

La malattia da reflusso gastroesofageo

DI STEFANO NOBILI
MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**“Più cose impariamo sulla Mrge e più difficile diventa definirla...”.
Quel che è certo è che questa patologia interessa, nel mondo occidentale, fino al quaranta per cento della popolazione adulta. Il punto su sintomatologia, diagnostica, prevenzione e cura**

Nel mondo occidentale la malattia da reflusso gastroesofageo (Mrge) interessa, secondo recenti stime (*Digestion* 2007; 76, 171-6), fino al 40 per cento della popolazione adulta. Dati italiani parlano del 10 per cento della popolazione generale (*Il Sole 24 ore*, 14 marzo 2007). Il quadro sintomatologico esemplificato nel caso clinico sopra riportato è emblematico per caratteri e presentazione. Di norma, il paziente lamenta una piroisi retrosternale e un rigurgito acido,

di solito per un'incompetenza dello sfintere esofageo inferiore (Sei), ma spesso sono sintomi anche lievi che devono farlo sospettare: bruciore alla gola (specie notturno), eruttazioni frequenti, aumento della salivazione, fastidiosa tosse notturna o mentre ci si sta, per esempio, allacciando una scarpa o si è in posizione sdraiata, abbassamento di voce. Mentre il reflusso gastroesofageo (Rge) può essere valutato con buona approssimazione in un certo range di normalità, la Mrge è una



Il caso

Federico è un pubblicitario di 48 anni: non fuma, saltuariamente assume vino a pasto, non beve superalcolici, salvo quando si vede con gli amici o i colleghi di lavoro. Da qualche mese, di notte si sveglia con un fastidioso bruciore alla gola: si alza, beve un sorso d'acqua e la sintomatologia scompare. Talvolta, in assenza di risultato, ha provato, non avendo altro in casa, un comune antiacido che ha sortito il medesimo effetto, ovvero ha placato la sintomatologia. Federico ha notato che questo bruciore alla gola è legato all'assunzione di alcolici o superalcolici alla sera oppure di pasti abbondanti a base di cibi grassi, sughi al pomodoro, melone. A Federico piace dormire senza cuscino, ma gli sembra che la sintomatologia sia meno accentuata o scompaia se pone due guanciali sotto schiena e capo. Si reca dal suo medico curante perché,

da alcuni giorni, agli episodici bruciori di gola si è aggiunta una sensazione di nodo in gola quando assume cibi solidi e, saltuariamente, anche un abbassamento di voce. «Vede, signor Federico, è molto probabile che il bruciore e l'abbassamento di voce siano dovuti a un reflusso gastroesofageo, e che il nodo alla gola quando deglutisce sia una disfagia causata da un'esofagite da reflusso. Occorre eseguire una gastroscopia». Federico torna dal medico con l'esito dell'esame: *«Esofagite di I grado, incompetenza dello sfintere esofageo inferiore alla manovra di Trendelenburg; note infiammatorie al fondo gastrico. Ricerca Helicobacter pylori negativa»*. «Non si preoccupi», spiega il dottore, «con una terapia farmacologica di quattro settimane a base di un inibitore di pompa protonica, la sua sintomatologia dovrebbe andare a posto. Ovviamente, con l'accortezza di evitare alcolici, cibi grassi e acidi, bevande gassate e pasti abbondanti».

con un grosso impatto sulla vita quotidiana, caratterizzata da dolore, piroisi e rigurgito acido può, per esempio, mostrare all'endoscopia una malattia da reflusso non erosiva.

Di contro, una sintomatologia soggettiva lieve può sottostare a una malattia erosiva rilevante da un punto di vista endoscopico.

In *Revisione tra pari della MRGE in Medicina Generale* (2006), pubblicato su *Recenti progressi in medicina*, Belleri e coll. affermano: «Più cose impariamo sulla MRGE e più difficile diventa definirla...». L'affermazione denota la complessità di porre limiti ai sintomi tipici che possono sfociare anche in altri quadri che interessano l'ambito cardiaco (la piroisi retrosternale entra in diagnosi differenziale con angina e infarto miocardico), pneumologico (una forma asmatica da Rge), otorinolaringoiatrico (ricordiamo il bruciore di gola e la disfonia riferiti dal paziente nel nostro caso clinico).

In ogni caso, mentre la patologia ulcerosa gastrica e duodenale è in diminuzio-

ne, la diagnosi endoscopica di esofagite e in particolare di esofagite erosiva è in aumento, secondo i dati delle endoscopie eseguite nel nostro Paese.

PRESENTAZIONE CLINICA

La Mrge è caratterizzata da dolore o piroisi retrosternale (*heartburn*) e dalla complicità caratterizzata da un'alterazione delle normali funzioni della vita quotidiana. La sintomatologia è legata all'esposizione della mucosa esofagea alla componente acida e alla pepsina e la sensibilità a tali sostanze e composti è differente da un paziente all'altro. Occorre ben puntualizzare che i sintomi da Mrge sono differenti rispetto a quelli della dispepsia, definita come un dolore o senso di fastidio a livello dell'addome superiore. Nella dispepsia non è compreso il sopra citato *heartburn* (principale sintomo di Mrge) ovvero, ancora, una sensazione di bruciore che nasce dalla zona gastrica o dal basso torace per irradiarsi al collo.

La diagnosi di Mrge risiede di solito nel-



malattia cronica e dolorosa (Jones e coll., *Aliment Pharmacol Ther* 2007, 25; 1451-9). Il suo impatto sociale può essere estremamente pesante se si pensa che può inficiare le funzioni della vita quotidiana (può presentarsi tutti i giorni o saltuariamente). Uno dei problemi principali è che la sintomatologia soggettiva, talvolta, non va di pari passo con il quadro morfologico evidenziato all'esofagogastroduodenoscopia (Egds): una sintomatologia molto rilevante da un punto di vista soggettivo,

la presenza di un dolore o piroso retrosternale due o più giorni la settimana. Di estrema utilità, l'introduzione di un semplice questionario, il *Gerd impact scale* (Gis), nel quale attraverso otto domande si chiedono informazioni al paziente sui sintomi della settimana precedente il test: dolore o bruciore retrosternale, sapore di acido in bocca, dolore o bruciore alla bocca dello stomaco, mal di gola o raucedine; la frequenza di alterazione del sonno causata dai sintomi sopracitati; l'impatto sul lavoro, i pasti e l'attività abituale; l'utilizzo di farmaci extra (oltre a quelli consigliati dal medico curante). Vengono proposte quattro risposte per domanda che stabiliscono la frequenza dei disturbi: ogni giorno, spesso, qualche volta, mai (Jones e coll., *Alliment Pharmacol Ther* 2007, 25; 1451-9).

ENDOSCOPIA: QUANDO ESEGUIRLA?

L'esame endoscopico è da eseguire in tutti i casi in cui occorra puntualizzare una diagnosi non chiara o si debba stabilire il grado della Mrge. Certamente, sintomi quali perdita di peso, sanguinamento gastrico, disfagia e tutte le situazioni sospette (per esempio, il sospetto di una neoplasia) impongono una Egds anche in tempi rapidi. L'accertamento endoscopico è indicato anche nel caso di una terapia empirica che non ha dato i risultati sperati nei tempi standard e in presenza di sintomi che alterano la qualità di vita del paziente da lungo tempo. Citiamo dalla letteratura scientifica anche l'esecuzione dell'Egds per «rassicurare il paziente, quando la rassicurazione verbale non è adeguata». Quest'ultimo caso dovrebbe essere considerato maggiormente dalle autorità sanitarie del nostro Paese quando "bacchettano" i medici per prescrizioni di esami ritenute non appropriate. Ulteriori indicazioni all'Egds sono il sospetto del cosiddetto Esofago di Barrett, condizione nosologica che può predisporre all'adenocarcinoma esofageo, e le condizioni preoperatorie.

PREVENZIONE DELL'RGE

Cibo e stile di vita sono fondamentali per prevenire i sintomi del Rge e un eventuale sviluppo della Mrge.

Di seguito, un quadro dei comportamenti - alimentari e non - corretti e di quelli da evitare:

- ◆ evitare fumo, alcolici, cibi piccanti, speziati, grassi o acidi (pomodori, agrumi eccetera) che scatenano la piroso, così come caffè, cioccolato, menta, bevande gassate. I pasti dovrebbero essere leggeri e frequenti;
- ◆ non coricarsi immediatamente dopo aver mangiato ma almeno a distanza di due ore dal pasto;
- ◆ per i soggetti sovrappeso o obesi, è assolutamente necessario perdere peso: un'attività fisica moderata ma costante è caldamente consigliata;
- ◆ preferire un abbigliamento largo, non costringitivo, specie nella zona addominale-toracica;
- ◆ portare pesi eccessivi aumenta la pressione intraddominale e può scatenare un Rge;
- ◆ elevare la testiera del letto di almeno venti centimetri: è il busto a dover essere sollevato e non solo il capo;
- ◆ la gravidanza aumenta la pressione endoaddominale e favorisce i sintomi da reflusso;
- ◆ è bene ricordare che alcuni farmaci, quali calcio antagonisti, benzodiazepine (specie diazepam) e teofillina, portano a un rilassamento dello sfintere esofageo inferiore;
- ◆ inoltre, per quanto riguarda le patologie concomitanti, citiamo la broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) non controllata da un punto di vista farmacologico.

PATOLOGIE ASSOCIATE

Esiste, anche se non totalmente chiarita, l'associazione tra alcune forme asmatiche e la Mrge. Vi sono studi che depongono per questa affermazione, ad esempio negli adolescenti (Aerugi, 2008 May; 57(5):529-35), per i quali forme asmatiche ricorrenti dovrebbero essere approfondite per la ricerca della Mrge. L'associazione tra Rge e sindromi respiratorie è comunque controversa (*Minerva Gastroenter Dietol*, 2007, Jun; 53(2):171-80) e sono necessari più studi randomizzati per stabilirne un reale nesso, specie per le patologie delle vie aeree superiori che interessano orecchio, naso e gola (*Curr Allergy*

Inibitori della pompa protonica: molecole e dosaggi

La durata della terapia è in relazione al quadro clinico e alla sintomatologia riferita dal paziente in rapporto alla sua qualità di vita e agli eventuali controlli endoscopici. Come detto, in Italia vigono le Note Aifa, alle quali si rimanda.

- ◆ Lansoprazolo 15 e 30mg
- ◆ Omeprazolo 10 e 20mg
- ◆ Pantoprazolo 20 e 40mg
- ◆ Rabeprazolo 10 e 20mg
- ◆ Esomeprazolo 20 e 40mg

Asthma Rep, 2008, May;8(3):240-4), anche se altri studi pongono una relazione più stretta tra Mrge e il cosiddetto reflusso laringofaringeo. I ricercatori della Vanderbilt University di Nashville (*Curr Gastroenter Rep*, 2008, Jun; 10(3):271-7) affermano che il danneggiamento della mucosa laringea può essere il risultato di un reflusso di materiale gastroduodenale sia in cronico sia in acuto. Utile, quindi, ribadire come una valutazione dello specialista in otorinolaringoiatria sia utile quando si presentino sintomi quali disfonia, dolore o bruciore di gola o tosse cronica specialmente non produttiva. La valutazione specialistica può portare all'evidenziazione di un edema o di un eritema laringeo. Da qui il suggerimento dell'autore di iniziare una terapia empirica a base di inibitori della pompa protonica (lpp) per quattro-otto settimane.

TERAPIA

Il salto qualitativo derivato dall'introduzione degli inibitori della pompa protonica in luogo dei farmaci antisecretivi gastrici (anti H2) è stato evidente: attualmente, la terapia per la Mrge e quella per il Rge sono a base di lpp. Ci limitiamo in questa sede a elencare gli lpp presenti in Italia (vedi box in questa pagina) senza dare un giudizio in merito delle singole molecole. Ricordiamo che nel nostro Paese vigono regole prescrittive derivate dalle note Aifa (nello specifico, per la Mrge, si veda la Nota 48) che limitano l'uso attraverso il Sistema sanitario nazionale degli lpp.