

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE UMANA
Insegnamento: Il ruolo dell'apparato digerente nella nutrizione umana

Ernia iatale e Malattia da reflusso gastro-esofageo

Cos'è l'ernia iatale ?

Lo stomaco normalmente si trova per intero all'interno dell'addome, che è separato dal torace da un muscolo piatto e largo, simile ad una cupola, detto diaframma. Molte strutture anatomiche passano dall'addome al torace o viceversa: l'aorta, la vena cava, l'esofago etc.. Il foro nel diaframma che permette il passaggio dell'esofago nell'addome e quindi il congiungimento dello stomaco con lo stomaco è chiamato iato diaframmatico e costituisce una sorta di valvola complessa che in condizioni normali impedisce lo scivolamento dello stomaco verso il torace.

Per ernia iatale s'intende, quindi, il passaggio di una porzione dello stomaco dall'addome al torace attraverso lo iato diaframmatico. Si distinguono tre diversi tipi di ernia iatale.

ERNIA DA SCIVOLAMENTO: è la più frequente (presente in circa il 90% dei casi); si caratterizza per il passaggio di una porzione dello stomaco attraverso lo iato esofageo. La giunzione gastroesofagea viene così spinta verso l'alto provocando in molti casi il disturbo tipico della malattia (*reflusso gastroesofageo*). Questo passaggio è talvolta reversibile e particolarmente sensibile agli sbalzi di pressione addominale. La deglutizione, uno sforzo eccessivo, dell'ernia che può poi ritornare spontaneamente nella sua posizione iniziale.

ERNIA DA ROTAZIONE o PARAESOFAGEA: condizione più rara, in questo caso la giunzione tra stomaco ed esofago rimane nella sua sede naturale mentre il fondo dello stomaco passa in torace.

ERNIA MISTA: tipo di ernia iatale con caratteristiche proprie di entrambe

le forme prima descritte.

L'ernia iatale è una patologia legata all'età, ne soffre infatti circa il 25% della popolazione con più di 50 anni e quasi il 100% della popolazione over 80. Per quanto concerne le cause non esiste una spiegazione univoca alla comparsa di questa patologia. Alcune persone sono colpite da ernia iatale dopo aver subito un forte trauma addominale, altre per motivi congeniti legati alla debolezza o all'eccessiva apertura dello iato esofageo. L'aumento della pressione addominale favorisce l'insorgenza della patologia. Sono quindi più a rischio i pazienti affetti da tosse cronica, le donne durante la gravidanza e le persone sovrappeso. Anche il fumo, l'abitudine di indossare vestiti stretti e l'età avanzata predispongono l'individuo alla comparsa dell'ernia iatale.

Quali sono i sintomi dell'ernia iatale ?

L'ernia iatale per alcune persone è del tutto asintomatica e può essere scoperta occasionalmente durante accertamenti (gastroscopia, radiografia del tubo digerente, ecc.) per altre patologie esofagee o gastriche. In altre persone, invece, può essere causa di disturbi più o meno gravi legati al passaggio di materiale gastrico in esofago (Reflusso gastro-esofageo).

Cos'è il reflusso gastro esofageo ?

Con il termine reflusso gastro esofageo si indica la risalita in esofago di quanto è contenuto nella cavità gastrica (lo stomaco); è questa un'evenienza molto frequente e pressoché quotidiana in gran parte dei soggetti, anche in assenza di sintomatologia dolorosa.

Il reflusso gastro esofageo è causato principalmente dalla concomitanza di più cause:

- 1) il mancato funzionamento del "**cardias**", denominato anche "sfintere esofageo inferiore" o "LES" (Lower Esophageal Sphincter);
- 2) un prolungato ristagno del cibo nello stomaco, che si svuota troppo lentamente; 3) il non corretto funzionamento della peristalsi (movimento di

contrazione della muscolatura dell'esofago, a onde successive), coordinato con gli atti della deglutizione durante l'ingestione del cibo.

Il cardias è una struttura muscolare con funzione di "valvola", posta alla fine dell'esofago e "porta d'ingresso" dello stomaco. Il mancato, o l'incompleto funzionamento del cardias, fa sì che il contenuto gastrico, acido, talvolta associato ai succhi pancreatici e biliari, refluisca nell'esofago, venendo a contatto per un certo periodo di tempo, più o meno breve, con la mucosa dell'esofago.

Quanto più a lungo il contenuto acido dello stomaco, rimane a contatto con la mucosa che riveste l'esofago (es. alcune ore durante il sonno notturno), tanto più severe saranno le lesioni che, questo contatto, produrrà sulla mucosa dell'esofago, dando luogo ai diversi gradi di **esofagite** (infiammazione della mucosa dell'esofago).

La Malattia da Reflusso Gastro-Esofageo (MRGE) insorge quando il reflusso gastro esofageo si fa più prolungato nel tempo e gli episodi non sono più saltuari, ma molto frequenti durante l'arco delle 24 ore; soprattutto dopo un pasto abbondante e nei soggetti obesi od anche soltanto in sovrappeso. Un fattore predisponente allo sviluppo della MRGE è la presenza, concomitante, dell'ernia iatale, anche se non sempre i soggetti affetti da ernia iatale vanno incontro ad esofagite.

A causa dell'estrema acidità del contenuto gastrico le pareti esofagee possono lesionarsi causando i sintomi tipici della malattia: forte dolori al torace e senso di bruciore allo sterno, rigurgiti acidi, senso di amaro in bocca, salivazione intensa, raucedine. Tutti questi sintomi tendono a comparire o a peggiorare in occasione di sforzi severi o durante la gravidanza, a causa del temporaneo aumento della pressione intraddominale. La posizione orizzontale o "a testa in giù" (come quando ci si allaccia una scarpa) aggrava ancor di più i sintomi tipici dell'ernia iatale. Alcuni alimenti, come cioccolato, menta, rabarbaro, pasti ricchi di grassi, intingoli, dolci e formaggi possono ridurre il tono della valvola o ritardare parecchio lo

svuotamento gastrico peggiorando il reflusso.

Quali esami si fanno in caso di sospetta malattia da reflusso gastro-esofageo e a cosa servono?

Gli strumenti diagnostici per studiare la malattia da reflusso sono essenzialmente la gastroscopia e la pH-metria esofagea a lunga durata con manometria esofagea. La pH-metria esofagea consente la valutazione del tipo di reflusso (acido o alcalino) la sua durata, la distribuzione nell'arco della giornata e la correlazione con i sintomi. La manometria esofagea consente di studiare l'attività motoria dell'esofago ed il tono dello sfintere inferiore. La più recente pH-impedenziometria esofagea consente di individuare tutti i reflussi gastroesofagei sia quelli acidi che quelli non acidi dovuti ad esempio a reflusso biliare. La gastroscopia consente di valutare la laringe (presenza o meno di infiammazione) l'esofago e la sua mucosa (esofagite e/o complicanze quali stenosi o esofago di Barrett), lo stomaco (ernia iatale).

Quando è indicata la gastroscopia?

La gastroscopia è indicata nei pazienti con sintomi tipici ma associati a sintomi di allarme quali calo di peso, dolore alla deglutizione (disfagia) segni diretti o indiretti di sanguinamento. È inoltre consigliabile nei pazienti con sintomi atipici e dopo gli opportuni accertamenti (cardiologici e/o pneumologici), nei pazienti che non rispondono alla terapia medica o che vanno incontro a recidiva precoce dopo trattamento, nei pazienti con sintomi di recente insorgenza ed età maggiore di 45 anni, in caso di comparsa di recidiva con modificazione dei sintomi, nei pazienti con sintomatologia che persiste da più di 5 anni (per escludere l'esofago di Barrett), nella sorveglianza dell'esofago di Barrett. Non è indicata, in genere, nei pazienti con sintomi tipici di età inferiore ai 45 anni che rispondono al trattamento medico e nella sorveglianza della malattia da reflusso gastro-esofageo in assenza di modificazioni della sintomatologia e/o di esofago di Barrett.

Quali sono le complicanze della malattia da reflusso?

Le complicanze dell'esofagite e/o della malattia da reflusso gastro-esofageo trascurate possono essere le stenosi dell'esofago (restringimenti) l'esofago di Barrett (presenza di tessuto gastrico con metaplasia intestinale nel contesto dell'esofago), i sanguinamenti, la comparsa di alterazioni cellulari (displasia) che possono configurarsi come precancerosi, le malattie infiammatorie dell'apparato respiratorio.

Con quali medicine si cura?

La terapia farmacologica si basa sull'utilizzo di farmaci che inibiscono la secrezione acida gastrica quali inibitori di pompa protonica (prima scelta) o antiH2. Utilizzabili nelle forme più lievi o come completamento anche antiacidi o alginati (che tamponano l'acidità gastrica) e procinetici (farmaci che accelerano lo svuotamento gastrico). Normalmente dopo una terapia di attacco con inibitori di pompa a dosaggio pieno, viene effettuato un controllo endoscopico in corso di terapia a due mesi per verificare l'effettiva guarigione. A questo punto la terapia può essere ripresa al bisogno, in pazienti con sintomi lievi e recidive infrequenti, oppure essere continuativa nei pazienti con esofagite iniziale severa (maggiore di un grado) o con recidiva precoce della sintomatologia (tipica o atipica) e nei pazienti con complicanze (Barrett etc.).

Quando può essere indicato l'intervento chirurgico?

La terapia chirurgica videolaparoscopica è indicata nei pazienti giovani, con esofagite severa, che risponde al trattamento medico, nei quali si prospetta un trattamento farmacologico per tutta la vita. Questa soluzione non sempre è tuttavia completamente risolutiva. Esiste infatti il rischio che l'intervento non porti i risultati sperati. Un numero non trascurabile di pazienti è infatti costretto ad assumere farmaci antisecretori, magari a dosaggi inferiori, anche dopo la correzione chirurgica del problema. La scelta di ricorrere alla chirurgia va dunque presa con particolare cautela.