

FROM HARVARD MEDICAL SCHOOL

# Harvard Health Letter

EDIZIONE ITALIANA A CURA DI

## Hesperia Informazioni

ANNO 15 MENSILE - VOLUME 15 - NUMERO 11 • DICEMBRE 2009

€ 1,55 Tariffa R.O.C.: Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 N° 46) art. 1, comma 1, DCB (Modena)

## Bruciore di stomaco e disturbi connessi

I medici la chiamano *malattia da reflusso gastroesofageo* (MRGE), mentre per milioni di persone è il bruciore di stomaco. Molti soffrono di tosse, dispnea o raucedine e non immaginano che la causa possa essere il reflusso. Comunque lo si chiami, il reflusso è diffuso, fastidioso e, a volte, preoccupante. È anche costoso, infatti assorbe all'economia americana più di 9 miliardi di dollari l'anno. Ma una volta individuato il problema, lo si può tenere sotto controllo e prevenirne le complicanze.

### Il tragitto del cibo

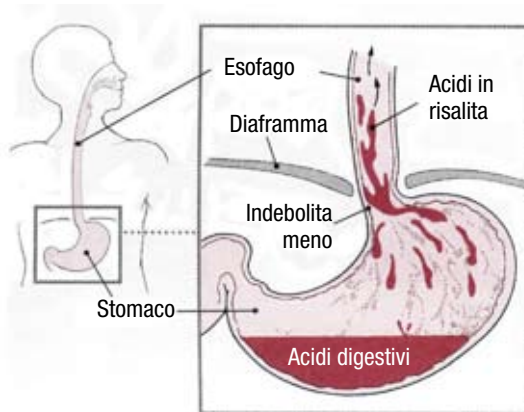
Un complesso sistema di 29 muscoli della bocca e della lingua concorre alla deglutizione. I muscoli chiudono la trachea per proteggere i polmoni, quindi spingono il cibo nell'esofago, uno stretto tubo lungo dai 25 ai 33 cm che scende dalla gola allo stomaco. Ma il cibo non scivola semplicemente giù per l'esofago: i muscoli che circondano l'esofago si contraggono, con un andamento ordinato e ondulatorio, spingendo il cibo fino allo stomaco. Questo spiega perché un ragazzo coraggioso (e atletico) possa esibirsi nel vecchio numero di bere stando a testa in giù (come si dice in televisione, voi che ci seguite da casa non lo fate).

L'ingestione normalmente avviene solo in un senso. Per impedire al contenuto gastrico di rifluire nell'esofago, i muscoli alla giunzione dell'esofago con lo stomaco si contraggono per mantenere l'esofago chiuso. Questo anello muscolare è detto *sfintere esofageo inferiore* (vedi figura).

### Che cos'è il reflusso?

Ogni volta che deglutiamo lo sfintere esofageo inferiore si rilassa per far entrare il cibo nello stomaco. Quando lo stomaco è pieno, una piccola quantità di cibo può ritornare nell'esofago mentre si deglutisce. Questo è normale. Ma, nelle persone che soffrono

### Il reflusso: acido in risalita



Nel reflusso, gli acidi gastrici risalgono nell'esofago, danneggiando i tessuti sensibili.

di malattia da reflusso gastroesofageo, la quantità di succhi gastrici che rifluiscono nell'esofago è notevole. La mucosa che riveste l'esofago, al contrario di quella gastrica, non è resistente agli acidi, di conseguenza i tessuti sensibili dell'esofago vengono aggrediti dagli acidi e, se questi arrivano fino alla bocca, anche altre strutture possono venire danneggiate.

### Cause

Il malfunzionamento dello sfintere esofageo inferiore è responsabile della maggior parte dei casi di reflusso. Alcune sostanze possono far rilassare lo sfintere quando non dovrebbe, mentre altre possono irritare l'esofago, esacerbando il problema. Altre condizioni possono semplicemente esercitare una pressione eccessiva sullo sfintere. Sotto sono riportate alcune delle principali cause di reflusso.

### Sintomi

Piroisi (bruciore di stomaco) e rigurgito sono i disturbi più comuni. La piroisi è tipica e, quando è accompagnata da eruttazione o

## ALL'INTERNO

**Malattia del reflusso gastro esofageo, ernia iatale e chirurgia laparoscopica in Hesperia.**

... a pag. 4-5

**La costipazione cronica nell'uomo...è un problema comune che viene spesso trascurato. Alcuni semplici consigli che possono aiutare**

... a pag. 6-8

Scriveteci a:

[harvardhealthitaly@hesperia.it](mailto:harvardhealthitaly@hesperia.it)

Visitate il nostro sito web:

[www.health.harvard.edu](http://www.health.harvard.edu)

segue a pag. 2 ►►

## Comuni cause dei sintomi di MRGE

### Alimenti

- Aglio e cipolle
- Caffè, Coca Cola e altre bevande gassate
- Alcool
- Cioccolato
- Cibi fritti e grassi
- Agrumi
- Menta piperita e menta romana
- Salsa di pomodoro

### Farmaci

- Alfa-bloccanti (usati per la prostata)
- Nitrati (angina)
- Calcio-antagonisti (angina e ipertensione)
- Triciclici (antidepressivi)
- Teofillina (asma)
- Bifosfonati (osteoporosi)
- Anti-infiammatori (artrite, dolore e febbre)

### Altre cause

- Fumo
- Obesità
- Alimentazione eccessiva
- Abiti stretti in vita
- Ernia iatale (parte dello stomaco che spinge contro il muscolo diaframma nella parte inferiore del torace)
- Gravidanza

gonfiore, l'MRGE in genere è confermata e, a volte, può provocare dolori addominali simili a quelli dell'ulcera. E se l'acido nell'esofago scatena spasmi esofagei, può causare un dolore di tipo gravativo o costrittivo simile a un attacco cardiaco.

Se risale fino alla gola e alla bocca, l'acido può causare altri problemi, e poiché questi possono presentarsi in assenza di piroso, spesso vengono mal diagnosticati. Ecco alcuni dei sibillini segnali della malattia da reflusso gastroesofageo:

### Sintomi a livello di bocca e gola

- Un sapore acido o amaro in bocca
- Rigurgito di cibi solidi o liquidi
- Raucedine o laringite, soprattutto di mattina
- Mal di gola o bisogno di schiarirsi la gola
- Erosione dentale
- Sensazione di un "corpo estraneo in gola".

### Sintomi a livello dei polmoni

- Tosse persistente senza causa apparente, soprattutto dopo i pasti
- Dispnea, asma.

### Complicanze

Circa 19 milioni di americani soffrono di MRGE. La maggior parte riferisce piroso e molti presentano sintomi a livello della gola o dei polmoni. Ma alcuni sviluppano anche delle complicanze, la più comune delle quali è l'esofagite, cioè l'infiammazione dell'esofago, che produce una forte sensazione di bruciore, rendendo difficoltosa la deglutizione e l'ingestione dei cibi. Se non trattata, l'infiammazione può causare ulcerazioni nella mucosa esofagea, sanguinamento o entrambi. Cicli ripetuti di esofagite e guarigione possono condurre alla formazione di cicatrici e al restringimento dell'esofago (*stenosi*).

L'esofagite severa colpisce soltanto il 2% delle persone affette da MRGE. Un numero ancora più basso sviluppa l'*esofago di Barrett*, una malattia in cui infiammazione severa e acido concorrono a determinare modificazioni premaligne nelle cellule della mucosa esofagea. Una percentuale compresa tra il 2% e il 5% dei pazienti con esofago di Barrett sviluppa il cancro. Per evitarlo, i pazienti colpiti da esofagite severa dovrebbero assumere a tempo indefinito farmaci per sopprimere l'acidità. Inoltre, i pazienti affetti da esofago di Barrett devono sottoporsi regolarmente a endoscopie per individuare qualsiasi tipo di evoluzione cancerosa.

### Diagnosi

La maggior parte delle persone che soffrono di MRGE non deve sottoporsi ad alcun esame. Se i vostri sintomi sono tipici e leggeri, potreste anche curarvi da soli. Analogamente, se il medico sospetta una MRGE senza complicanze, potrebbe consigliare una terapia di prova come passo successivo: se reagite subito alla cura, probabilmente non vi prescriverà esami.

Tuttavia, la malattia da reflusso esofageo può essere sibillina, quindi, se la diagnosi è incerta, può rivelarsi utile eseguire qualche esame. Il metodo più collaudato è il clisma opaco, che utilizza il bario come mezzo di contrasto. Vi verrà chiesto di bere una soluzione densa di bario, mentre un tecnico esegue dei raggi X per verificare l'eventuale presenza di ulcere, restringimenti, ernia iatale, contrazioni anomale dell'esofago o il reflusso di bario dallo stomaco nell'esofago.

Un modo migliore per diagnosticare la MRGE consiste nel monitorare l'esofago. Il *monitoraggio del pH* misura il livello di acidità nel tratto inferiore dell'esofago in un lasso di tempo di 24 ore, mentre la *manometria* misura la pressione nell'esofago durante l'ingestione.

L'*endoscopia* costituisce il metodo più affidabile per individuare complicanze della MRGE quali infiammazioni,



Traduzione  
Edizione Italiana  
Ass. "La Clinica della Parola"

Direttore Responsabile  
Dr. Alessandro Malpelo

Editor  
Peter Wehrwein  
peter\_wehrwein@hms.harvard.edu

Writer  
James Sellman

Medical Illustrators  
Harriet Greenfield, M.A.

Production Coordinators  
Mary Allen,  
Nicole Wail

Copy Editor  
James Sellman

#### Editorial Board

*Cardiology*  
Thomas H. Lee, M.D.

*Dental Medicine*  
R. Bruce Donoff, D.M.D., M.D.

*Dermatology*  
Kenneth Arndt, M.D.

*Emergency Medicine*  
John Tobias Nagurney, M.D.

*Gastroenterology*  
Stephen E. Goldfinger, M.D.

*Genetics*  
Susan P. Pauker, M.D.

*Gerontology*  
Kenneth L. Minaker, M.D.

#### Internal Medicine

Nancy Keating, M.D., M.P.H.  
Stuart Mushlin, M.D.

*Neurology*  
Dennis Selkoe, M.D.  
Edward Wolpov, M.D.

*Nutrition*  
Bruce Bistrian, M.D., Ph.D.  
Walter C. Willet, M.D., Dr. P.H.

*Oncology*  
Robert J. Mayer, M.D.

*Ophthalmology*  
B. Thomas Hutchinson, M.D.

*Orthopedics*  
Donald T. Reilly, M.D. Ph.D.

*Otolaryngology*  
Jo Shapiro M.D.

#### Preventive Medicine

JoAnn E. Manson, M.D. Dr. P.H.

*Psychiatry*  
Michael C. Miller, M.D.

*Surgery*  
Richard Hodin, M.D.

*Urology*  
Jerome P. Richie, M.D.

*Women's Health*  
Soheyla Gharib, M.D.

Harvard Health Publications

Editor in chief  
Antony L. Komaroff, M.D.

Publishing Director  
Edward H. Coburn

Design Editor  
Heather Foley

Gli articoli che compaiono nella Edizione Italiana possono essere tratti da ciascuna delle seguenti pubblicazioni della Harvard Medical School: Harvard Men's Health Watch Harvard Health Letter Harvard Heart Letter Harvard Mental Health Letter Harvard Women's Health Watch

HARVARD HEALTH LETTER (ISSN 1052 - 1577) (Registrazione del tribunale di Modena N° 1257 dell'8/11/1995.) viene pubblicata mensilmente dalla Harvard Medical School Health Publication Group, 10 ShattuckSt.Suite 612, Boston, MA02115

L'EDIZIONE ITALIANA è pubblicata da HESPERIA INFORMAZIONI di HESPERIA HOSPITAL - Via Arquà, 80 - 41100 Modena - Italy. Il costo dell'abbonamento annuo è di € 15,5 (Lit. 30.000).

ulcere, stenosi e cellule anomale o maligne. Dopo avere somministrato sedativi e aver anestetizzato la gola, il medico introduce nella bocca del paziente una sonda a fibre ottiche e la fa scendere nell'esofago fino a raggiungere lo stomaco. L'endoscopia permette al medico di ispezionare e fotografare i tessuti e di eseguire le biopsie delle aree sospette.

L'endoscopia è un esame importante, ma non è privo di rischi, quindi va eseguito soltanto quando è effettivamente necessario. Di seguito sono elencati i casi in cui si rivela opportuno:

- MRGE di lunga durata o severa
- MRGE che non risponde alla terapia
- MRGE che insorge dopo i 50 anni
- MRGE accompagnata da perdita di appetito o di peso, vomito, sanguinamento o anemia, difficoltà di deglutizione, o sensazione che il cibo resti fermo nell'esofago.

### Terapia: lo stile di vita

Molti sintomi della MRGE si possono tenere sotto controllo con semplici modifiche dello stile di vita. Ecco qualche consiglio:

- Non fumate. È la prima regola della medicina preventiva ed è importante per la MRGE quanto per le patologie cardiache e polmonari.
- Evitate i cibi che scatenano la MRGE (si veda "Comuni cause dei sintomi di MRGE").
- Se assumete determinati antidolorifici, antibiotici, o altri farmaci che possono irritare l'esofago o contribuire alla MRGE, chiedete delle alternative al vostro medico, ma non sospendete il trattamento di vostra iniziativa.
- Evitate i pasti abbondanti e cercate di stare in piedi e di muovervi per almeno 30 minuti dopo mangiato (potete approfittare per aiutare a sparecchiare). Non andate a dormire prima di due ore dopo aver mangiato, anche se questo significa rinunciare a quello spuntino che vi concilia tanto il sonno.
- Sfruttate la forza di gravità per evitare che di notte gli acidi rifluiscono nell'esofago. Sollevare la testa con un cuscino in più non serve. Piuttosto collocate dei blocchetti di 10-15 cm. di lato sotto le gambe del letto, dalla parte della testata. Un metodo più semplice (e molto efficace) consiste nel dormire appoggiati a un grande cuscino a forma di cuneo. Se non lo trovate nei negozi di biancheria per la casa, lo troverete sicuramente nei negozi premaman perché il reflusso è molto comune in gravidanza (e, visto che è molto diffuso in generale, anche gli uomini possono cercare un cuscino in un negozio premaman).
- Masticate chewing gum per stimolare la secrezione di saliva in modo da neutralizzare gli acidi.
- Fate una dieta dimagrante.
- Evitate d'indossare cinture strette.

### La terapia farmacologica

Per rendersi conto della diffusione della malattia da reflusso gastroesofageo negli Stati Uniti basta entrare in un supermercato: vi si trova un vasto assortimento di prodotti da banco, insieme a numerosi farmaci con obbligo di prescrizione dietro il bancone del farmacista. Diamo un'occhiata ai cinque tipi di farmaci che possono dare sollievo:

**Inibitori della pompa protonica (IPP).** Gli IPP sono i farmaci più efficaci nel trattamento della MRGE, in quanto sono i migliori per ridurre la secrezione acida gastrica. Agiscono rapidamente, ma anche se il paziente si sente meglio, l'esofago infiammato può impiegare dalle quattro alle otto settimane per guarire completamente. Poiché la MRGE tende a ripresentarsi, i pazienti in genere necessitano di una terapia prolungata, e quelli con un'esofagite severa o esofago di Barrett possono avere bisogno di un trattamento ad alti dosaggi per tutta la vita. Fortunatamente, gli effetti collaterali sono rari:

diarrea, eruzioni cutanee o cefalea colpiscono meno del 3% dei pazienti. L'impiego a lungo termine, soprattutto ad alti dosaggi, può aumentare il rischio di osteoporosi e fratture. Un solo IPP, l'*omeprazolo*, è disponibile sia come medicinale da banco sia con obbligo di prescrizione; gli altri — *lansoprazolo* (Prevacid), *rabeprazolo* (AcipHex), *pantoprazolo* (Protonix) ed *esomeprazolo* (Nexium) — sono su prescrizione.

**Anti-H2.** Questi noti farmaci sono stati i primi a essere impiegati per ridurre la secrezione acida gastrica. Sono ampiamente disponibili a basso dosaggio come farmaci da banco e ad alto dosaggio come farmaci su prescrizione. Gli anti-H2 possono dare un temporaneo sollievo nella MRGE lieve, ma sono meno efficaci degli IPP. Comprendono *cimetidina* (Tagamet), *ranitidina* (Zantac), *famotidina* (Pepcid) e *nizatidina* (Axid).

**Antiacidi.** Gli antiacidi non riducono la quantità di acido secreto dallo stomaco, ma ne neutralizzano una parte. Molti sono venduti come medicinali da banco. Riducono l'acidità più rapidamente dei medicinali per la soppressione dell'acidità gastrica, ma portano solo un sollievo temporaneo nelle pirosi lievi. In generale, le formulazioni liquide agiscono più velocemente delle compresse masticabili. Gli antiacidi contenenti magnesio possono dare luogo a feci non formate. Quelli contenenti calcio si possono impiegare come integratori per rinforzare le ossa, ma gli uomini non dovrebbero abusarne, in quanto possono causare stipsi; inoltre, ad alte dosi (superiori a 1.200 mg al giorno) il calcio può aumentare il rischio di tumore della prostata di stadio avanzato.

**Citoprotettori.** Il *sucralfato* (Carafate) è un farmaco su prescrizione che protegge l'esofago e lo stomaco formando una pellicola. È molto sicuro, ma i benefici a lungo termine non sono chiari.

**Farmaci gastrocinetici.** La *metoclopramide* (Reglan), un altro farmaco con obbligo di prescrizione, favorisce le normali contrazioni dell'esofago e aiuta lo stomaco a svuotarsi più velocemente. Effetti collaterali quali sonnolenza, agitazione e tremori ne limitano l'utilità, ma la metoclopramide può aiutare i pazienti affetti da MRGE.

### L'intervento chirurgico

Le modifiche allo stile di vita e i farmaci — in particolare gli IPP — danno risultati talmente buoni che l'intervento chirurgico per la MRGE viene consigliato sempre meno. Ma anche la chirurgia ha compiuto dei passi avanti e può essere di grande beneficio per i pazienti con MRGE severa che non rispondono come dovrebbero alla terapia medica, e magari anche per le persone giovani che non sono propense ad assumere farmaci per tutta la vita.

Il progresso principale è dato dall'introduzione della *chirurgia laparoscopica*. Con il paziente in anestesia generale, il chirurgo pratica delle piccole incisioni nell'addome per introdurre una sonda a fibre ottiche e strumenti chirurgici miniaturizzati. L'operazione più conosciuta praticata per la MRGE è la *funduplicatio secondo Nissen*, che consiste nell'avvolgere la parte superiore dello stomaco intorno alla parte inferiore dell'esofago per impedire il reflusso. I nuovi metodi prevedono il restringimento dello sfintere esofageo inferiore con l'impiego di energia a radiofrequenza (tecnica Stretta) o con punti di sutura (sistema Bard).

### Per sconfiggere la MRGE

La MRGE è un problema legato alla vita moderna. Il fumo, le abitudini alimentari scorrette, l'obesità, l'abuso di alcool e lo stress alimentano il fuoco della pirosi. Un po' di bruciore di stomaco di tanto in tanto non deve preoccupare, ma una MRGE persistente può condurre a serie complicanze. Fortunatamente, il problema si può risolvere con uno stile di vita più salutare, una moderna terapia farmacologica con IPP o altri farmaci, e le nuove possibilità offerte dalla chirurgia. ▢

# Malattia da reflusso gastro-esofageo, ernia iatale e chirurgia laparoscopica

Prof. Francesco Domenico Capizzi, chirurgia gastroenterologica e laparoscopica, Hesperia Hospital, Modena

**L**a MRGE, con le possibili sue evoluzioni (Fig. 1, Tab. I), si manifesta nel 10% della popolazione adulta e rappresenta il 75% di tutta la patologia esofagea con un costo annuo negli USA di 10 miliardi di dollari (Tab. 1). Malattia multifattoriale, assomma alterazioni anatomo-funzionali – ipotonia dello sfintere esofageo inferiore (LES), insufficiente clearance esofagea, ernia iatale (Figg. 2,3) – a errori dietetico-comportamentali, stati d'ansia, condizioni di stress.



Fig. 1 - Visione endoscopica di esofago di Barrett (2-3% di MRGE): "fiamma" con ulcerazioni che possono contenere gradi di displasia fino alla degenerazione neoplastica.



Fig. 2 - Ernìa iatale da scivolamento con il suo aspetto imbutoforme: dislocazione in torace di una porzione di stomaco.

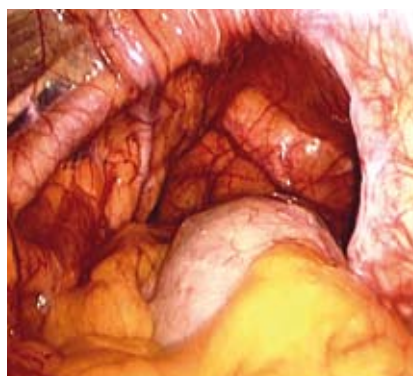


Fig. 3 - Ernìa iatale gigante nella visione laparoscopica: in torace stomaco, colon e milza.

## Quadro clinico e diagnosi

Pirosi retrosternale, dolore toracico, rigurgito di contenuto gastrico, disfagia, tosse, asma, tachicardia, cardialgia, otalgia, disgeusia e bruciore della cavità orale, anemia ferropriva costituiscono l'ampio spettro di sintomi e manifestazioni cliniche, di tipo digestivo ed extradigestivo, che sottendono la MRGE. Il patimento delle persone che accusano questo quadro è a volte assimilabile alle sofferenze imposte dall'angina pectoris e da malattie a sfondo depressivo e che compromettono la qualità della vita. La complessità del quadro e il suo andamento cronico e altalenante tendono a coinvolgere diverse figure della professione medica: dal medico generale allo pneumologo e al cardiologo, dall'otorinolaringoiatra al gastroenterologo, dall'allergologo all'odontoiatra, allo psichiatra e a cultori di medicine "alternative" ed esoteriche – che solitamente finiscono con l'allontanare da misurre diagnostico-terapeutiche appropriate – e infine al chirurgo. In questo percorso "ellittico", che si verifica in un quarto dei malati operati per MRGE, le notizie cliniche e tutti i referti specialistici devono essere valorizzati nel mosaico diagnostico: saranno utili per la diagnosi le terapie e il follow-up, avendo constatato che nel 70% di MRGE l'endoscopica risulta normale, nonostante la pH-impedenzometria (con una significatività dell'80%) possa avere confermato la diagnosi. Questi malati vengono comunemente definiti NERD (*non erosive reflux disease*) in contrasto con i quadri erosivi endoscopici (Fig.4).

## Terapia farmacologica

La terapia farmacologica persegue la risoluzione dei sintomi, la guarigione delle lesioni esofagee e la prevenzione di recidive e complicanze. Al medico spetta avvertire il malato che il persistere dei fattori di rischio sminuisce l'azione terapeutica – farmacologica e chirurgica – con il suo valore di supporto nel processo riparatore-risolutivo che conduce alla guarigione della malattia. Nei malati acuti, in assenza di una specifica storia pregressa, in prima istanza, la terapia è basata su farmaci inibitori di pompa protonica (IPP) senza neppure ricorrere ad accertamenti strumentali: trascorso un periodo di due settimane, il 90% dimostrerà un miglioramento significativo o la remissione completa dei sintomi. Nelle forme croniche, la terapia farmacologica consiste in 20, 40 e perfino 80 mg di inibitori di pompa protonica (IPP) ed oltre al giorno (Tab. II), con l'effetto di inibire la secrezione acida gastrica per 16-24 ore/die con effetti positivi nel 70% dei casi.

## Terapia chirurgica

I fallimenti farmacologici, la resistenza agli IPP, la necessità di una terapia continuativa, le esacerbazioni del quadro clinico e la progressione della malattia, l'età giovane del malato, il rifiuto della terapia e l'intolleranza agli effetti collaterali, la presenza di ernia iatale ed una qualità di vita inaccettabile costituiscono gli elementi cardine per porre indicazione all'intervento chirurgico. Molto spesso sono gli stessi malati ad affidare le loro speranze di risoluzione alla chirurgia. La Floppy Nissen Laparoscopica garantisce risultati eccellenti (Tab. III, Fig. 5): nel 97% dei casi contro il

70% degli IPP, ed anche dopo 10 anni dall'intervento e residui tassi di complicanze – disfagia, bloating, recidive di reflusso ed erniaria, slippage – che derivano da errori diagnostici e tecnici piuttosto che dall'intervento in sé. È necessario sottolineare che pirosi e riassunzione di antiacidi, in operati di Floppy Nissen Laparoscopica, non corrispondono quasi mai a recidive di MRGE, ma all'attivazione di gastriti satelliti a causa di errori dietetico-comportamentali. ◻



“Immagine schematica di “common cavity” gastro-esofagea con reflusso di contenuto gastrico in esofago per insufficienza sfinteriale ed ernia iatale”



“L'intervento laparoscopico secondo Nissen - funduplicatio a 360° - traspone il fondo gastrico attorno all'esofago in modo da ripristinare la barriera funzionale fra i due organi”

### Bibliografia essenziale

Nissen R. *A simple operation for control of reflux esophagitis.* Schweiz Med Wochenschr. 1956 May 18;86:590

Donahue PE. *The floppy Nissen fundoplication. Effective long-term control of pathologic reflux.* Arch Surg. 1985 Jun;120:663,8

Winter JW, Heading RC. *The nonerosive reflux disease-gastroesophageal reflux disease controversy.* Curr Opin Gastroenterol. 2008 Jul;24:509

Wilson JA, Vela MF. *New esophageal function testing (impedance, Bravo pH monitoring, and high-resolution manometry): clinical relevance.* Curr Gastroenterol Rep. 2008 Jun;10(3):222-30.

Labenz J. *Prospective follow-up data from the ProGERD study suggest that GERD is not a categorical disease.* Am J Gastroenterol. 2006 Nov;101(11):2457-62. Epub 2006 Oct 4.

Yousef F, Cardwell. *The incidence of esophageal cancer and high-grade dysplasia in Barrett's esophagus: a systematic review and meta-analysis.* Am J Epidemiol. 2008 Aug 1;168(3):237-49. Epub 2008 Jun 12.

Dulai GS. *Preoperative prevalence of Barrett's esophagus in esophageal adenocarcinoma: a systematic review.* Gastroenterology. 2002 Jan;122(1):26-33.

Ye W, Chow. *Risk of adenocarcinomas of the esophagus and gastric cardia in patients with gastroesophageal reflux diseases and after antireflux surgery.* Gastroenterology. 2001 Dec;121(6):1286-93

### Tab. I - Complicanze legate a MRGE ed ernia iatale

Complicanze	Incidenza (%)
Esofago di Barrett	10-15
Tenosi esofagea	4-20
Ulcere esofagee	2-7
Emorragia	<2
Perforazione	<0.2

→ adenoca dell'esofago 2-3%

### Tab. II - Problemi legati all'uso di IPP

- Nessuna risposta
- Incrementi crescenti del dosaggio
- Necessità di somministrazione perpetua con conseguenti difficoltà digestive
- Effetti collaterali, intolleranze, resistenze
- Rifiuto di continuare la terapia
- Gravidanze desiderate e in corso

### Tab. III - Complicanze che possono verificarsi nella Nissen e nel trattamento dell'ernia iatale per via laparoscopica (Esperienza personale su 558 casi operati, 1994-2008)

Complicanze intraoperatorie %	
- Perforazione dell'esofago .....	0
- Perforazione gastrica .....	0
- Perforazione di altri organi .....	0
- Lesione di vasi gastrici brevi e maggiori .....	0
- Pneumotorace .....	0.2
- Conversioni in laparotomiche .....	0
Complicanze postoperatorie	
- Embolia polmonare .....	0
- Emoperitoneo .....	0
- Peritonite .....	0
- Mediastinite .....	0
- Dislocazione mediastinica di gastroplastica .....	0.6
- Focolai bronco-pneumonici .....	2
- Disfagia transitoria .....	4
- Pneumotorace .....	0
- Mortalità .....	0
Complicanze tardive	
- Disfagia residua lieve .....	0.2
- Recidiva di reflusso .....	3
- Recidiva di ernia iatale grande .....	1

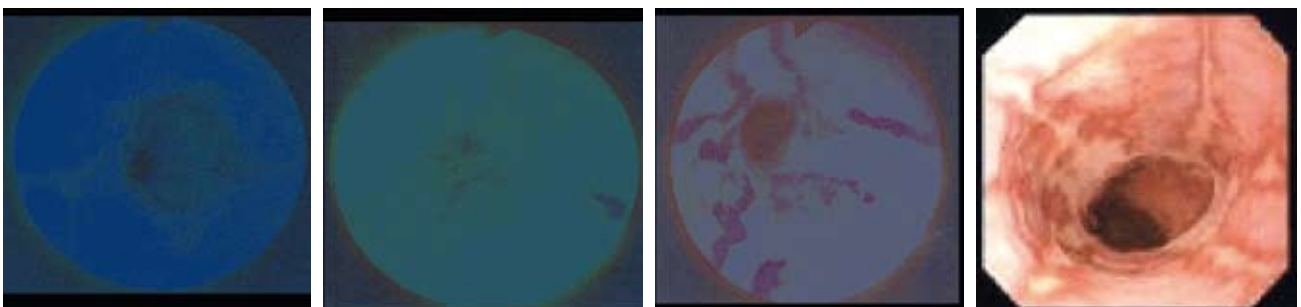


Figura 4 - Esofagite A, B, C, D nella classificazione secondo Los Angeles. L'ultimo stadio prelude alla neoplasia

# La costipazione cronica nell'uomo

**L**a costipazione cronica è un problema che affligge molti uomini, in particolare gli anziani. Ecco alcune cose che dovrete sapere su un argomento del quale probabilmente parlate soltanto con il vostro medico.

## La funzionalità intestinale

Gli alimenti solidi e liquidi iniziano il loro lungo viaggio nel tratto intestinale dalla bocca, passando rapidamente allo stomaco attraverso l'esofago. I muscoli dello stomaco si rilassano per accogliere il cibo e già dopo una ventina di minuti i liquidi passano nell'*intestino tenue*, seguiti a distanza di qualche minuto dai cibi solidi.

Sebbene abbia inizio nella bocca e nello stomaco, la maggior parte della digestione si svolge nell'intestino tenue. Man mano che le sostanze nutritive e i liquidi vengono assorbiti e passano nel circolo sanguigno, il contenuto intestinale diventa più denso e compatto, e i muscoli all'interno delle pareti dell'intestino si contraggono ritmicamente per farlo avanzare. Le contrazioni sono coordinate da una vasta rete di nervi, e anche vari ormoni contribuiscono a regolare il processo. In un uomo sano, un pasto medio impiega intorno alle sei ore per attraversare l'intestino tenue, lungo circa sei metri.

Quindi il contenuto intestinale perviene nell'intestino crasso, o colon, che assorbe ulteriori liquidi. I milioni di batteri che vi risiedono contribuiscono a determinare il colore e l'odore caratteristici delle feci. Contrazioni muscolari involontarie ritmiche spingono il contenuto intestinale attraverso il colon, lungo circa un metro e mezzo. Il tempo di tale transito varia considerevolmente; negli uomini sani che seguono una dieta corretta, la media è di 18-36 ore.

L'ultima fase si svolge nel retto. Il colon può immagazzinare una grande quantità di materiale fecale. Man mano che si riempie, il retto segnala la necessità di evacuare. Per consentire la defecazione, i due anelli muscolari del canale anale, deputati a evitare il passaggio involontario delle feci, devono rilassarsi. Contemporaneamente, i muscoli del basso colon si contraggono per spingere le feci all'esterno, con la collaborazione delle contrazioni volontarie dei muscoli addominali che aumentano la pressione.

Si tratta di un funzionamento complesso, che per questo è soggetto a numerosi problemi.

## Cos'è la costipazione?

Sebbene le stime varino notevolmente, circa 10 milioni di americani soffrono di costipazione, eppure non esiste una definizione precisa di costipazione. Per la maggior parte degli uomini, comporta uno o più dei seguenti disagi: evacuazioni infrequenti (in genere meno di tre a settimana), feci dure o caprine, transito fecale difficoltoso, sforzo evacuativo notevole, evacuazioni dolorose, sensazione di evacuazione incompleta.

## Le cause della costipazione cronica

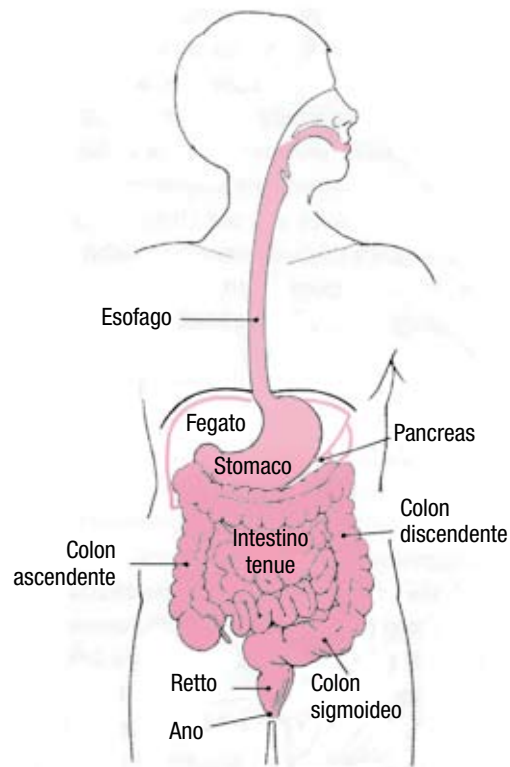
Nella maggior parte dei casi, la costipazione cronica è causata da fattori dello stile di vita, in particolare da un consumo insufficiente di fibra alimentare e da un'attività fisica inadeguata. Tuttavia, in determinati casi, a rallentare la funzionalità dell'intestino sono altri disturbi. Nella tabella 1 sono riportate alcune cause.

Sebbene possa essere causata da diverse malattie importanti, normalmente la stipsi non costituisce una minaccia per la salute. La prima cosa da fare è stabilire perché si è costipati.

## Valutazione

Il medico valuta lo stato di salute generale, i farmaci e gli integratori assunti e l'anamnesi familiare, con particolare riferimento alle malattie intestinali. Una visita può rivelare aspetti importanti; la palpazione addominale e l'esplorazione rettale sono esami importanti, ma nella maggior parte dei casi è sufficiente che il paziente riferisca dettagliatamente la dieta che segue, le proprie abitudini intesti-

## Il tratto gastrointestinale



Il cibo che ingeriamo segue un tortuoso percorso di circa 9 metri nel tratto gastrointestinale. Viene digerito nello stomaco e nell'intestino tenue, quindi il colon assorbe ulteriore acqua. Quando le contrazioni del colon sono lente, si va incontro alla costipazione.

nali e l'attività fisica svolta.

Non esistono test di laboratorio specifici per la costipazione, tuttavia il medico può prescrivere degli esami per valutare i livelli ematici di potassio e calcio e per accertare la presenza di sangue nelle feci, eventuale anemia, diabete o disfunzioni della tiroide.

In presenza di determinati sintomi, vanno eseguiti test più specifici. Nella tabella 2 sono elencati alcuni campanelli d'allarme.

Gli uomini con segni premonitori di costipazione dovrebbero eseguire ulteriori esami quali *colonscopia*, *sigmoidoscopia* e *clisma opaco* (radiografia che utilizza il bario come mezzo di contrasto). Ma anche in assenza di prodromi, ogni uomo sopra i 50 anni dovrebbe sottoporsi regolarmente a esami di screening per il cancro del colon, allo scopo di individuare polipi e tumori prima che questi diventino causa di costipazione.

## Conseguenze della costipazione

La costipazione cronica non causa di per sé malattie gravi, ma lo sforzo evacuativo può scatenare dolorosi problemi rettali, il più comune dei quali è costituito dalle *emorroidi*. Le vene del retto si gonfiano e possono causare sanguinamento rettale o un severo dolore rettale se danno luogo a *trombosi emorroidaria*, cioè alla formazione di un trombo. Lo sforzo evacuativo combinato con feci dure può lacerare i tessuti del retto, provocando l'insorgenza di *ragadi anali* talmente dolorose che i pazienti cercano di evitare l'evacuazione. Negli uomini (e nelle donne) anziani, le feci dure e secche possono occludere il retto, impedendo la normale evacuazione. Lo sforzo evacuativo può anche spingere

i tessuti del retto fuori dall'ano; in questo caso si parla di *prolasso rettale*, che può necessitare di una riparazione chirurgica. Una dieta carente di fibre, che è una tipica causa di costipazione cronica, può provocare anche *diverticolosi* e *diverticolite*, comuni malattie del colon che possono procurare sanguinamento o infiammazione con dolore e febbre. Anche in assenza di complicanze, il disagio derivante dalla costipazione cronica costituisce una buona ragione per sottoporsi a un trattamento.

#### Trattare la costipazione: gli obiettivi

Obiettivo del trattamento non è la regolarità intestinale bensì la normalità delle evacuazioni. La buona riuscita non si giudica dal numero di evacuazioni in una settimana, bensì dalla naturalezza della funzionalità intestinale. Per conseguire questo scopo, chi soffre di costipazione cronica dovrebbe modificare opportunamente il proprio stile di vita e, se necessario, concordare con il proprio medico l'impiego di lassativi e farmaci.

#### Prevenire e trattare la costipazione: lo stile di vita

Molti casi di costipazione cronica si possono prevenire o trattare apportando alcuni semplici cambiamenti allo stile di vita. I punti fondamentali sono quattro:

**1. Fibra alimentare.** La costipazione cronica è rara nelle società "primitive" che consumano cibi tradizionali, non raffinati, mentre è estremamente diffusa nelle società industrializzate, dove l'assunzione di fibra alimentare è carente.

La fibra alimentare è un misto di carboidrati complessi presenti nella crusca dei cereali integrali, nelle foglie e negli steli delle piante, nella frutta a guscio, nei semi, nella frutta e nella verdura, ma non nei cibi di origine animale. Poiché la fibra alimentare non viene digerita dall'intestino umano, ha un valore calorico molto basso, ma un elevato valore per la salute. Rendendo le feci più voluminose e morbide, e quindi agevolandone il transito, la fibra protegge dalla costipazione e da altri disturbi intestinali. Inoltre, contribuisce a migliorare lo stato di salute generale (vedi tabella 3), in quanto produce un senso di sazietà e abbassa i livelli di glucosio e colesterolo.

L'Institute of Medicine raccomanda 38 grammi di fibra al giorno per gli uomini sotto i 50 anni d'età e 30 grammi al giorno per quelli più anziani (per le donne, la quantità raccomandata è di 30 grammi al giorno prima dei 50 anni e di 21 grammi dopo). La maggior parte degli americani ne consuma decisamente molto meno. La tabella 4 elenca il contenuto di fibra di alcuni alimenti e integratori.

La fibra è importante per la funzionalità intestinale e la salute in generale, ma può essere difficile abituarsi. Molte persone si sentono gonfie quando iniziano una dieta ad alto contenuto di fibre, ma se continuano a seguirla questi ef-

### Tabella 1: Alcune cause di costipazione negli uomini

- Fattori inerenti allo stile di vita, tra cui carenza di fibra alimentare, assunzione di poche calorie, mancanza di esercizio fisico, disidratazione.
- Farmaci, tra cui antiacidi contenenti alluminio, calcio-antagonisti, antistamine, antidepressivi tricyclici, narcotici, farmaci antinfiammatori non-steroidi, anticolinergici e farmaci per combattere il morbo di Parkinson.
- Integratori, tra cui ferro e calcio.
- Disturbi di tipo endocrino, tra cui diabete e ipotiroidismo.
- Squilibri metabolici, tra cui bassi livelli di potassio e alti livelli di calcio.
- Malattie neurologiche, come sclerosi multipla, morbo di Parkinson e patologie del midollo spinale.
- Problemi psicologici, tra cui depressione e ansia.
- Patologie intestinali, quali tumori, sindrome dell'intestino irritabile, malattie infiammatorie intestinali, stenosi (restringimenti dovuti a cicatrizzazioni) e malattie rettali.

### Tabella 2: Quando la costipazione deve destare allarme

- Costipazione di recente insorgenza o improvviso cambiamento della funzionalità intestinale
- Vomito, gonfiore addominale, dolori addominali
- Sanguinamento intestinale
- Perdita di peso
- Febbre
- Anemia
- Dolore rettale
- Anamnesi familiare di cancro del colon o malattie infiammatorie intestinali

fetti collaterali in genere diminuiscono nel giro di un mese circa. Comunque la cosa migliore è abituare gradualmente l'intestino. Aumentate l'apporto quotidiano per un totale di circa 5 grammi a settimana fino al raggiungimento dell'obiettivo, e assumete liquidi in abbondanza. Potreste iniziare facendo colazione con fiocchi di cereali ad alto contenuto di fibre, ma se l'idea non vi attira potete consumare le fibre in qualunque altro momento della giornata.

**2. Attività fisica.** L'esercizio fisico accelera il transito delle scorie nell'intestino. Questa è una delle ragioni per cui le persone che svolgono un'attività fisica regolare godono di una considerevole protezione dal cancro del colon. Inoltre, come la fibra alimentare, l'esercizio fisico produce molti altri effetti benefici: riduce il rischio di patologie cardiache, ictus, ipertensione, diabete, obesità, disfunzione erettile e tante altre malattie.

Per il bene del cuore e per la salute in generale, oltre che della funzionalità intestinale, dovrete fare attività fisica quasi tutti i giorni. Una passeggiata di 30 minuti è l'ideale per iniziare.

**3. Liquidi.** I medici non consigliano più di bere otto bicchieri d'acqua al giorno, tuttavia chi soffre di costipazione cronica dovrebbe bere dai sei agli otto bicchieri di liquidi al giorno.

**4. Una buona routine.** Cercate sempre di assecondare il vostro intestino e di andare in bagno quando sentite l'esigenza di evacuare. Trattenendovi, invierete all'intestino un messaggio errato. Inoltre, prendetevi un po' di tempo ogni giorno per sedervi sul water. Poiché mangiare stimola il colon, il momento migliore è dopo un pasto. Visto che anche il caffè funge da stimolo, per molti il momento giusto è dopo colazione, soprattutto se si è abbastanza furbi da iniziare la giornata con cereali contenenti crusca.

#### Trattare la costipazione: i farmaci

I farmaci possono dare sollievo alle persone affette da costipazione cronica, tuttavia andrebbero usati solo quando, dopo essersi impegnati con la dieta e l'attività fisica, si continua ad aver bisogno di un ulteriore aiuto. Il primo passo dovrebbe consistere in una dieta ad alto contenuto di fibre, da integrare con sostanze che aumentano il volume delle feci, come lo psillio o la metilcellulosa. Ma se gli alimenti ad alto contenuto di fibre e i lassativi basati sull'aumento

### Tabella 3: La fibra alimentare protegge da vari problemi di salute

Malattie intestinali	Costipazione Emorroidi Diverticolosi Sindrome dell'intestino irritabile Cancro del colon
Altre patologie	Cardiopatie Obesità Diabete Calcoli biliari

di volume delle feci non danno risultati, prendete in considerazione i farmaci.

Il vostro medico può aiutarvi a decidere cosa è meglio per voi. In molti casi oggi la prima scelta è un *lassativo osmotico*. *Polietilenglicole, sorbitolo e lattulosio* sono formulazioni liquide contenenti carboidrati non assorbibili che richiamano acqua nel contenuto intestinale, rendendo le feci più morbide e agevolandone così il transito. I lassativi osmotici sembrano sicuri per un uso protratto, anche per gli anziani. In alcune persone provocano gonfiore e flatulenza; con il polietilenglicole la probabilità di effetti collaterali è inferiore perché non può essere digerito dai batteri del colon, però è più costoso.

Anche i *lassativi salini*, ad esempio l'idrossido di magnesio e il citrato di magnesio, assorbono i liquidi nell'intestino. Come i lassativi osmotici, in genere sono efficaci e sicuri, ma un uso eccessivo può produrre squilibri chimici, in particolare nei pazienti con patologie renali o insufficienza cardiaca congestizia. Questi collaudati rimedi si possono acquistare senza prescrizione.

*Stimolanti intestinali* quali *senna, bisacodile, cascara sagrada e olio di ricino* stimolano le contrazioni dei muscoli intestinali. Sebbene gli esperti non ritengano più che l'uso prolungato possa danneggiare l'intestino o creare dipen-

denza, raccomandano comunque di limitare questi medicinali da banco a un uso occasionale.

I *lassativi emollienti* come il *docusato* possono aiutare chi ha problemi rettali, ma non alleviano la costipazione cronica. L'olio minerale non viene più consigliato a causa di possibili complicazioni polmonari.

*Supposte e clisteri* possono dare un rapido sollievo, ma andrebbero utilizzati soltanto quando altri rimedi non sortiscono effetti.

Il *lubiprostone* è un medicinale in capsule con obbligo di prescrizione. Può aiutare, ma dato che è nuovo non se ne conoscono i benefici e i possibili effetti collaterali a lungo termine.

#### Modificare le proprie abitudini

In una persona in buona salute, la funzionalità intestinale dovrebbe essere regolare, indolore e naturale. Molte persone nelle società industrializzate soffrono di costipazione cronica e delle relative complicanze perché conducono uno stile di vita innaturale. Tornando a una dieta ad alto contenuto di fibre e praticando attività fisica regolarmente, si può ripristinare la funzionalità intestinale. E, se si rende necessario, il vostro medico saprà aiutarvi a scegliere tra le numerose alternative terapeutiche. ♥

**Tabella 4: Esempi di alimenti ad alto contenuto di fibre**

Alimento	Porzione	Contenuto di fibre (arrotondato al grammo)	Alimento	Porzione	Contenuto di fibre (arrotondato al grammo)
Fiocchi di cereali			Legumi		
Fiber One	½ tazza	14	Fagioli in scatola	1 tazza	10
All Bran Extra Fiber	½ tazza	13	Fagioli di Spagna	½ tazza (cotti)	6
All Bran	½ tazza	10	Fagioli Lima	½ tazza (cotti)	6
Grano spezzato	1 tazza	6	Frutta		
Avena	1 tazza (cotta)	4	Pera (con la buccia)	1 media	6
Cereali			Mela (con la buccia)	1 media	4
Orzo	1 tazza (cotto)	9	Banana	1 media	3
Riso integrale	1 tazza (cotto)	4	Frutta secca		
Prodotti da forno			Prugne	6	12
Cracker di segale	1	4	Uvetta	¼ tazza	2
Pane integrale	1 fetta	3	Frutta a guscio e semi		
Muffin alla crusca	1	2	Arachidi	10	1
Verdure			Popcorn	1 tazza	1
Spinaci	1 tazza (cotti)	4	Integratori		
Broccoli	½ tazza	3	Crusca di grano (grezza)	30 grammi	12
Cavoletti di Bruxelles	½ tazza	2	Germe di grano	30 grammi	4
Carote	1 media	2	Psillio	1 cucchiaino o 1 cialda	3
Fagiolini verdi	½ tazza	2	Metilcellulosa	1 cucchiaino	2

©2000 President and Fellow of Harvard College. All right reserved

Periodico mensile a cura di Edizioni Hesperia Informazioni di Hesperia Hospital Redazione: Via Arquà, 80 41100 Modena (Italy)

Direttore Responsabile Harvard Health Letter Edizione Italiana: Dr. A. Melpelo

Tradotto da: Ass. "La Clinica della Parola"

Riproduzione vietata salvo il consenso scritto del direttore responsabile dell'edizione italiana e dell'editore della edizione in inglese (Boston, MA).

Si collabora alla edizione italiana di *Harvard Health Letter* solo su invito.

I materiali non richiesti non si restituiscono.

Le opinioni e i giudizi critico-scientifici rispecchiano esclusivamente il pensiero degli autori.

Impaginazione grafica e resp. tecnico: Baselito S.r.l. Modena

Lo scopo della *Harvard Health Letter* è quello di interpretare le informazioni mediche di interesse pubblico in modo accurato e tempestivo.

La *Harvard Health Letter* non intende fornire consigli medici personali, che ciascuna deve ottenere dal proprio medico.

La pubblicazione non può fornire consigli personali sulla sanità.

Stampato in Italia da: Baselito S.r.l. Modena

#### Segreteria e informazioni

Via Arquà, 80 41100 Modena (Italy) Tel. 059 / 449300 - 449506 Fax 059 / 449502

#### Garanzia di riservatezza per gli abbonati.

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati e la possibilità di di richiedere gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a: Harvard Health Letter - Edizione Italiana Via Arquà 80/A, 41100 Modena (MO). Le informazioni custodite nell'archivio elettronico verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati vantaggiose proposte commerciali (legge 675/96 tutela dati personali)

#### Abbonamenti

Per abbonamenti telefonare a: Tel. 059 / 449300 - 449506 Harvard Health Letter - Edizione Italiana

oppure versare € 15,5 - (Lit. 30.000) sul c/c postale 16335416 intestato ad HESPERIA HOSPITAL MODENA s.r.l. Via Arquà, 80/A 41100 Modena il costo dell'abbonamento

è di € 15,5 annui - (Lit. 30.000) copie singole e copie arretrate sono in vendita a € 2,6 cadauna - (Lit. 5.000) Corrispondenza editoriale Harvard Health Letter Edizione Italiana Via Arquà, 80/A 41100 Modena - Italy e mail:harvardhealthletter@hesperia.it