

Approccio multidisciplinare al reflusso gastroesofageo ed esofago di Barrett

L'esperienza del centro per la terapia della MRGE ed esofago di Barrett dell'Ospedale Cottolengo di Torino dimostra come la collaborazione attiva tra clinici nella valutazione e nella terapia di queste patologie sia in grado di fornire prestazioni più efficaci ed appropriate

Carlo Bima

Specialista Chirurgo per la chirurgia della MRGE

Roberto Ferraris

Specialista Gastroenterologo per la valutazione clinica ed endoscopica della MRGE

Mara Michelini

Specialista ORL-Foniatra per la valutazione clinica e strumentale delle vie aeree e digestive superiori nella MRGE Ospedale Cottolengo di Torino

A causa dell'aumento esponenziale dell'incidenza della malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) avvenuto negli ultimi 50 anni (sino al 40% della popolazione generale nei paesi occidentali), la sanità pubblica si trova oggi ad affrontare, in carenza di risorse per le spese farmaceutiche, l'aumento della prevalenza e delle complicazioni intra ed extra-digestive di tale patologia.

Un recente convegno internazionale svoltosi a Parma ha messo in evidenza l'importanza della multidisciplinarietà specialistica nell'approccio alla patologia da reflusso in considerazione delle segnalazioni sempre più frequenti di sintomi a carico di organi a monte dell'esofago.

Scopo della presente relazione è riassumere l'esperienza del nostro centro multidisciplinare per la terapia della MRGE ed esofago di Barrett.

► Follow-up

Sebbene nell'aumento delle patologie da RGE sia implicata l'alimentazione e lo stile di vita, la dieta da sola è spesso insufficiente per risolvere del tutto i sintomi e comunque difficilmente può riportare le condizioni anatomico-funzionali della giunzione gastroesofagea e dello sfintere esofageo inferiore alla norma.

Peraltro, una lista di restrizioni

alimentari viene consegnata e fortemente raccomandata ai pazienti sin dalla prima visita.

La terapia medica si avvale dell'uso di inibitori della pompa protonica (PPI), di farmaci procinetici, antiacidi, alginati e protettivi di parete. I PPI in particolare funzionano bene se assunti continuativamente, ma la terapia è costosa e può avere effetti collaterali a lungo termine, se non periodicamente controllata dal gastroenterologo dedicato al follow-up del singolo paziente.

Un utile strumento per il follow-up terapeutico del paziente in terapia con PPI è il dosaggio della gastrinemia sierica che permette di modificare adeguatamente il dosaggio dei PPI e di valutare l'appropriatezza del proseguimento della terapia. Inoltre la terapia acido-soppressiva non incide sul reflusso di pepsina e di acidi biliari, entrambi dannosi per l'integrità della mucosa e richiede la somministrazione di alginati in aggiunta ai PPI.

Gli esami endoscopici-istologici sono indispensabili per il follow-up e dovrebbero essere valutati dal gastroenterologo dedicato, con una particolare attenzione alla definizione topografica e istologica della linea Z per valutarne l'eventuale risalita a seguito di pregresse esofagiti ricorrenti e per escludere la presenza di metaplasia intestinale nel contesto della mucosa di transizione, non-

ché dell'esofago di Barrett propriamente detto che predispone all'adenocarcinoma dell'esofago e del cardias. La presenza di epitelio colonnare in luogo di epitelio squamoso nel terzo inferiore è descritta nel 2-24% dei pazienti con MRGE e l'incidenza annuale di adenocarcinoma su Barrett è stata valutata in uno studio multicentrico nazionale intorno all'1% pazienti/anno.

Nella diagnostica la manometria esofagea ci fornisce l'analisi dettagliata della motilità del corpo esofageo, misura la pressione basale dello sfintere esofageo inferiore (LES) e la sua estensione assiale.

La PH-metria esofagea delle 24 ore permette invece di identificare un'anomala esposizione del lume esofageo agli acidi e fornisce indicazioni quantitative circa il numero e la durata degli episodi di reflusso, più utile quando l'esame endoscopico non rivela esofagite da reflusso (NERD) e/o lo specialista ORL lo sospetta in base all'esame clinico.

Nella nostra pratica clinica un dato diagnostico funzionale indispensabile per procedere ad una valutazione approfondita dopo periodi di 6-12 mesi di trattamento farmacologico è fornito dalla manometria. Una pressione a riposo dello sfintere esofageo inferiore inferiore a 10 mm Hg può rappresentare un criterio attendibile per rimarcare il fallimento della terapia medica e l'indicazione all'intervento chirurgico. Un uso continuo di PPI, una scarsa compliance alla terapia, un importante condizionamento della qualità di vita, sono ulteriori elementi in favore della chirurgia.

► Terapia chirurgica

Possono giovare di un trattamento chirurgico pazienti con tracciato pH-metrico patologico, che abbiano anomalie manometriche a livello del LES e con adeguata motilità a livello del corpo esofageo. La terapia chirurgica consiste nella riduzione dell'ernia iatale se presente, nella jatoplastica e nella *fundoplicatio* secondo Nissen per via laparoscopica, per cui la plicatura del fondo gastrico attorno all'esofago distale determina un potenziamento del meccanismo unidirezionale proprio del cardias e quindi corregge il reflusso gastroesofageo (linee guida dell'American Gastroenterological Association). Per i precedenti motivi ci si attende nel prossimo futuro un consistente aumento del ricorso alla chirurgia che, da sola, può garantire l'eliminazione totale del passaggio di acido cloridrico, pepsina e acidi biliari prossimalmente allo sfintere esofageo inferiore e quindi una risoluzione completa della patologia da reflusso per molti anni.

La giusta tempistica nell'indicazione a tale procedura non può essere solamente affidata alle capacità tecniche del chirurgo o al solo dato manometrico esofageo. Inoltre il chirurgo deve essere dedicato a tale intervento e necessita di uno standard annuale di interventi anti-reflusso per dare garanzie costanti sul risultato.

► Reflusso laringo-faringeo

Un dato rilevato anche nella nostra esperienza è l'apparente aumento della presentazione della malattia da reflusso con sintomi atipici di competenza ORL: reflusso laringo-faringeo. Il ristagno di

micro-particelle di contenuto gastrico (sia acido che biliare) refluite attraverso l'esofago, raggiunte le vie respiratorie digestive superiori del paziente (faringe, laringe, ma anche cavo orale, seni paranasali, orecchio medio) determina in tali sedi una infiammazione cronica dei tessuti stessi provocando quadri di laringo-faringite, sinusite, otite media, stomatite.

È importante in condizioni di RGE eseguire sempre una valutazione ORL con l'ausilio del fibroscopio per verificare la copresenza di tali patologie spesso misconosciute, di trattarle e di monitorarle nel tempo. Infatti tali condizioni oltre a determinare complicazioni locali benigne (polipi, granulomi, edema di Reinke, apnee notturne), possono predisporre a condizioni cancerose. L'88% dei pazienti con cancro della laringe presenta reflusso.

Da ultimo, un ulteriore promettente strumento per valutare nel tempo la persistenza del reflusso nelle vie aeree superiori è la determinazione della pepsina salivare, un test da poco disponibile nella pratica clinica.

► Conclusione

In conclusione, la collaborazione sperimentata positivamente in questi ultimi anni tra il gastroenterologo, il chirurgo e lo specialista ORL, dedicati insieme alla patologia da reflusso, è in grado di fornire prestazioni più efficaci nella gestione terapeutica della MRGE attraverso visite specialistiche collegiali e prestazioni endoscopiche, ORL e chirurgiche.

Bibliografia disponibile a richiesta