

QUANDO DEVI RIVOLGERTI AL CHIRURGO PER LA CURA DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO?

D. Labonia

Se il contenuto dello stomaco (liquido, solido o gassoso) risale verso l'esofago, anziché scendere a valle, si verifica il reflusso gastroesofageo.

Se soffri di reflusso gastroesofageo, vai incontro a: bruciore dietro lo sterno (pirosi), risalita del cibo fino al cavo orale (rigurgito), dolore toracico simile a quello cardiaco (pseudo-angina), tosse e laringite croniche, crisi respiratorie di tipo asmatico.

Il reflusso, senza sintomi, è un fenomeno naturale (fisiologico), presente anche nel soggetto sano.

Il reflusso sintomatico, occasionale, è un evento invece patologico, vissuto almeno una volta nella vita da una consistente percentuale della popolazione adulta: si risolve con la terapia medica (farmaci che agiscono sulla secrezione acida dello stomaco, farmaci che consentono allo stomaco di spingere più efficacemente, a valle, il suo contenuto).

Devi rivolgerti al chirurgo solo in alcuni casi, che rientrano nella cosiddetta malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE), nella quale è presente almeno uno dei seguenti quattro elementi:

1) il reflusso genera sempre sintomi (reflusso sistematico), tipicamente entro due ore dal termine del pasto;

2) il reflusso ha danneggiato il rivestimento interno dell'esofago (mucosa) con: lesioni esofagee infiammatorie/ulcerative (esofagite) o trasformazione metaplastica (cellule normali ma diverse da quelle abitualmente presenti) della mucosa (esofago di Barrett);

3) parte dello stomaco ha abbandonato l'addome, collocandosi nel torace (ernia iatale) e qui provoca sintomi di tipo cardiaco e/o respiratorio: in questo caso sei affetto da ernia iatale sintomatica (Fig. 1);

4) la porzione inferiore dell'esofago ha una pressione talmente bassa da non impedire la risalita del contenuto gastrico: riduzione del tono dello sfintere esofageo inferiore.

Il chirurgo prescrive allora una serie di esami strumentali (non necessariamente tutti quelli riportati) per "fotografare" gli aspetti sopradescritti.

- 1) L'Rx prime vie digerenti con mezzo di contrasto per vedere la presenza e le dimensioni dell'ernia iatale;
- 2) L'esofago-gastro-duodenoscopia per descrivere le lesioni esofagee ed eventualmente prelevarne un campione per esame microscopico (biopsia per esame istologico);
NB: questo esame deve essere eseguito periodicamente nei pazienti con esofago di Barrett poiché è possibile che la metaplasia degeneri in displasia e quest'ultima in adenocarcinoma;
- 3) La ph-metria esofagea differenzia i reflussi fisiologici (presenti anche nel soggetto sano) da quelli patologici (che devono essere curati);
- 4) La manometria gastro-esofagea studia la pressione dell'ultima porzione dell'esofago (tono dello sfintere esofageo inferiore);

- 5) La ricerca antigenica dell'*Helicobacter pylori* nelle feci può svelare una gastrite, nell'ambito dei sintomi riferiti dal paziente, provocata dall'infezione della mucosa dello stomaco.

Ernia iatale

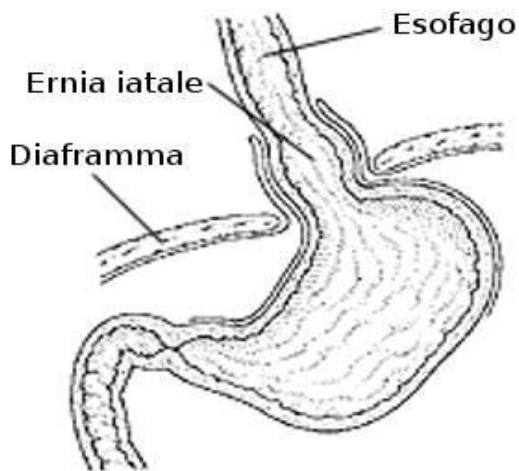


Figura 1. Nell'ernia iatale una porzione di stomaco risale in torace attraverso il diaframma a livello del foro che normalmente lascia passare la porzione inferiore dell'esofago dal torace all'addome (iato esofageo, da cui il nome ernia iatale).

Prima di proporre l'intervento chirurgico, lo specialista deve prescrivere delle terapie conservative (non chirurgiche):

- 1) norme dietetiche: frazionamento dei pasti con esclusione dei cibi che scatenano abitualmente i sintomi (cibi reflussogeni: cioccolato, menta, agrumi, alimenti sottoposti a frittura);
- 2) terapia medica: farmaci appartenenti alle classi degli inibitori di pompa protonica/IPP (che inibiscono la secrezione acida nello stomaco), degli antiacidi e degli alginati (con effetto tampone sull'acidità gastrica) e dei procinetici (attivi sullo svuotamento dello stomaco).

Il chirurgo propone l'intervento solo in una minoranza di casi:

- 1) assenza di risposta alla terapia farmacologica e/o severo ritorno dei sintomi (recidive) dopo sospensione della stessa;
- 2) risposta paradossa (contraria a quella attesa) alla terapia farmacologica con reflusso amaro (alcalino) e rigurgito di frammenti di cibo indigerito;
- 3) effetti collaterali della terapia medica cronica (ginecomastia -sviluppo di mammella femminile nel maschio-, dermatite lichenoidale, alterazioni ematologiche autoimmuni);
- 4) esofago di Barrett resistente (refrattario) alla terapia medica;
- 5) sintomatologia extradigestiva (asma, pseudo-angina) associata ad ernia iatale di grandi dimensioni.

Se soffri di reflusso gastroesofageo trattato con successo con la dieta e i farmaci, fai quindi parte di una vasta comunità di pazienti che non necessitano dell'intervento chirurgico.

Se rientri in uno dei 5 gruppi sopra riportati, sei fra i pochi pazienti che possono risolvere i sintomi che li affliggono solo attraverso la chirurgia.

È doveroso quindi intervenire chirurgicamente solo in pazienti accuratamente selezionati e, possibilmente, in centri dove il trattamento chirurgico della malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) è effettuato abitualmente.

La soluzione chirurgica migliore (gold standard chirurgico) è rappresentata dalla fundoplicatio laparoscopica dello stomaco (Fig. 2): attraverso 4 o 5 piccole incisioni addominali (fori laparoscopici) si avvolge, in modo permanente, la parte superiore dello stomaco intorno alla parte inferiore dell'esofago; tutto questo genera un meccanismo di valvola antireflusso, risolvendo definitivamente i sintomi, che hanno condotto il paziente dal chirurgo. Nel medesimo intervento chirurgico si riporta in addome la porzione di stomaco eventualmente risalita in torace (riduzione dell'ernia iatale) e si ripara il diaframma (iatoplastica).

La fundoplicatio è un intervento noto fin dagli anni '50, praticato in laparoscopia solo in tempi più recenti, con diversi nomi, quelli dei chirurghi che per primi l'hanno eseguita ciascuno con aspetti originali. Lo stomaco può essere avvolto attorno all'esofago in modo completo (a 360° gradi) realizzando così la fundoplicatio secondo Nissen o parziale, come nella fundoplicatio secondo Toupet (270°) e secondo Lotart-Jacob (90°).

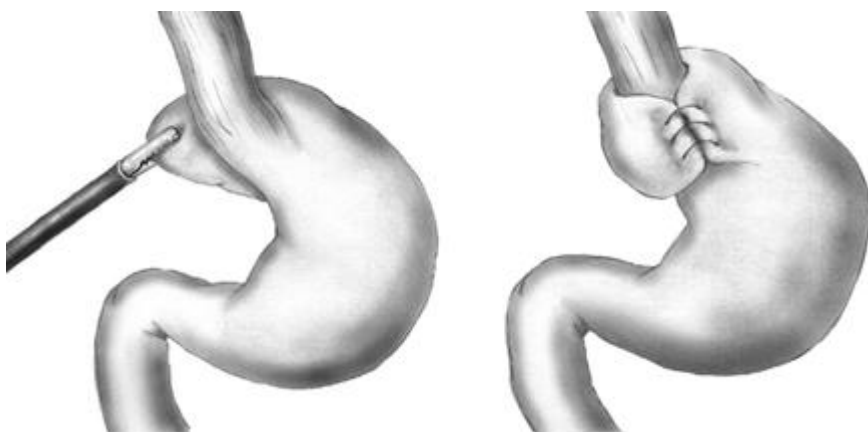


Figura 2. Nella fundoplicatio sec. Nissen la porzione superiore dello stomaco (fondo gastrico) avvolge a 360° la porzione inferiore dell'esofago (esofago addominale).

Un caro saluto a tutti i lettori,

Dott. Domenico Labonia

domelabonia@libero.it

Chirurgo Generale presso l'Hesperia Hospital di Modena