



Reflusso gastro-esofageo: quando è necessaria l'endoscopia?

Data 21 aprile 2013
Categoria gastroenterologia

Nella maggior parte dei casi di reflusso gastro-esofageo l'endoscopia non è necessaria, tuttavia in alcune situazioni diventa imperativa.

La malattia da reflusso gastro-esofageo (conosciuta anche con la sigla inglese GERD: Gastro-Esophageal Reflux Disease) è una condizione cronica o recidivante caratterizzata da sintomi legati al reflusso di acido gastrico nell'esofago e talora nell'albero respiratorio.

I sintomi della malattia possono essere tipici (pirosi retrosternale e rigurgito di acido) e atipici (dolore retrosternale o alla deglutizione, tosse cronica, sintomi asmatici, eruttazioni, singhiozzo, nausea persistente, laringite cronica, aritmie).

Generalmente la diagnosi è clinica e non richiede l'esame endoscopico perché, pur in presenza di GERD, questo esame può essere negativo se non si vedono segni di esofagite, ernia o reflusso.

Anche la PH metria esofagea non è diagnostica perché il reflusso è variabile e potrebbe non essere presente quando si esegue la misurazione.

Si consiglia quindi un trattamento empirico con un inibitore di pompa protonica a dosi piene per due volte al giorno per 4-8 settimane e, se il paziente risponde alla terapia, null'altro è richiesto.

Tuttavia in alcuni casi l'endoscopia si rende necessaria. In quali circostanze? L'American College of Physicians ha emanato recentemente alcune raccomandazioni per aiutare i medici a scegliere un approccio che da una parte eviti accertamenti non necessari e con potenziali effetti collaterali e dall'altra eviti di sottovalutare situazioni cliniche pericolose per il paziente.

Anzitutto l'endoscopia è necessaria se, oltre ai sintomi del GERD, il paziente lamenta sintomi di allarme: disfagia, sanguinamento, anemia, perdita di peso, vomito ricorrente.

Un'endoscopia si raccomanda anche in caso di mancata risposta alla terapia.

L'esame endoscopico è necessario altresì nei pazienti con nota esofagite erosiva grave dopo 2 mesi di PPI per valutare la guarigione ed escludere un esofago di Barrett. In seguito non è necessario un follow up a meno che non sia presente un esofago di Barrett.

Nei pazienti con esofago di Barrett le linee guida distinguono due situazioni:

- 1) se non è presente displasia l'esame dovrebbe essere eseguito ogni 3-5 anni e non più spesso (a meno che, ci permettiamo di aggiungere, non compaiano sintomi nuovi)
- 2) se è presente displasia viene consigliato un follow up più ravvicinato.

L'endoscopia è necessaria anche nei pazienti con nota stenosi esofagea che riferiscono disfagia ricorrente.

Infine le linee guida prevedono che l'endoscopia può essere presa in considerazione negli uomini di più di 50 anni con storia di GERD da più di 5 anni e fattori di rischio aggiuntivi per adenocarcinoma esofageo o Barrett, come per esempio reflusso notturno, ernia jatale, BMI elevato, fumo.

Da parte nostra riteniamo che un esame endoscopico sia opportuno anche nelle forme che apparentemente rispondono ad un ciclo di terapia medica ma recidivano frequentemente alla sospensione dei farmaci al fine di escludere che non vi sia una patologia neoplastica sottostante che viene mascherata dalla terapia acidosoppressiva. In questi casi inoltre, qualora l'esame risultasse negativo per neoplasie, si ottiene una rassicurazione del paziente, obiettivo non sempre considerato dalle linee guida ma molto importante nella medicina reale.

RenatoRossi

Bibliografia

Shaheen NJ et al. Upper Endoscopy for Gastroesophageal Reflux Disease: Best Practice Advice From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2012 Dec 4; 157:808-816