

PH-METRIA E MANOMETRIA ESOFAGEA NELLA VALUTAZIONE DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO

L'elevata prevalenza della malattia da reflusso gastroesofageo unita alla scarsa significatività dei sintomi nella predizione della gravità della malattia, configura un rilevante problema clinico di approccio e inquadramento del paziente. La disponibilità di potenti inibitori della secrezione acida gastrica, quali gli inibitori della pompa protonica, consente di trattare con successo buona parte dei pazienti con malattia da reflusso di grado severo. Inoltre, la chirurgia rappresenta, nell'approccio laparoscopico, una valida alternativa soprattutto nei pazienti giovani con malattia severa.

Le indicazioni alla pH-metria delle 24h sono ormai ben codificate:

- 1) pazienti con sintomi tipici di RGE in cui la diagnosi è dubbia o va quantificato il reflusso
- 2) pazienti con sintomi di RGE aspecifici
- 3) pazienti con altre patologie addominali o toraciche e sintomi suggestivi per RGE
- 4) pazienti con disfagia e disordini motori esofagei interpretabili come secondari a RGE
- 5) pazienti pediatrici che non sono in grado di riferire i propri sintomi ed in cui si sospetta una malattia da reflusso gastroesofageo
- 6) pazienti candidati ad una plastica antireflusso in assenza di chiari segni di esofagite
- 7) pazienti già sottoposti ad una plastica antireflusso e che presentano una recidiva sintomatologica

Non va dimenticata l'importanza di questa metodica nella valutazione dei pazienti con sintomi tipici di reflusso gastroesofageo non rispondenti alla terapia medica.

Lo studio pH-metrico delle 24h ha permesso, inoltre, di individuare tre categorie di pazienti con reflusso sintomatico: reflussori in ortostatismo, in clinostatismo e quelli con reflusso combinato o totale. In genere il tempo di esposizione all'acido dell'esofago in posizione ortostatica e clinostatica è significativamente correlato al tempo totale di acidificazione nelle 24h. Mentre, nessuna correlazione è stata riscontrata tra tempo totale di reflusso e quello in posizione ortostatica e clinostatica; ciò starebbe a dimostrare che questi due tipi di reflusso sono delle entità distinte ed indipendenti.

I reflussori in ortostatismo presentano numerosi, brevi episodi di reflusso la cui durata media non differisce in maniera significativa rispetto ad un gruppo di volontari normali. I reflussori in clinostatismo presentano invece episodi di reflusso più lunghi rispetto ai primi.

I reflussori combinati o totali presentano numerosi episodi di reflusso, prolungati nel tempo in clinostatismo, con numerosi piccoli reflussi in ortostatismo e un notevole prolungamento del tempo di acidificazione dell'esofago distale. Generalmente i pazienti con reflusso in ortostatismo presentano una sintomatologia più lieve, mentre quelli con reflusso combinato hanno un quadro sintomatologico molto più importante caratterizzato da pirosi gastrica e rigurgito. Similmente, i reflussori in ortostatismo presentano, qualora sia

presente, modesti segni di esofagite, mentre nei pazienti con reflusso combinato è dato

osservare i quadri più marcati della patologia. In base a questi dati è possibile ipotizzare un incremento dei rilasciamenti transitori dello SEI, con relativa conservazione dei meccanismi di clearing a livello dell'esofago distale nei pazienti con reflusso in ortostatismo. Al contrario, nei casi di reflusso prevalente in clinostatismo vi è un marcato deficit del potere di clearing esofageo probabilmente dovuto ad un insieme di fattori quali: l'eliminazione della gravità, il sonno e la ridotta salivazione. I reflusori combinati presentano a livello fisiopatologico la somma dei vari meccanismi, e quindi vanno incontro ai gradi più marcati ed evidenti della patologia da reflusso. Qualunque sia il meccanismo attraverso il quale si viene a determinare il reflusso, il danno da questo arrecato a livello dell'esofago distale è in relazione al tempo totale di acidificazione.

A nostro parere la durata totale di acidificazione non può costituire l'unico parametro di valutazione del RGE essendo questo una malattia multifatoriale. Ogni volta che il contenuto gastrico refluisce in esofago l'estensione delle lesioni della mucosa esofagea dipende da diversi fattori che comprendono il tempo di contatto fra il refluito e mucosa, la composizione del refluito e la capacità intrinseca dell'epitelio esofageo di resistere al danno. Poiché la capacità del refluito di provocare infiammazione e quindi sintomi dipende dal tempo di contatto tra l'acido e la mucosa esofagea il pronto e rapido allontanamento del refluito è di fondamentale importanza. La clearance esofagea riconosce due momenti funzionali: la peristalsi esofagea secondaria (indotta dalla distensione) e la peristalsi primaria, provocata da deglutizioni ripetute di saliva alcalina; a quest'ultima si deve la maggior parte della clearance esofagea. Un prolungamento del tempo di clearance è stato riportato in circa il 50% dei pazienti con esofagite. Tale condizione è dovuta ad alterazioni della normale attività peristaltica quali: peristalsi non propagata, contrazioni esofagee distali deboli, contrazioni simultanee. Una peristalsi debole o inefficace (ampiezza delle onde inferiore a 30-40 mmHg) non è in grado di eliminare dall'esofago il succo acido refluito. Anche un deficit della funzione salivare, caratterizzato da una ridotta secrezione o da una ridotta capacità di neutralizzazione da parte della saliva, può determinare un prolungamento del tempo di clearance esofageo; esempio classico è quello dei fumatori di sigarette, i quali hanno una secrezione salivare ridotta rispetto ai non fumatori, il che li rende più sensibili all'instaurarsi della malattia da reflusso gastroesofageo.

La pH-metria delle 24h è quindi la somma di tre test distinti in quanto permette di valutare: l'entità del reflusso, la capacità di clearing esofageo, e la perfusione acida endogena. Il riscontro di alterazioni della peristalsi esofagea aumenta con la severità del reflusso raggiungendo il 20% nei pazienti con malattia da reflusso gastroesofageo senza lesioni esofagee, il 25% in quelli con esofagite di grado moderato ed il 48% in quelli con esofagite severa.

Oltre alle alterazioni della peristalsi primaria i pazienti con MRGE presentano anche turbe della peristalsi secondaria e nella maggior parte di essi la distensione esofagea non è in grado di scatenare contrazioni peristaltiche secondarie. Poiché questo deficit si può verificare anche in soggetti con peristalsi primaria normale è stato ipotizzato che il

fenomeno sia dovuto ad un'alterata risposta dell'esofago ai reflussi acidi e/o alla distensione.

La pressione residua del SEI risulta significativamente più alta nei pazienti di controllo rispetto a quelli con MRGE; nei casi con esofago di Barrett ed esofagite di IV grado vengono rilevate le pressioni residue più basse. Inoltre, qualora la pressione a livello del SEI sia uguale o inferiore ai 6 mmHg, aumenta proporzionalmente la severità dell'esofagite. I pazienti con esofagite da reflusso presentano una pressione a riposo del SEI più bassa rispetto ai controlli, in particolare quelli con esofagite di IV grado mostrano un 50% di decremento della pressione a riposo se comparati ai pazienti con esofagite di I grado.

E' stata inoltre dimostrata la presenza di una correlazione statistica tra lunghezza della porzione infradiaframmatica del SEI e tempo totale di reflusso. In particolare, la percentuale di tempo a $\text{pH} < 4$ nei pazienti con lunghezza addominale del SEI inferiore ad 1 cm è significativamente più elevata rispetto a quelli in cui tale porzione dell'esofago è compresa tra 1 e 2 cm o è più lunga di 2 cm.

Qualora siano presenti tutte le alterazioni motorie suddette è molto probabile che siano già presenti le lesioni più gravi dell'esofagite; infatti, nei pazienti con malattia di IV grado si riscontra frequentemente l'associazione fra ipotono del SEI, ridotta ampiezza delle onde peristaltiche e incoordinazione motoria del corpo esofageo.

Rimane comunque da chiarire se sia la marcata riduzione della pressione a riposo del SEI la causa della MRGE o se, invece, rappresenti il risultato di una esofagite in atto.

Da quanto esposto risalta l'importanza della manometria, da associare alla Ph-metria, nell'inquadramento patogenetico dei pazienti con MRGE.

Le scelte terapeutiche dovranno tener conto anche delle alterazioni motorie del corpo esofageo e dello SEI, soprattutto qualora l'opzione terapeutica sia quella chirurgica. Sarebbe infatti opportuno che la correzione dell'eventuale incontinenza dello SEI venga eseguita prima che insorgano gravi deficit di motilità del corpo esofageo.

Inoltre lo studio manometrico torna utile nella valutazione pre-operatoria dei pazienti in quanto la calibrazione dell'eventuale plastica antireflusso deve essere eseguita tenendo ben presenti le alterazioni motorie dell'esofago. È vero che più continente è la plastica migliore è il risultato sul reflusso, però in presenza di gravi alterazioni motorie, quali ridotta ampiezza dell'onda peristaltica e percentuale di onde non trasmesse, si viene a creare un paziente disfagico.

dott. Michele Grande
dott. Federica Franchi
Dipartimento di Chirurgia
Università degli Studi di
Roma "Tor Vergata"