

PATOLOGIE RESPIRATORIE LEGATE AL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO

L.Mirabile

Spesso il reflusso gastro esofageo è slatentizzato solo da una patologia laringea, faringea o otologica e nessun altro sintomo. Il 50-80% degli stridori hanno come causa un R.G.E. Il trattamento del reflusso gastro esofageo migliora o elimina la maggior parte degli stridori, a conferma del ruolo etiologico. Circa il 50% dei casi di dispnea acuta recidivante ha come base un R.G.E. e d'altra parte altre cause dispneizzanti, come gli angiomi sottoglottici e le laringiti allergiche, sono aggravate dalla presenza del R.G.E. Anche una disfonia prolungata, così come un laringospasmo, possono avere come causa un R.G.E. Molte manifestazioni faringee identificate come infettive hanno la stessa origine e possono presentarsi come un'infiammazione cronica del velopendolo, del palato, delle tonsille e dei loro pilastri e delle vegetazioni adenoidee. La flogosi e le irritazioni delle alte vie respiratorie possono verificarsi anche per minime quantità di reflusso acido, mentre per lo sviluppo di una esofagite sono necessarie esposizioni più prolungate e frequenti. Pertanto reflussi insufficienti per determinare esofagite, possono provocare alterazioni laringo-faringee, la cui mucosa è più delicata di quella esofagea e sensibile anche a singoli episodi di reflusso, che siano in grado di raggiungere queste sedi. In questo fenomeno deve comunque esservi una incompetenza simultanea anche dello sfintere esofageo superiore (UES). Sono state correlate al reflusso anche alcune patologie del naso e del rinofaringe, quali: la stenosi tubarica, la sinusite cronica, l'ipertrofia dei turbinati. In generale l'azione cronica degli acidi porta all'infiammazione e successivamente all'edema e tale meccanismo d'azione potrebbe spiegare il possibile ruolo del reflusso in molte patologie naso-sinusali. Si è riscontrata da tempo una frequente associazione, nello stesso paziente, tra il reflusso e la presenza di russamento e/o apnee notturne. La sindrome di Sandifer, in cui si associa un reflusso gastro-esofageo ed una inclinazione laterale della testa e del collo, potrebbe dipendere da una posizione antalgica necessaria per ridurre il dolore latero-faringeo indotto dal R.G.E. Anche molte complicanze respiratorie bronco polmonari possono essere correlate a fenomeni di inalazione, così come a fenomeni di broncospasmo riflesso (come già descritto), per la stimolazione vagale acida sui recettori esofagei, laringei e/o faringei. Nel lattante le complicazioni respiratorie del reflusso si manifestano spesso con broncopneumopatie recidivanti localizzate a livello dei lobi superiori. Nel bambino più grande la sintomatologia è invece caratterizzata da tosse da decubito e pertanto, prevalentemente notturna, da bronchiti recidivanti, pneumopatie del lobo medio. L'asma stessa può essere conseguenza di un reflusso gastro esofageo per fenomeni di sensibilizzazione allergica oppure esserne causa per l'alterazione dinamica del gradiente tensivo toraco-addominale. Purtroppo la diagnostica non è ancora probante, in quanto non sempre la scintigrafia gastrica o la ricerca dei macrofagi ripieni di grassi dell'aspirato bronco alveolare, sono dimostrabili.

La migliore riprova diagnostica è il trattamento ex adjuvantibus e la successiva ricomparsa dei sintomi con la sospensione della terapia. La sintomatologia laringea si può manifestare in forma acuta o cronica. Nel primo caso si verificano laringospasmi riflessi recidivanti, associati frequentemente ad una pericolosa distonia vagale (bradicardia, apnea, cianosi, perdita della coscienza). Le forme croniche sono invece rappresentate da laringomalacia, discinesie laringea, laringiti recidivanti.

Forme acute: l'eziopatogenesi dello spasmo e del riflesso vagale, già descritto precedentemente, sembrerebbe da attribuirsi alla stimolazione di chemiorecettori esofagei, faringei e laringei, con la mediazione di un riflesso vagale. E' noto che nel lattante e neonato l'ipertonìa vagale è associata al R.G.E. Le implicazioni di questi spasmi sono tanto più gravi quanto più piccolo e immaturo è il bambino. Va sempre ricercato il reflusso gastroesofageo in occasione di episodi ingiustificabili di apnea e cianosi.

Forme croniche: possono includersi in questo gruppo, quali patologie associate ed indotte dal reflusso gastroesofageo alcune forme identificate genericamente con il termine di stridori: le laringomalacie, le discinesie e le stenosi laringee. La valutazione endoscopica laringea evidenzia una infiammazione delle pliche ariepiglottiche e della mucosa aritenoidica, accompagnata, in una fase successiva, anche ad un edema di queste stesse zone. Successivamente il processo flogistico si estende al vestibolo ed al piano glottico, poi alla parete posteriore della trachea. A volte un edema sottoglottico può creare la falsa immagine dell'angioma.

Discinesia laringea (vedi laringomalacia)

Si manifesta come la laringomalacia tuttavia in queste forme non si osserva l'eccesso mucoso marginale e l'invaginamento inspiratorio margino-vestibolare, ma l'endoscopia evidenzia una incoordinazione tra movimenti toracici ed apertura laringea. Durante l'inspirazione la laringe si chiude e questo ingenera lo stridore ed il tirage. Anche in questa affezione sono frequenti le crisi vagali.

Laringiti recidivanti

Interessano il bambino più grande, fino a sei anni di età. Le cause possono essere varie ma comunque il reflusso gastroesofageo rappresenta il 50% delle cause, e pertanto va ricercato sempre. Altre possibili eziologie indagabili sono: le allergie, la schisi laringea, le cisti, gli angiomi, le stenosi sottoglottiche. Se non trattato adeguatamente il R.G.E. può ingenerare una stenosi cicatriziale glottica posteriore o sottoglottica. Quest'ultima situazione si sviluppa soprattutto nei pazienti che necessitano di una intubazione tracheale. In questi il danno meccanico-ischemico della mucosa associato all'azione clinica del reflusso acido favoriscono la formazione dei granulomi e degli esiti cicatriziali. In tali casi, quando l'estubazione è resa difficoltosa

per la presenza di granulomi posteriori bisogna ricercare il R.G.E. e trattarlo con procinetici ed antisecretori, se questi non sono efficaci bisogna eseguire il trattamento chirurgico.

Figura 1 - flogosi della faccia anteriore dell'epiglottide e delle vallecole glosso-epiglottiche in R.G.E.

Figura 2 - Voluminosa cisti glosso epiglottica in reflusso alcalino gastro-esofageo

Figura 3 a-b-c- flogosi interaritenoidiche e vestibolari in RGE. In a e b si nota anche un discreto edema aritenoidico

Figura 4 - flogosi ed edema vestibolare con ostruzione del III° grado di Cotton