

Boala de reflux gastro-esofagian (BRGE)

Importanță: afecțiune frecventă. După unele studii cea mai frecventă afecțiune întâlnită în ambulator. 10 % din populație ar avea arsuri retrosternale zilnic iar 15% cel puțin o dată pe săptămână. Obezitatea, hernia hiatală și gravitatea sunt factori de risc importanți pentru dezvoltarea BRGE.

Definiție: Totalitatea simptomelor clinice și/sau modificările morfologice induse de refluxul gastroesofagian. BRGE cuprinde toate situațiile în care refluxul gastroesofagian produce simptome supărătoare și/sau complicații. Această din urma definiție a fost necesară

deoarece astăzi BRGE este concepută ca un set de sindroame care cuprinde manifestări esofagiene și extraesofagiene (Tabelul I).

Tabelul I.

Sindroame	Entități clinice
Sindroame esofagiene	
<i>simptomatice</i>	Sindromul tipic de reflux Sindromul durerii precordiale
<i>cu leziuni esofagiene</i>	Esofagita de reflux Esofagul Barret Stricturile esofagiene post reflux Adenocarcinomul esofagian
Sindroame extraesofagiene	
<i>asociere stabilită cu refluxul</i>	Tusea de reflux Laringita Astmul Eroziunile dentar
<i>asociere bănuită (propusă)</i>	Faringita, sinuzita, fibroza pulmonară idiopatica, otita medie recurentă

Severitate: depinde de severitatea, frecvența și persistența simptomelor. Sunt descrise forme ușoare: simptomele nu afectează activitatea pacienților, au intensitate mică-moderată și apar episodic: mai puțin de 3 episoade pe săptămână. Formele medii și grave se caracterizează prin apariția frecventă (mai mult de 3 ori pe săptămână sau zilnic), intensitatea simptomelor apreciabilă, apariția nocturnă cu răsunet asupra calității vieții, împiedică randamentul activității.

Manifestări clinice:

BRGE cu manifestări *esofagiene*: arsură retrosternală (pirozis) cel mai frecvent simptom (75% din cazuri), regurgitări acide, disfagia denotă de regulă complicații (stenoză), dureri (ulcer esofagian)

BRGE cu manifestări *cardiace* (durere anginoasă de origine esofagiană- non cardiac chest pain) durere retrosternală cu caracter anginos dar apariție ades

postprandial și în timpul unor eforturi ce implică creșterea presiunii abdominale (aspirat, săpat în grădină etc).

BRGE cu manifestări *pulmonare*: tuse seacă (la nefumatori), persistentă, astm bronic, răgușeală, sforăit nocturn, eroziuni dentare, fibroză pulmonară (probabil la unele cazuri cu reflux dovedit).

Diagnostic

Analiza manifestărilor clinice.

Endoscopia: necesară:

- în prezența semnelor de alarmă: anemie, hemoragie, scădere din greutate, durere, disfagie, vîrsta peste 50 ani nu constituie singură un criteriu de investigare endoscopică

- în formele severe, rezistente la tratament

Endoscopia face diagnosticul:

- *esofagitei*: consecința morfopatologică a refluxului gastro-esofagian.

Formele endoscopice de esofagită se clasifică după sistemul Los Angeles (LA): LA clasa A: denudări sun 5mm localizate strict pe pliuri; LA clasa B: denudări mai mari de 5mm localizate strict pe pliu. LA clasa C: cel puțin o denudare coboară între pliuri, denudările nu acoperă mai mult de 75% din circumferință; LA clasa D: ca și C dar leziunile depășesc 75 % din circumferință.

- *complicațiilor* refluxului sau esofagitei: stenoze, ulcere esofagiene, esofag Barrett, cancer esofagian

pH-metria ambulatorie: se utilizează în cazurile severe, ce nu răspund la tratament, în lipsa modificărilor endoscopice. Este utilă în demonstrarea originii BRGE în manifestările extraesofagiene

Refluxul gastroesofagian poate fi acid, slab acid (mai rezitent la tratament) sau alcalin (în esofagul Barrett)

Impedanța electrică este utilă în demonstrarea existenței refluxului în manifestările extraesofagiene. Refluxul poate fi abundent, minim, scurt, gazos. Nu este accesibilă în România.

Tratament

Modificarea stilului de viață (somnul cu capul mai ridicat, alimentația de seara cu două ore înainte de culcare, masticăția bună, reducerea consumului de grăsimi, lichide gazoase, alcool, cafea, ciocolată) are efecte limitate asupra simptomatologiei dar își păstrează valoarea ca măsuri adjuvante pentru consolidarea efectului terapeutic și prevenirea recidivelor. Controlul permanent al greutății corporale și, eventual, scăderea de în greutate au valoare practică dovedită.

Antiacidele, îndeosebi cele cu conținut de alginat au efect prompt asupra simptomelor. Sunt utilizate adesea ca automedicație sau ca adjuvant.

Prokineticele nu și-au dovedit eficiența și nu sunt indicate în tratamentul BRGE.

Inhibitorii receptorilor H2 au efecte mai reduse și de durată mai scurtă în combaterea acidității gastrice. Sunt utilizați ca automedicație sau în combinație cu IPP

Inhibitorii pompei de protoni (IPP) constituie medicația de elecție în BRGE. Sunt utilizate următoarele preparate (tabelul II):

Tabelul II

Preparatul (DCI)	Doza uzuală
Esomeprazol	40 mg
Pantoprazol	40 mg
Omeprazol	40 mg
Lansoprazol	30 mg

Administrarea medicamentului: dimineața cu 30-60 minute înainte de micul dejun.

Durata tratamentului pentru faza acută este de 6-8 săptămâni.

Lipsa de răspuns implică *dublarea dozei de IPP* și ,eventual, revizuirea diagnosticului. A doua doză de IPP(sau Inhibitor H2) se administrează seara.Doza dublă este ,in general necesară, pacienților cu manifestări extraesofagiene.

Tratamentul de întreținere se poate efectua în trei modalități:

-tratament de *lungă durată*. Este aplicabil formelor severe, recidivante, la pacienții cu esofagite clasa C și D LA, la pacienții cu Esofag Barrett.In general se utilizeaza jumătate din doză.

-tratamentul *intermitent*. Medicația se administrează cu scop preventiv la intervale de timp variabile în condiții în care pacientul consideră posibilă reparația simptomelor (abuzuri alimentare,consum de alimente cu efect favorizant al refluxului: ciocolată,lichide gazoase, grasimi,graviditate etc).Se administrează pe durata a 7-10 zile.

-tratamentul „ *on demand*”(la nevoie). Medicamentele se utilizează în momentul reapariției simptomelor.Durata adminstrării este de 7-10 zile după dispariția acuzelor.

Tratamentul empiric înseamnă administrarea terapiei BRGE la pacienți ambulatori fără efectuarea investigațiilor specifice (endoscopia indeosebi). Aceasta strategie,

Perfect justificată economic, se poate aplica pacienților care nu prezintă simptome de alarmă. Dacă acuzele nu au dispărut după 2 săptămâni de tratament corect condus se indică explorarea de specialitate.

Tratamentul chirurgical (antireflux) este o alternativă la tratamentul de lungă durată. Este indicat în formele severe,recidivante,greu influențabile medicamentos.

Indicația este întărită de existența herniei hiatale.

Metodele endoscopice antireflux nu sunt încă validate de timp.