

REABILITAREA PACIENŢILOR CU ENTEROPATIE GLUTENICĂ

Valeriu ISTRATI – dr. hab. şt. med., prof. univ.,

Vasilii ANDREEV - dr. hab. şt. med., prof. univ., “Om Emerit”,

Ion ȚÎBÎRNĂ - dr. hab. şt. med., prof. univ.,

Ghenadie BEZU – dr. şt. med., conf. univ.

Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie “Nicolae Testemiţanu”

Rezumat. În articol, la nivel ştiinţific contemporan, sunt elucidate epidemiologia, etiologia, patogenia, clasificarea, tabloul clinic cu variante şi stadii de evoluţie, complicaţiile, diagnosticul, inclusiv diagnosticul diferenţial, măsurile de reabilitare în condiţii de staţionar şi de ambulatoriu (profilaxia acutizărilor), incapacitatea de muncă atât temporară, cât şi de lungă durată până la stabilirea gradului dizabilităţii şi capacităţii de muncă în enteropatia glutenică.

Cuvinte-cheie: enteropatie glutenică, etiologie, patogenie, tablou clinic, diagnostic, reabilitare, incapacitate de muncă.

Summary. Rehabilitation of the patients with gluten enteropathy

The article treats, on a contemporary scientific level, the problems of incidence, causes, pathogenesis, classification and the clinical picture with variants and stages of development, complications, outcomes but also diagnosis including the differential one – all these in the diseases of internal organs, of the skeletal and muscular systems and of the connective tissues.

The work also examines the rehabilitation measures in the hospital and ambulatory conditions (prevention of complications), the problems of disability – temporary or long – term and determining the degree of limited potentialities and working capacities with gluten enteropathy.

Key-words: gluten enteropathy, etiology, pathogenesis, clinical, diagnosis, rehabilitation, employment.

Резюме. Реабилитация больных с глютеневой энтеропатией

В статье, на современном научном уровне, отражены вопросы распространенности, причин, патогенеза, классификации, клиники со стадиями течения и осложнений, исхода, диагностики, в том числе и дифференциальной, реабилитационных мероприятий в больничных и поликлинических (профилактика обострений) условиях, нетрудоспособности как временной, так и продолжительной вплоть до определения степени ограничения возможностей и трудоспособности при глютеневой энтеропатии.

Ключевые слова: глютеневая энтеропатия, этиология, патогенез, клиника, диагностика, реабилитация, нетрудоспособность.

Enteropatia glutenică (celiachia)

Enteropatia glutenică (EG) se defineşte ca o boală genetic determinată, ce se caracterizează prin atrofie hiperregeneratorie a mucoasei intestinului subţire ca răspuns la gluten (proteina unor graminee: grâu, orz, ovăz, secară) şi se manifestă prin sindrom de malabsorbţie de diferit grad. O gamă largă de afecţiuni şi stări patologice în care se manifestă sindromul de malabsorbţie indirect denotă răspândirea largă a acestui sindrom atât la copii, cât şi la adulţi (A.A.Шептулин, 2008).

Etiologie, patogenie

Cauzele sindromului de malabsorbţie sunt: tulburări congenitale izolate ale transportului unor aminoacizi, monozaharide, acizi graşi, al apei, electroliţilor etc.; boli inflamatorii, sistemice şi tumorale; rezecţii extinse ale intestinului subţire (sindromul intestinului scurt), infestările parazitare. Reducerea absorbţiei anumitor nutrienţi în intestinul subţire se datorează insuficienţei enzimatică izolate la nivelul microvilozităţilor (marginii în perie).

Clasificare

Convenţional, sunt definite următoarele forme de sindrom de malabsorbţie: 1) congenitală, asociată cu enzimopatie congenitală; 2) primară, datorată afecţiunii epitelului de absorbţie al mucoasei intestinului subţire; 3) secundară, asociată cu afectarea unor straturi sau a tuturor straturilor peretelui intestinului subţire, care este mai frecvent întâlnită, decât primele două forme.

Tablou clinic

Primele simptome clinice apar la utilizarea în alimentaţie a alimentelor preparate din culturi de cereale care conţin gluten - terciuri şi pâine. Principala manifestare clinică a sindromului de malabsorbţie este diareea.

Ca urmare a acumulării în lumenul intestinal a particulelor active nesupuse absorbţiei (carbohidraţi, grăsimi nedigerate etc.), creşte volumul maselor fecale, care au un miros neplăcut şi conţin picături vizibile de grăsime (evoluţie uşoară).

Alte simptome clinice importante sunt: scăderea

în greutate, hipoproteinemie, edemele, scăderea nivelului de vitamine, microelemente, calciu, zinc, fier etc. (gravitate medie de evoluție).

În evoluția prelungită și severă a EG, se dezvoltă anemia, insuficiența hormonală suprarenaliană, progresează cașexia, atrofia musculară, apar dereglări psihice.

Dezvoltarea reacțiilor imune conduce la infiltrarea cu celule limfoide și plasmactice a lamei propria a mucoasei intestinului subțire cu atrofia vilozităților.

La efectuarea unui test special de diagnostic se atestă creșterea titrului de anticorpi la gliadină.

Diagnostic, diagnostic diferențial

Diagnosticul se stabilește în baza datelor anamnezei, datelor clinice, investigațiilor de laborator și instrumentale.

Investigațiile de laborator includ: analize de sânge (clinice și biochimice); analiza maselor fecale, inclusiv bacteriologică, testul cu D-xiloză pentru aprecierea funcției de absorbție a intestinului subțire.

Investigațiile instrumentale includ: examinarea radiologică a intestinului subțire (îngroșarea pliurilor mucoasei, anse intestinale oarbe, anastomoze interintestinale, diverticuloze multiple, limfom al intestinului subțire); rectoscopia, colonoscopia, la necesitate endoscopie cu biopsie din regiunile proximale ale intestinului subțire cu cercetarea ulterioară histologică și histochimică (îngroșarea și aplatizarea vilozităților epiteliului de suprafață.)

Metodele suplimentare de examinare includ evaluarea absorbției vitaminei B₁₂ (testul Schilling), acizilor biliari, studierea perfuziei cu introducerea unei sonde în jejun etc.

Diagnosticul diferențial se realizează cu diareea de altă genă:

- secretorie, asociată cu secreția crescută de sodiu și apă în lumenul intestinului, în caz de utilizare de laxative și alte medicamente, în unele tumori;
- osmotică, la administrarea sulfatului de magneziu;
- hiperkinetică, în peristaltism intestinal crescut ca urmare a tulburărilor de reglare nervoasă;
- exsudativă, la acumularea de exsudat inflamator în lumenul intestinal în bolile intestinale inflamatorii;
- infecțioasă, cauzată de *Salmonella*, *Campylobacter*, *Shigella*, *Yersinia*, micobacterii, gonococ, chlamidia, virusuri, protozoare, infecții parazitare;
- neinfecțioasă (rectocolitaulcero-hemoragică, boala Crohn, colita colagenoasă și limfocitară, cancerul colorectal, diverticuloză colonică);

- în afectări ischemice ale intestinului (tromboză, embolie a vaselor mezenterice, accese de angină abdominală etc.);
- medicamentoasă (antibiotice, antiacide);
- funcțională, în sindromul colonului iritabil etc.

Diagnosticul diferențial se efectuează și cu alte boli care au determinat dezvoltarea sindromului de malabsorbție :

- enzimopatiile intestinale, în care apare deficit de lactază (intoleranță la lapte și produse lactate), și în care respectarea unei diete simple, cu excluderea laptelui și produselor lactate duce la o ameliorare semnificativă a stării pacienților;
- sprue tropical - boală cu etiologie necunoscută, care se dezvoltă în timpul aflării în țările tropicale;
- boala Whipple - boală sistemică, cauzată de germenii *Tropheryma Whippeli*, care evoluează cu afectarea intestinului subțire (manifestările caracteristice sunt febra, durerile articulare, limfadenopatiile; la examenul histologic - în lamina propria a mucoasei intestinale sunt depistate macrofage poligonale mari, cu citoplasmă spumoasă și agenți patogeni în bioplatele mucoasei intestinale);
- gastroenterita eozinofilă, care se caracterizează prin infiltrarea eozinofilă a diferitelor straturi ale peretelui intestinului subțire și frecvent este asociată cu alergii alimentare, astmul bronșic, rinita alergică (diagnostic confirmat prin detectarea de infiltrate eozinofilice în straturile peretelui intestinului subțire la examenul histologic);
- enteropatia exsudativă, asociată cu boli infecțioase și parazitare;
- sindromul postrezețional (sindromul intestinului scurt), care se dezvoltă când se realizează o rezecție substanțială a intestinului subțire (peste 50%);
- pancreatita cronică cu scăderea producției de enzime pancreatice (insuficiența exocrină pancreatică este confirmată prin dozarea enzimelor în sânge, în conținutul duodenal, în masele fecale); confirmă diagnosticul biopsia pancreasului cu un ac fin etc.;
- boli ale ficatului și ale căilor biliare;
- stări imunodeficitare (deficit de IgA); pacienții cu SIDA; limfom cu celule B și T (diagnostic confirmat prin examenul biopsiilor din jejun); leziuni intestinale de iradiere;
- sindromul de suprapopulare bacteriană (diagnostic confirmat prin detectarea unui număr

- mare de microorganisme la însămânțarea aspiratului duodenal și prin teste respiratorii);
- diverticuloza intestinului subțire, boala Crohn (diagnostic confirmat prin investigații radiologice, endoscopice și histologice).

Măsurile de reabilitare

În formele ușoare și de gravitate medie este suficient indicarea unei diete fără gluten, alimentația trebuie să fie fracționată, frecventă, cu grăsimi vegetale, cu alimente bogate în potasiu, calciu, fier, vitamine, oligoelemente; se indică terapia de substituție enzimatică, vitamine, microelemente; se tratează dereglările metabolice.

În formele severe, se realizează cure scurte de tratament cu preparate corticosteroide. În unele cazuri, este indicată nutriția parenterală a pacienților (soluție de glucoză 20-40%, emulsii grase de 10-20%, soluții cu electroliți care conțin potasiu, magneziu, sodiu, calciu, microelemente etc.).

Criteriile de determinare a dizabilității și capacității de muncă

Deficiențe ușoare sunt stabilite la prezența unora dintre următoarele semne: diagnosticul stabilit în baza datelor histologice; diaree intermitentă cu steatoree macroscopică, cu răspuns favorabil la regimul aglutenic; fără tulburări de nutriție sau cu un deficit ponderal ușor (<10%); anemie grad ușor; semne de malnutriție lipsesc; deficiențe funcționale și structurale - 10-35%, capacitatea de muncă de bază - 90-65%.

Deficiențe medii sunt stabilite la prezența unora dintre următoarele semne: puseuri diareice frecvente cu steatoree macroscopică, cu răspuns favorabil la regimul aglutenic; deficit ponderal ușor-mediu (15-20%); anemie grad ușor-moderat; malabsorbție grad ușor (hipopotasemie, hiposederemie, hipocalcemie) reversibilă la tratament; deficiențe funcționale și

structurale - 40-45%, capacitatea de muncă de bază - 60-55%.

Deficiențe accentuate sunt stabilite la prezența unora dintre următoarele semne: diaree cronică cu steatoree macroscopică; răspuns favorabil și complet la regim fără gluten; deficit ponderal mediu (20-30%); anemie grad moderat; malabsorbție grad moderat (hipopotasemie, hiposederemie, hipocalcemie) reversibilă la tratament și regim fără gluten; deficiențe funcționale și structurale - 60-75%, capacitatea de muncă de bază - 40-25%.

Deficiențe severe sunt stabilite la prezența unora dintre următoarele semne: diaree cronică cu steatoree macroscopică refractară la tratament; lipsa răspunsului complet la regim fără gluten; deficit ponderal accentuat (>30%); anemie grad moderat-sever, refractară la tratament; semne de malabsorbție grad sever (hipopotasemie, hiposederemie, hipocalcemie) refractare la regim fără gluten, care necesită tratament de substituție; deficiențe funcționale și structurale - 80-100%, capacitatea de muncă de bază - 20-0%.

Reabilitarea pacienților cu dizabilități

Măsurile de profilaxie în condiții de ambulatoriu - îndrumare profesională, angajare rațională în câmpul muncii, crearea condițiilor bune de muncă, locuri de muncă, recalificarea profesională etc.

Bibliografie

1. Шептулин А.А. Мальабсорбция. Гастроэнтерология Национальное руководство. Москва, издательство „Геотар - Медиа”, 2008, с. 475-489.
2. Постановление Правительства Республики Молдова, об определении ограничения возможностей и трудоспособности с приложениями № 1, 2. 3. 4, № 65 от 23 января 2013. Monitorul Oficial № 18-21, от 25 января 2013.
3. <http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/fdd.pdf>