

BOALA DE REFLUX GASTROESOFAGIAN: FACTOR DETERMINANT ÎN PATOLOGIA LARINGELUI

Vasile CABAC¹, Lilia SCUTELNIC²,

¹Catedra Otorinolaringologie, USMF Nicolae Testemițanu,

²Catedra Otorinolaringologie,

Clinica Otorinolaringologie, IMSP SCM Sf. Treime

Summary

Gastroesophageal reflux disease: determining factor in 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. The study included 120 patient with reflux laryngitis, 69 males and 51 females, with a mean age of 42,2±7.5 years, presented for chronic laryngeal symptoms. The patients filled out a standardized questionnaire and were examined laryngoscopically. Conclusion: laryngoscopic changes may suggest the concomitance of GERD in patients with dysphonia.

Keywords: *gastroesophageal reflux disease, reflux laryngitis, laryngopharyngeal reflux*

Резюме

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: определяющий фактор в патологии гортани

Ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) является клиническим недугом различными проявлениями, отличными от проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Повреждение слизистой оболочки гортани может быть результатом рефлюкса гастродуоденального содержимого, будь он хроническим или одиночным инцидентом. Наиболее частыми симптомами являются охриплость, боль в горле, симптом «комка в горле» и хронический кашель. Цель исследования – оценить изменения гортани в связи с ГЭРБ. В исследование были включены 120 пациента (69 мужчин и 51 женщины) с хроническим ларингитом, средний возраст 42,2 ± 7,5 лет, с хроническими симптомами ларингита. Пациенты заполняли стандартную анкету и были исследованы ларингоскопически. Авторы пришли к выводу, что ларингоскопические морфологические изменения могут сопутствовать ГЭРБ у пациентов с дисфонией.

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюксный ларингит, фаринголарингеальный рефлюкс*

Introducere

Chiar dacă majoritatea otolaringologilor sunt conștienți de patologia indusă de boala de reflux gastroesofagian (BRGE), această relație a fost mai intens studiată abia în ultimele două decenii [13, 14]. Otolaringologii au devenit extrem de precauți

la efectuarea examenului clinic ORL în detectarea semnelor de reflux (edem la nivelul mucoasei aritenoidiene și zonei interaritenoidiene), chiar și atunci când se prescrie un tratament pentru laringita cronică. Conform celor mai recente studii, refluxul laringofaringian (RLF) afișează un spectru complex de semne patologice [1, 2, 3, 5].

Laringita de reflux apare ca rezultat al unui flux retrograd al conținutului gastroduodenal acid prin esofag în laringe, rezultând o arsură chimică a mucoasei laringiene. Diagnosticul laringitei de reflux se bazează pe o combinație de simptome și semne laringiene în timpul examinării laringoscopice [4, 7, 8].

Intrarea în esofag se află în spatele aritenozilor, în partea posterioară a laringelui, de aceea aceste zone sunt cele mai afectate de reflux. Laringele prezintă semne de iritație și inflamație, după cum reiese din prezența roșeții (eritem) și umflarea (edem) aritenozilor, a regiunii interaritenoidiene (zona dintre aritenozii, menționată ca glota posterioară, sau, în mod incorect, ca comisura posterioară) și regiunii post-cricoidiene (zona din spatele aritenozilor ce desparte laringele de gura esofagului).

În cazurile mai severe, materialul de reflux poate contacta și alte părți ale laringelui, cauzând eritem și edem al pliurilor vocale și benzilor ventriculare. Prezența edemului corzilor vocale adevărate este extrem de sugestivă pentru LPR, chiar și în lipsa eritemului laringian [6, 9, 10, 11].

Orice activitate care crește presiunea intraabdominală poate exacerba simptomele RLF. Astfel de activități pot fi: ridicarea greutăților, actul sexual, dansul aerobic, vorbitul în public, cântatul și altele.

Simptome legate de reflux și modificări clinice caracteristice BRGE au fost identificate la 4-10% din toți pacienții ce se prezintă la otolaringolog [11, 12, 13] și, cel mai probabil, aceste estimări nu sunt exacte, procentul acestora fiind mult mai mare. În ceea ce privește pacienții cu patologii laringiană, RLF este înrudit cu aceste condiții sau reprezintă un factor etiologic în aproximativ 50% din cazuri [11, 13].

Cele mai frecvente simptome și modificări locale ale laringitei de reflux sunt:

- Disfonie matinală;
- Încălzirea vocii în mai mult de 20-30 minute;
- Halenă;
- Hemaj;
- Xerostomie;
- Limba saburală;
- „Globus faringeus”;
- Disfagie;
- Regurgități ale conținutului gastric;
- Tuse recurentă;
- Laringospasm;
- Exacerbarea astmului bronșic;
- Infecție acută a căilor respiratorii superioare

la copii.

În afară de încălzirea îndelungată a vocii, profesioniștii vocali și actorii pot suferi, de asemenea, și de alte interferențe în practica lor vocală – hemaj frecvent, expectorație abundentă, în special în primele 10-20 de minute de antrenament vocal [15].

Unii autori au observat că pacienții cu laringită de reflux nu prezintă simptome legate de esofagită, precum sunt dispepsia și arsurile la stomac care, de obicei, sunt absente [8, 12, 15].

Prevalența relativ scăzută a esofagitei se datorează mecanismelor proprii de protecție antiacidă ale mucoasei esofagiene din esofagul distal și care includ următoarele:

- Peristaltismul (împingând repede acidul de pe suprafața mucoasei esofagiene);
- Structura mucoasei (tolerarea contactului intermitent cu acidul gastric);
- Capacitatea salivei de a neutraliza acidul gastric.

Cu toate acestea, laringele și faringele nu au astfel de mecanisme de protecție, de aceea expunerea la acid și pepsină poate provoca modificări substanțiale la acest nivel, esofagul nefiind afectat deloc.

Conform datelor preliminare raportate de Axford [14], mucoasa laringelui are un mecanism de apărare celulară diferit de cel de la nivelul mucoasei esofagiene și există diferențe specifice în expresia genei MUC și a anhidrazei carbonice în laringe și în faringe [1, 3, 8].

În cazul în care mucoasa este afectată, fie direct, fie prin intermediul unor mecanisme secundare, sunt induse schimbări la nivelul mucoasei laringelui. Astfel, aceasta poate fi afectată în mod direct prin contactul cu mucoasa laringiană a acidului și pepsinei, ceea ce duce la leziuni ale mucoaselor. Alternativ, iritarea esofagului distal de acidul gastric poate activa un reflex mediat de nervul vag, ceea ce duce la tuse cronică și dureri de compensare, care afectează mucoasa laringelui [13, 14].

Refluxul biliar poate afecta, de asemenea, laringele. În plus, potrivit unor studii recente, există o mulțime de semne de întrebare cu privire la fiziopatologia laringitei de reflux. Unii autori consideră că scăderea factorului de creștere epidermică salivară poate fi asociată cu laringita de reflux [13, 14, 15].

Scopul acestui studiu a fost de a evalua modificările laringiene cauzate de boala de reflux gastroesofagian.

Material și metode

Cazurile incluse în studiu au fost selectate dintre pacienții Clinicii Otorinolaringologie, IMSP SCM *Sfânta Treime*. Material de studiu au fost 120 de pacienți diagnosticați cu laringită cronică, care au

fost divizați în 3 grupuri: I grup – pacienți cu laringită cronică de reflux; II grup – bolnavi cu laringită cronică multicauzală; III grup – pacienții cu patologie benignă laringiană. Pacienții au fost interogați în vederea întocmirii unui chestionar-standard de evaluare a laringitei cronice, provocate de boala de reflux gastroesofagian. Toți pacienții au semnat acordul informat de participare în studiu și au corespuns criteriilor de includere în cercetare.

Analiza statistică a fost realizată folosind platforma SPSS 16,0, pe Windows XP Professional.

Rezultate obținute

Studiul efectuat a inclus 69 de bărbați și 51 de femei, cu o vârstă medie de $42,2 \pm 7,5$ ani și o mediană de vârstă de 43 ani, ce prezentau simptome laringiene cronice, cu vârste cuprinse între 25 și 68 de ani.

Analiza modificărilor laringiene a relevat prevalența modificărilor în zona interaritenoidiană ($p < 0,001$), precum și ale corzilor vocale, urmate îndeaproape de schimbări la nivelul aritenozilor, benzilor ventriculare, precum și al mucoasei laringiene în general (*vezi tabelul*).

Sensibilitatea de diagnostic în timpul laringoscopiei pentru alterările laringiene a fost de peste 50% pentru 8 din cele 10 semne laringiene suspectate a avea loc ca urmare a acțiunii refluxului gastric.

Edemul interaritenoidian și al aritenozilor, urmat de edemul și eritemul corzilor vocale au fost modificările cu cea mai mare sensibilitate (81-95%).

Modificările laringiene (fibrolaringoscopie)

Alterări laringiene	Lotul de studiu	
	Media aritmetică	Deviația-standard
Edem/eritem aritenoidian	15,08	1,09
Edem/eritem interaritenoidian	16,14	1,15
Edem/eritem al corzilor vocale	15,67	1,06
Edem/eritem al benzilor ventriculare	14,96	1,07
Edem/eritem laringian	14,12	0,81

Notă: $p < 0,001$

Discuții

Conform datelor studiului, modificările morfologice laringiene au fost mai frecvente la nivelul spațiului interaritenoidian și corzilor vocale ($p < 0,001$), urmate de suprafața aritenozilor și benzilor ventriculare, atât înainte, cât și după tratament. Edemul interaritenoidian și aritenoidian, urmat de edemul și eritemul corzilor vocale s-au dovedit a fi modificările cu cea mai mare sensibilitate (83-97%) [14, 15].

În ciuda numeroaselor studii privind specificitatea simptomelor de reflux, a celor menționate mai sus, precum și a altor date din literatură [13, 14, 15], se atestă lipsa datelor obiective care să susțină

semnificația diferitor plângeri și modificări locale laringiene (ca urmare a testelor efectuate) în ceea ce privește diagnosticul. Această problemă a apărut în rezultatul lipsei unui consens în ceea ce privește tabloul "normal" printre grupurile de pacienți incluși în sondaj. Dezbaterile interdisciplinare (în special, între otorinolaringologie și gastroenterologie), precum și chestionarele multicentrice sunt necesare pentru a determina cu exactitate sensibilitatea și specificitatea rezultatelor frecvent asociate cu reflux laringofaringian, precum și impactul RLF asupra calității vieții și stării generale de sănătate.

Concluzii

Pacienții care prezintă simptome de laringită de reflux trebuie să fie tratați în mod multidisciplinar (otorinolaringolog / gastroenterolog). Diagnosticul pozitiv necesită metode de testare moderne și precise: laringoscopie flexibilă endoscopică, monitorizarea pH-ului, studiul impedanței esofagiene, endoscopie superioară gastrointestinală.

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

Bibliografie

1. Book D.T., Rhee J.S., Toohill R.J., Smith T.L. *Perspectives in laryngopharyngeal reflux: an international survey*. In: Laryngoscope, 2002; nr. 112, p. 1399-1406.
2. Lenderking W.R., Hillson E., Crawley J.A., Moore D., Berzon R., Pashos C.L. *The clinical characteristics and impact of laryngopharyngeal reflux disease on health-related quality of life*. In: Value Health, 2003; nr. 6: p. 560-565.
3. Carrau R.L., Khdir A., Crawley J.A., Hillson E.M., Davis J.K., Pashos C.L. *The impact of laryngopharyngeal reflux on patient-reported quality of life*. In: Laryngoscope. In press.
4. Halum S.L., Postma G.N., Johnston, Belafsky P.C., Koufman J.A. *Patients with isolated laryngo-pharyngeal reflux are not obese*. In: Laryngoscope, 2005; nr. 115(6), p. 1042-1045.
5. Koufman J.A., Amin M.R., Panetti M. *Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders*. In: Otolaryngol. Head Neck Surg., 2000; nr. 123, p. 385-388.
6. Book D.T., Rhee J.S., Toohill R.J., Smith T.L. *Perspective in laryngopharyngeal reflux: an international survey*. In: Laryngoscope, 2002; nr. 112 (8 pt 1), p. 1399-1406.
7. Vaezi M.F. *Ear, nose, and throat manifestations of gastroesophageal reflux disease*. In: Clin. Perspect. Gastroenterol., 2002; nr. 5(6), p. 324-328.
8. Siupsinskiene N., Adamonis K., Toohill R.J. *Quality of life in laryngopharyngeal reflux patients*. In: Laryngoscope, 2007; nr. 117, p. 480-484.
9. Roy N., Merrill R.M., Thibeault S., Parsa R.A., Gray S.D., Smith E.M. *Prevalence of voice disorders in teachers and the general population*. In: J. Speech Lang. Hear. Res., 2004; nr. 47(2), p. 281-293.
10. Smit C.F., van Leeuwen J.A., Mathus-Vliegen L.M. et al. *Gastropharyngeal and gastroesophageal reflux in globus and hoarseness*. In: Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg., 2000; nr. 126, p. 827-830.
11. Johnston N., Bulmer D., Gill G.A. et al. *Cell biology of laryngeal epithelial defenses in health and disease: further studies*. In: Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 2003; nr. 112, p. 481-491.
12. Adhami T., Goldblum J.R., Richter J.E., Vaezi M.F. *The role of gastric and duodenal agents in laryngeal injury: an experimental canine model*. In: Am. J. Gastroenterol., 2004; nr. 99(11), p. 2098-2106.
13. Shaker R., Bardan E., Gu C. et al. *Intrapharyngeal distribution of gastric acid refluxate*. In: Laryngoscope, 2003; nr. 113, p. 1182-1191.
14. Axford S.E., Sharp N., Ross P.E. et al. *Cell biology of laryngeal epithelial defenses in health and disease: preliminary studies*. In: Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 2001; nr. 110, p. 1099-1108.
15. Galli J., Calo L., Agostino S. et al. *Bile reflux as possible risk factor in laryngopharyngeal inflammatory and neoplastic lesions*. In: Acta Otorhinolaryngol. Ital., 2003; nr. 23, p. 377-382.

Vasile Cabac, dr. med., conferențiar universitar
Tel.: (022)44-50-61