



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA



RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

PRACTICĂ MEDICALĂ

Management

Refluxul gastroesofagian la sugari și copii – algoritm de abordare în practica medicului de familie

Dr. Ramona Maria Pocan^{1,4,5}, Dr. Emiliana Costiug^{2,5}, Conf. univ. dr. Aida Puia^{2,3,5}

¹ Regina Maria - Rețeaua de Sănătate, Cluj-Napoca, România, ²Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, ³Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca Iuliu Hațieganu, România, ⁴Gastroenterologie, ⁵Medicină de familie

Primit: 19.08.2024 • Acceptat pentru publicare: 3.09.2024

Rezumat

Refluxul gastroesofagian la sugari este un motiv de prezentare frecventă în cabinetul medicului de familie. Acesta reprezintă un factor de îngrijorare pentru părinți dar și o provocare pentru medicul de familie în ceea ce privește diagnosticul diferențial, tratamentul și momentul în care pacientul trebuie trimis mai departe spre specialist.

Un reflux gastroesofagian necomplicat se tratează conservator, prin măsuri non-farmacologice, cu răspuns favorabil în marea majoritate a cazurilor. Pentru cazurile refractare se ridică suspiciunea unei intoleranțe la proteina laptelui de vacă, recomandarea fiind de excludere acesteia din dieta mamei, sau înlocuirea formulei de lapte praf cu una intens hidrolizată. Pentru copii mai mari de 12 luni se poate încerca o cură de tratament cu inhibitori ai pompei de protoni pentru 4-8 săptămâni.

Cazurile care nu se rezolvă cu această abordare, precum și cazurile care prezintă semne și simptome de alarmă, vor fi îndrumate spre medicul specialist gastroenterolog pediatru, pentru investigații suplimentare. Gastroscopia și PH-metria sunt utilizate pentru diagnosticul complicațiilor bolii de reflux gastroesofagian.

În urma analizării ghidului EPSGHAN am realizat o schemă de abordare a acestei patologii care poate fi folosită la nivelul cabinetului de medicină de familie, pentru a facilita o abordare unitară a acestei patologii.

Cuvinte cheie: *reflux gastroesofagian, algoritm de abordare, medic de familie*

MEDICAL PRACTICE

Management

Gastroesophageal reflux in infants and children – an algorithm approach in family physician practice

Abstract

Gastroesophageal reflux in infants is a common reason for visits to the family doctor's office. It represents a concern for parents and a challenge for the family doctor in terms of differential diagnosis, treatment, and determining when to refer the patient to a specialist.

Uncomplicated gastroesophageal reflux is treated with non-pharmacological measures, with a favourable response in the vast majority of cases. For refractory cases, there is a suspicion of cow's milk protein intolerance, and it is recommended to exclude it from the mother's diet or replace the formula with an extensively hydrolysed one. For children older than 12 months, a 4-8 week course of treatment with proton pump inhibitors can be tried.

Cases that do not resolve with this approach, as well as those presenting alarm signs and symptoms, will be referred to a paediatric gastroenterologist for further investigations. Gastroscopy and pH monitoring are used to diagnose complications of gastroesophageal reflux disease.

Following an analysis of the ESPGHAN guidelines, we have developed an approach scheme for this pathology that can be used at the family doctor's office to facilitate an equal approach.

Keywords: *gastroesophageal reflux, approach algorithm, family doctor*

Introducere

Refluxul gastroesofagian este foarte frecvent întâlnit în practica medicului de familie, cifrele situându-se la peste 40% dintre sugari. Cu toate că există ghidul ESPGHAN, European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, din 2018 (1), diagnosticul și tratamentul refluxului și a bolii de reflux gastroesofagian sunt insuficient aplicate în practica zilnică. Scopul acestui articol este să propună un algoritm de abordare a acestei patologii în cabinetul medicului de familie, pentru a facilita o practică unitară conformă cu recomandările actuale.

Materiale și metodă

Datele prezentate sunt în cea mai mare parte bazate pe recomandările ghidului ESPGHAN, însă au fost consultate și alte ghiduri și articole relevante pentru subiectul abordat. În urma studiului datelor din literatură, am conceput un algoritm de abordare a celor mai frecvente situații existente în practica zilnică a medicului de familie privind refluxul și boala de reflux gastroesofagian (RGE).

Refluxul gastroesofagian

RGE este un proces fiziologic la sugari, copii și adulți tineri, când conținutul din stomac trece în esofag. Se întâmplă mai ales după mese și este de obicei asimptomatic. Cauza este imaturitatea sfincterului esofagian inferior. La copiii sub 1 an, regurgitățile sunt

frecvent exteriorizate și vizibile. Regurgitățile care nu ajung în gură și nu sunt vizibile se numesc reflux silențios.

Părinții trebuie asigurați că RGE este foarte frecvent întâlnit. De obicei apare înainte de 8 săptămâni de viață, atinge maximum la aproximativ 4 luni și se rezolvă de la sine în majoritatea cazurilor (>90%) până la vârsta de 1 an. Uneori, în 5% din cazuri, regurgitățile exteriorizate pot fi frecvente, însemnând peste 6 episoade/zi.

Pentru majoritatea cazurilor de RGE diagnosticul este unul clinic, bazat pe anamneză și examen obiectiv, iar investigațiile paraclinice nu sunt necesare.

Măsurile conservatoare pot fi începute empiric. Se recomandă de primă intenție: modificarea frecvenței și a volumului meselor și poziția verticală după masă. La copiii hrăniți artificial se încearcă schimbarea formulei cu o formulă îngroșată anti-reflux.

În lipsa unei îmbunătățiri după măsurile conservatoare, se încearcă o cură de 2-4 săptămâni cu formulă de lapte cu proteine extensiv hidrolizate, deoarece alergiile la proteina din laptele de vacă poate mima simptomele RGE. La copiii alăptați se recomandă excluderea laptelui de vacă din dieta mamei. Dacă simptomele se îmbunătățesc cu aceste măsuri, se consideră probabilă o alergie la proteina din laptele de vacă și se continuă cu dieta până la vârsta de 1 an.

Deși unele studii au încercat să demonstreze beneficiile unor metode alternative (2), ghidul EPSGHAN nu recomandă masajul, prebiotice, probiotice sau tratamente naturiste (ex: ulei de ricin, semințe de chimen, ulei de cocos, mentă, mușetel). La sugari, singura poziție de somn recomandată este în supinație (3,4).

Boala de reflux gastroesofagian

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) se definește când RGE este însoțit de simptome supărătoare sau când produce complicații care pot fi evidențiate prin metode paraclinice. La sugari unele dintre semnele clinice sunt: iritabilitate, plâns, eșecul creșterii în greutate, tulburări de somn, sughiț, arcuirea spatelui (sindrom Sandifer). Pentru copiii mai mari, simptomele supărătoare sunt aceleași ca și la populația adultă: regurgități, pirozis.

Alte patologii cu care trebuie făcut diagnostic diferențial sunt:

- Neurologice: hematom subdural, hemoragie intracraniană, masă tumorală intracraniană, hidrocefalie;
- Infecțioase: meningita, otita, hepatita, infecția de tract respirator superior sau inferior, infecție urinară, sepsis;
- Metabolice: galactozemie, intoleranța la fructoză congenitală, acidoza metabolică, criza adrenală;
- Altele: intoxicații, insuficiența renală, sindromul de ruminație, sindromul de vărsătură ciclică, copil abuzat sau neglijat.

Tratament farmacologic

În cazul în care măsurile non farmacologice menționate anterior sunt insuficiente, pentru copiii sub 1 an, se recomandă consult la gastroenterologul pediatric. Totuși, ghidul National Institute for Health and Care Excellence (NICE) din 2015 (5) recomandă o cură de 1-2 săptămâni cu alginat, înaintea adresării la specialist. Dacă tratamentul este eficient, se continuă până la 2-3 luni și se încearcă periodic întreruperea lui.

Particularitatea la copiii de peste 1 an este că, în prezența simptomelor tipice (pirozis, regurgități, epigastralgie), se poate încerca o cură de 4-8 săptămâni cu inhibitori de pompă de protoni (IPP). După această cură, se încearcă întreruperea tratamentului.

Antagoniștii receptorilor histaminici (AH2) se recomandă doar dacă IPP nu sunt disponibili sau sunt contraindicați.

Dozele pediatrice de IPP sunt: Esomeprazol 10 mg/zi (dacă greutatea copilului este <20 kg), sau 20 mg/zi (dacă greutatea copilului este >20 kg), Omeprazol 1-4 mg/kg/zi, Pantoprazol 1-2 mg/kg/zi.

Dozele pediatrice de AH2 sunt: Famotidina 1 mg/kg/zi, Nizatidina 10-20 mg/kg/zi, Cimetidina 30-40 mg/kg/zi.

Nu se utilizează în tratament prokineticele (Metoclopramid, Domperidona) sau Eritromicina, excepție făcând Baclofenul, recomandat doar înaintea tratamentului chirurgical.

Indicații de trimitere la specialist

La pacienții fără răspuns sau cu reapariția simptomelor după terminarea tratamentului, se verifică complianța și

diagnosticul diferențial. Se adresează la gastroenterologul pediatric când simptomele sunt refractare la tratament optimal, nu se pot întrerupe definitiv IPP după 6-12 luni de tratament sau sunt prezente semne de alarmă.

Semnele de alarmă pentru o boală subiacentă sunt:

- Regurgități persistente proiectile, nocturne;
- Stagnarea sau scăderea în greutate a copilului;
- Dificultăți de hrănire sau suferință evidentă;
- Vărsături cu sânge sau bilioase;
- Sânge în scaun;
- Diaree cronică;
- Abdomen destins dureros sau masă palpabilă abdominală;
- Debutul refluxului după vârsta de 6 luni;
- Regurgități frecvente și persistente după vârsta de 1 an.

Gastroscoopia cu biopsii se va efectua pentru a investiga complicații ale BRGE, factorii predispozanți sau diagnostice diferențiale, și nu pentru susținerea diagnosticului de BRGE.

În prezența unor simptome persistente și a unei gastroskopii cu biopsii normale, pH-metria cu impedanță este indicată. Aceasta nu se folosește ca metodă unică de examinare. pH-metria se folosește doar în cazul în care nu este disponibilă pH-metria cu impedanță, deoarece aproximativ 50% din episoadele de reflux sunt nonacide (pH>4).

În prezența unor semne de alarmă se pot folosi și alte investigații paraclinice, pentru diagnosticul diferențial.

Tranzitul baritat se folosește pentru a detecta anomalii anatomice: hernia hiatală, stenoza esofagiană, compresiune esofagiană extrinsecă, inel Schatzki, achalazie, stenoză pilorică, malrotație, diverticul antral sau duodenal.

Ecografia abdominală poate diagnostica stenoza pilorică, dar și hernia hiatală, hidronefroza, litiiza biliară, torsiunea ovariană.

Manometria High Resolution poate diagnostica tulburările de motilitate esofagiană.

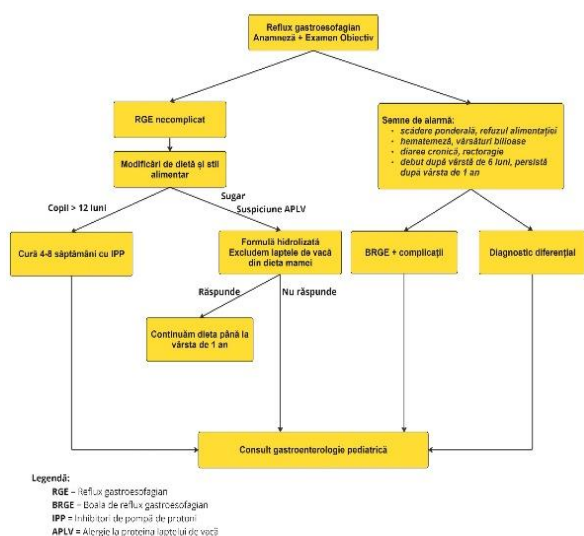
Scintigrafia gastrică poate diagnostica evacuarea gastrică întârziată.

Tratament chirurgical

Cea mai folosită intervenție chirurgicală este fundoplicatura laparoscopică și se folosește în anumite cazuri particulare: simptome refractare la tratament optim, patologii care prezintă risc crescut de complicații (fibroza chistică, patologii neurologice) sau prezența complicațiilor amenințătoare de viață (apnee).

Respectând recomandările prezentate anterior propunem un algoritm de abordare a celor mai frecvente situații existente în practica zilnică a medicului de familie privind RGE și BRGE (figura 1).

Fig. 1. Algoritm de abordare cabinetul medicului de familie



Concluzii

Majoritatea cazurilor de RGE la sugari pot fi gestionate la nivelul cabinetului de medicină de familie prin măsuri non-farmacologice.

Educația părinților/îngrijitorilor face parte din managementul RGE.

În cazul unor semne de alarmă sau pacienți refractari la tratament, aceștia vor fi îndrumați spre cabinetul gastroenterologului pediatric.

Nu se recomandă cura cu inhibitori de pompă de protoni pentru stabilirea diagnosticului de RGE.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Bibliografie

1. Rachel Rosen MD, MPH1, Yvan Vandenplas MD et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology,

Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2018. Available from: https://www.espgan.org/knowledge-center/publications/Gastroenterology/2017_Pediatric_Gastroesophageal_Reflux_Clinical_practice_guidelines

2. Neu M, Pan Z, Workman R, Marcheggiani-Howard C, Furuta G, Laudenslager ML. Benefits of massage therapy for infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *Biological Research for Nursing* 2014;16(4):387-97. Available from: doi: 10.1177/1099800413516187. Epub 2013 Dec 30. PMID: 24379449.
3. American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116 (5):1245–1255.
4. Moon RY. *How to Keep Your Sleeping Baby Safe: AAP Policy Explained*. Available from: <https://health.ucdavis.edu/children/patient-education/safe-sleep/myths-about-safe-sleeping-practices> [Accessed 31th August 2024].
5. Davies I, Burman-Roy S, Murphy MS. Guideline Development Group. Gastro-oesophageal reflux disease in children: NICE guidance. *BMJ*. 2015;350:g7703. Available from: doi: 10.1136/bmj.g7703. PMID: 25591811; PMCID: PMC4707563.