.A., Wu W.C. et al. *The pharyngo-esophageal dual ambulatory pH probe for evaluation of atypical manifestations of gastroesophageal reflux (GER)*. In: Gastroenterology, 1987; nr. 92, p. 1694.

Lilia Scutelnic,

Catedra Otorinolaringologie,

USMF Nicolae Testemițanu,

Mob.: 079708534,

E-mail: scutelnic_lilia@yahoo.com

AFECTĂRILE ASOCIATE CU BOLILE INFLAMATORII INTESTINALE

Svetlana ȚURCAN¹, Alina JUCOV¹,

Vitalie ȚURCAN¹, Silvia BĂRCA², Raisa TANASE²,

¹USMF Nicolae Testemițanu, Disciplina Gastroenterologie,

²Spitalul Clinic Republican

Summary

Extraintestinal pathology in inflammatory bowel diseases

The aim of the study was to investigate the frequency and spectrum of extraintestinal pathology associated with inflammatory bowel diseases (IBD) in Moldova – the region with very high incidence of liver and articular disorders. The study was open prospective and included 126 patients with IBD. Diagnosis was confirmed endoscopically and histologically. The most frequent extraintestinal pathology was liver diseases, diagnosed in 30 (23,8%) patients. Arthropathy was diagnosed in 18 (14,3%), skin and mucosal affectations – in 6 (4,8%), ocular affectation – in 4 (3,2%) cases. Extraintestinal manifestations were more frequent in association than as mono extraintestinal disorder – 22 (17,5%) and 12 (9,5%) patients respectively, and the common associations were liver-articular, skin-articular.

It was not revealed significant interrelation between activity/ extention/localization of IBD and severity of extraintestinal manifestation. Exception have made nonspecific reactive hepatitis, peritheral oligoarthritis, and pyoderma gangrenosum which was characteristic for a severe debut of IBD. An essential number of IBD patients have associated extraintestinal pathology (27%). Liver diseases were diagnosed more often and skin and ocular lesions less frequent in comparison with literature data.

Keywords: *inflammatory bowel disease, extraintestinal manifestation*

Резюме

Поражения, ассоциированные с воспалительными заболеваниями кишечника

Целью исследования было изучить частоту и спектр экстраинтестинальной патологии, ассоциированной с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в Молдове – регионе с очень высоким уровнем распространенности патологии печени и суставов. Исследование было проспективным, открытым и включало 126 больных с диагнозом ВЗК, подтвержденным эндоскопически и гистологически. Наиболее частой ассоциированной патологией были заболевания печени, диагностированные у 30 (23,8%) больных. Различные формы артропатий выявлены у 18 (14,3%), поражений кожи и слизистых оболочек – у 6 (4,8%), глаз – у 4 (3,2%) пациентов. Внекишечная