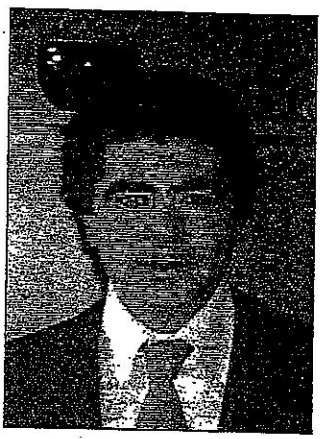
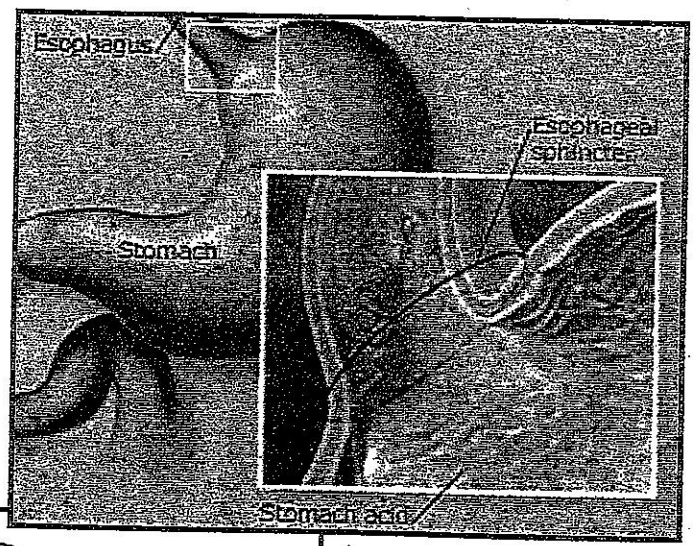
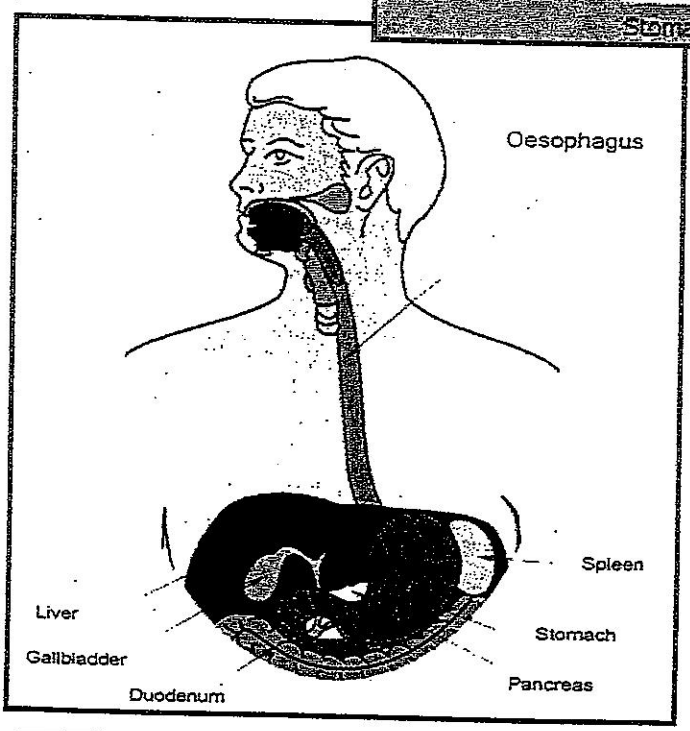
LA MALATTIA
DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO



PROF. ANGELO FRANZÈ
DOTT. GIORGIO NERVI
Direttore Unità Operativa
Dirigente
di Gastroenterologia ed
Endoscopia
Azienda Ospedaliera
Azienda Ospedaliera di Parma
Università di Parma

La malattia da reflusso gastroesofageo è una patologia a carico dell'esofago, caratterizzata nelle sue manifestazioni più tipiche da bruciore localizzato dietro allo sterno e rigurgito di cibo. Questi due sintomi sono tipici e permettono da soli di fare diagnosi senza bisogno di referti diagnostici.
E' una patologia molto frequente: nel corso della vita colpisce circa una persona su tre. Nel mondo occidentale circa il 10-40% di tutta la popolazione soffre almeno episodicamente di malattia da reflusso gastroesofageo.
E' più frequente tra le donne, e la prevalenza aumenta con l'aumentare dell'età. E' particolarmente comune nelle persone obese e nelle donne in gravidanza, per la compressione determinata sullo stomaco da parte del feto in accrescimento.
Il reflusso è causato da un'incontinenza della valvola esistente tra l'esofago e lo stomaco, detta sfintere esofageo inferiore (lower esophageal sphincter o L.E.S.). Questa valvola, normalmente chiusa, si apre per far passare il cibo, richiudendosi subito dopo che esso è giunto nello stomaco. Nelle persone che soffrono di reflusso, lo sfintere esofageo inferiore tende ad aprirsi in maniera non correlata all'assunzione di cibo. Favorisce pertanto il ritorno dei residui alimentari e dei succhi gastrici dallo stomaco all'esofago (reflusso gastroesofageo).
Molti pazienti affetti da reflusso gastroeseofageo presenta un'ernia iatale: una parte del fondo dello stomaco tende a passare all'interno del torace attraverso il diaframma.
Anche alcuni farmaci possono favorire il reflusso: tra questi teofillinici, anticolinergici, calcioantagonisti, benzodiazepine.
La risalita del materiale acido proveniente dallo stomaco irrita la mucosa dell'esofago, che non è predisposta, come quella gastrica, a resistere all'ambiente acido: si sviluppa perciò un'infiammazione, che il paziente avverte come bruciore, che parte dall'epigastrio (la zona comunemente indicata come "bocca dello stomaco") e sale lungo il torace, in posizione centrale dietro al diaframma.
Anche il rigurgito di cibo, che tende a salire fino in bocca a distanza dal pasto, è frequentemente descritto.
Esistono poi sintomi cosiddetti atipici: irritazioni della gola, con raucedine, cambiamento della voce o mal di gola, tosse secca, raramente persino attacchi di asma, oppure dolori toracici che possono anche simulare la comparsa di malattie cardiache.
Questi sintomi atipici possono associarsi al



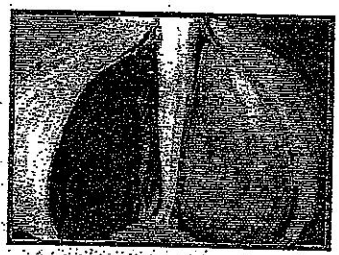


Nel numero precedente di questa stessa rivista nell'articolo

essere l'unica manifestazione, rendendo più difficile la diagnosi.
In rari casi, il materiale che refluisce può anche essere alcalino, per la presenza di bile che torna dal duodeno allo stomaco, e da questo all'esofago, oppure misto, acido e alcalino. Queste situazioni, più comuni dopo l'intervento di colecistectomia o in presenza di malattie della colecisti quali i calcoli, sono particolarmente difficili da risolvere.

Nel corso degli anni, il reflusso gastroesofageo può determinare lo sviluppo di complicanze; la più temibile è l'esofago di Barrett: la mucosa del terzo inferiore dell'esofago, a seguito dell'esposizione cronica all'acido, può trasformarsi assumendo caratteri simili a quelli della mucosa intestinale (la trasformazione è detta metaplasia). Questa condizione, pur ancora benigna, richiede un'attenta osservazione, poiché costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo del cancro dell'esofago.
Un'altra complicanza è il restringimento, o stenosi, della parte finale dell'esofago, conseguenza dell'infiammazione cronica; essa può richiedere interventi di dilatazione attraverso l'endoscopia.
Sospettando la presenza di una malattia da reflusso gastroesofageo, se il soggetto ha più di 40 anni, e comunque se la sintomatologia perdura

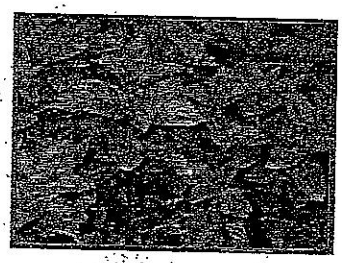
peso, familiarità per tumori dell'esofago o dello stomaco, è opportuno eseguire uno studio della mucosa esofagea mediante esofagogastroduodenoscopia (comunemente detta Gastroscopia)
Quest'esame consente di vedere direttamente, attraverso l'utilizzo di fibre ottiche, la presenza di danni a carico della mucosa, come le erosioni o le ulcere, o complicanze come l'esofago di Barrett o le stenosi. Se si



sospetta la presenza dell'esofago di Barrett verranno eseguite delle biopsie dell'esofago, la cui analisi al microscopio confermerà o escluderà la diagnosi.
Un altro esame che può essere eseguito è la pH-metria esofagea: consiste in una misurazione di 24 ore dell'acidità presente nello stomaco e nell'esofago, attraverso una piccola sonda introdotta nel naso e collegata ad un registratore. L'esame si esegue ambulatorialmente, e al paziente è richiesto di condurre una giornata il più possibile simile alle altre, compilando un diario in cui segna gli orari dei pasti, dei cambiamenti di postura e dei disturbi che si presentano. Raccolti i dati, si costruisce un grafico dell'acidità nelle 24 ore; si può vedere se vi sono stati reflussi, quando sono stati, se da sdraiato o in piedi, di giorno o di notte, a digiuno o dopo mangiato. In

L'esame trova indicazione quando all'endoscopia non vi erano erosioni o ulcere (la loro presenza è già un segno certo di reflusso), oppure durante la terapia nel caso perdurino i sintomi, per vedere se il dosaggio impiegato è sufficiente ad inibire completamente la formazione di acido, oppure ancora quando sono presenti i sintomi atipici (tosse, raucedine, mal di gola non spiegabili altrimenti) per vedere se il reflusso può

esserne la causa.
In presenza di una sintomatologia da reflusso, vi sono alcune norme dietetico-comportamentali che il paziente deve seguire. E' importante evitare cibi fritti o particolarmente grassi, il cioccolato, la menta, l'aglio e la cipolla, e alimenti acidi come gli agrumi. E' consigliabile non coricarsi prima di 2-3 ore dalla fine del pasto, rimanendo in piedi o seduti ma comunque con il busto eretto, in modo che il materiale dello stomaco non refluisca. Analogamente, è sconsigliato fare sforzi fisici o chinarsi dopo mangiato. In alcuni casi, può essere utile alzare la testiera del letto di 10-15 cm, ponendo degli spessori sotto i piedini del letto, e non ponendo dei cuscini, che possono creare problemi alla colonna vertebrale e comunque non servono ad elevare il tronco, ma solo la testa.
La terapia per la malattia da



materiale che refluisce nell'esofago non sia acido, e perciò lesivo, e nel favorire lo svuotamento gastrico. Tra i farmaci del primo tipo vi sono gli antiacidi, i gel protettivi come sucralfato o magaldrato, H2-antagonisti, gli inibitori di pompa protonica. I farmaci con il secondo meccanismo descritto sono i procinetici, cioè farmaci che fanno svuotare meglio lo stomaco.
E' importante, dopo una fase di terapia che determini la guarigione delle lesioni mucose eventualmente riscontrate, assumere la dose minima di farmaci che garantisca il controllo della sintomatologia: così facendo, si previene negli anni lo sviluppo di complicanze.
Se la terapia medica ha fallito o se si sono determinate complicanze, come l'esofago di Barrett, si può giungere alla scelta di una terapia chirurgica, che consiste nella ricostruzione della valvola esistente tra esofago e stomaco, intervento detto fundoplicatio, oggi eseguibile per via laparoscopica (ossia introducendo una sonda nell'addome attraverso piccoli fori, senza aprire l'addome stesso).
In conclusione, la presenza dei sintomi descritti non deve essere trascurata, ma deve condurre l'individuo al medico di famiglia, e se necessario allo specialista gastroenterologo, per trovare la soluzione idonea ai disturbi