



BOALA DE REFLUX GASTROESOFAGIAN LA ADULT

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) este o maladie cronică, condiționată de retrogradarea conținutului gastro-duodenal în sens proximal spre esofag și/sau organele adiacente, rezultând cu un spectru de simptome cu/fără leziuni tisulare.

**Codul bolii (CIM 10): K-21.0 – BRGE cu esofagită (esofagita de reflux).
K-21.9 – BRGE fără esofagită.
Reflux esofagian fără detalizare.**

Noțiuni importante

- **Refluxul gastroesofagian (RGE)** - fenomen fiziologic de trecere a conținutului gastric în esofag care devine patologic atunci când mecanismele antireflux sunt incompetente.
- **Esofagita de reflux (ER)** - leziuni ale mucoasei din partea distală a esofagului, condiționate de RGE (acțiunea sucului gastric și/sau a conținutului intestinal).
- **Esofagul Barrett (EB)** - stare patologică dobândită (complicație a BRGE), caracterizată prin metaplazie de celule intestinale specializate a epitelului esofagian squamos în esofagul distal.

Clasificarea

BRGE fără esofagită.

BRGE cu esofagită (ER).

Clasificarea endoscopică a esofagitei de reflux (Los-Angeles, 1998)

- A** Leziunile unice de mucoasă ≤ 5 mm.
- B** Leziunile unice ale mucoasei > 5 mm, nu se extind între pliurile mucoasei.
- C** Leziunile multiple se extind între pliurile mucoasei, implică $< 75\%$ din circumferința esofagului.
- D** Leziunile multiple implică $> 75\%$ din circumferința esofagului.

Factorii de risc

- **Alimente:** condimente, mentă, citrice, roșii, ceapă, usturoi, alcool, grăsimi, ciocolată.
- **Consum de medicamente** ce scad tonicitatea sfincterului esofagian inferior (anticolinergice, xantine, nitrați, benzodiazepine, opiați).
- **Particularități ale stilului de viață:** sedentarism, mese copioase înainte de somn, tabagism, situații în care crește presiunea intraabdominală (obezitate, sarcină, ridicare a greutăților, constipații etc).

Profilaxia primară

Promovarea modului sănătos de viață

- Evitarea supraalimentației și a meselor înainte de somn.
- Menținerea masei corporale optime (IMC 18,5 – 25 kg/m²).
- Evitarea abuzului de alcool.
- Abandonarea fumatului.
- Optimizarea/evitarea consumului de medicamente ce favorizează RGE.

Profilaxia secundară

Scopul - reducerea frecvenței recidivelor, prevenirea progresării bolii și a complicațiilor.

- Managementul adecvat al pacienților cu BRGE.
- Tratamentul maladiilor care favorizează RGE.

Screening-ul

- Screening-ul în populație al BRGE nu este recomandat.
- Persoanelor cu **simptome de reflux** (pirozis și/sau regurgitații) se efectuează FEGDS.
- În **grupele de risc** epidemiologic (prezența semnelor de alarmă, vârsta > 50 ani, durata simptomelor > 10 ani) se efectuează screening-ul Esofagului Barrett.

Manifestările clinice

Simptome tipice

- Pirozis
- Regurgitații acide

Simptome atipice

- Tuse cronică.
- Dureri în gât recurente.
- Pierderi de smalt dentar.
- Senzație de globus.
- Accese de sufocare.
- Laringite recurente.
- Stenoza subglotică.
- Durere toracică.

Simptome de alarmă sugestive pentru complicațiile BRGE

- Disfagie.
- Sîngerări gastrointestinale.
- Scădere ponderală.
- Debut al simptomelor după vârsta de 50 ani.
- Odinofagie.
- Anemie sideropenică.
- Vomă.

Examenul clinic

- Examenul clinic este lipsit de semne patognomonice pentru BRGE.
- **Sugestive** diagnosticului de BRGE la un pacient cu pirozis sunt: obezitatea, sarcina, deformații ale cutiei toracice.

Examenul paraclinic

- EGDFS (dacă sunt semne de alarmă, vârsta > 50 ani, durata simptomelor > 10 ani, lipsa răspunsului la tratament empiric cu IPP de 2 săptămîni).

La necesitate (riscul complicațiilor, maladiilor asociate, diagnostic diferențial):

- Analiza generală a sîngelui, ECG.

Referirea la specialist

- Ineficiență a tratamentului antireflux standard.
- Recidive frecvente.
- BRGE cu esofagite severe.
- BRGE cu complicații sau cu risc pentru complicații.
- Prezență a semnelor de alarmă.
- BRGE cu manifestări atipice și extraesofagiene.
- BRGE primar depistată la vârsta după 50 ani.
- Durată a simptomelor mai mult de 10 ani.
- Necesitatea deciziei de eligibilitate pentru chirurgie antireflux.

Criteriile de spitalizare

- Complicații ale BRGE (stenoză esofagiană, EB, ulcere esofagiene, cancer de esofag, hemoragie digestivă superioară, perforație).
- Maladii asociate BRGE (accese de astm necontrolate medicamentos, durere toracică retrosternală nonresponsivă la tratament).
- Necesitatea tratamentului chirurgical/endoscopic antireflux.
- Necesitatea efectuării procedurilor diagnostice și terapeutice care nu pot fi executate în condițiile de ambulator (chirurgie antireflux etc.)

Tratamentul

Măsurile generale - recomandări pentru modificarea stilului de viață

- Alimentație rațională, evitare a meselor abundente.
- Evitare a alimentelor și medicamentelor ce favorizează refluxul.
- Evitare a decubitului 2 ore postprandial, poziție ridicată în timpul somnului.
- Menținere a greutății corporale în limitele optime.
- Reglare a tranzitului intestinal.
- Renunțare la fumat.

Principii generale ale tratamentului medicamentos

Strategia cea mai folosită și recomandată la pacienții cu BRGE este tratamentul cu **IPP pe o durată de 8-12 săptămâni în doza matinală**, care poate fi urmat de un tratament de menținere.

- Tratament cu IPP - o dată/zi, dimineața cu 30-60 min. înainte de prima masă.
- Pacienților cu răspuns parțial, semne nocturne și/sau somn dereglat – IPP 2 ori/zi (suplimentar - doză de seară/revizuirea timpului de administrare).
- Non-responderii la IPP – referire la gastroenterolog.
- Tratament de menținere cu IPP – în caz de persistență a simptomelor după finisarea IPP și în caz de complicații, inclusiv ER și EB.
- Pacienților ce necesită tratament cu IPP de durată – IPP în doză minimală-eficientă, inclusiv tratamentul on-demand (la necesitate) sau intermitent.
- Tratament de menținere cu H2-histaminolitice – în caz de persistență a piroziselui, refluxului nocturn (în asociere cu IPP).
- IPP pot fi folosite în sarcină dacă au indicații clinice.

Grupuri de preparate antisecretoorii și regimuri de dozare

IPP		H2-histaminolitice
● Omeprazol – 20/40 mg (doza matinală/doza dublă)	● Pantoprazol – 40/80 mg	● Ranitidină – 150/300 mg
● Esomeprazol – 20/40 mg	● Rabeprazol – 20/40 mg	● Famotidină – 20/40 mg
	● Lansoprazol – 30/60 mg	

Supravegherea

Supravegherea se va efectua în comun cu medicul specialist gastroenterolog.

Volumul de investigații și frecvența examenelor în funcție de severitate, complicații, boli asociate

- Pacienții cu BRGE cu simptome **tipice** (pirozis, regurgitații acide), **fără semne de alarmă**, în lipsa simptomelor atipice și fără suspecție la complicații, **care răspund** la tratamentul empiric **nu necesită supraveghere specială**.
- Pacienților care nu răspund la terapia acid-supresivă, cu istoric cronic de BRGE și risc de complicații, se recomandă EGDFS - 1 dată/2 ani.
- Pacienților cu simptome de alarmă, sugestivi pentru a avea complicații se recomandă EGDFS, teste imagistice.
- Pacienților cu EB fără displazie se recomandă EGDFS 1 dată/1 an.
- Pacienților cu EB cu displazie se recomandă EGDFS 1 dată/6 luni.

Complicațiile

- Stenoză esofagiană benignă.
- Esofag Barrett.
- Ulcere esofagiene.
- Cancer de esofag.
- Hemoragie digestivă superioară.
- Perforație.

Prognosticul

- În BRGE necomplicată prognosticul este favorabil.
- Riscul dezvoltării Esofagului Barrett este de 5-10%. Adenocarcinomul esofagian este posibil să se dezvolte la 1-3% din bolnavii cu Esofag Barrett.

Abrevieri:

BRGE - Boală de reflux gastroesofagian

ER - Esofagită de reflux

EB - Esofag Barrett

EGDFS - Esofagogastroduodenofibroscopie

ECG - Electrocardiograma

IPP - Inhibitori ai pompei de protoni

IMC - Indicele masei corporale

RGE - Reflux gastroesofagian