

## Caso Clinico n. 13

Femmina - aa 37

### **Anamnesi patologica remota**

Nulla di rilevante da segnalare

### **Anamnesi patologica prossima**

Da alcuni anni la P. accusa episodicamente dispepsia, pirosi e epigastralgia. Da circa due anni tali disturbi sono andati intensificandosi, comparendo anche dolore retrosternale, nausea, vomito biliare e alimentare, rigurgiti di liquido biliare (riferisce di trovare il guanciaie al mattino sporco di bile), digestione lenta, ipo-anoressia, cefalea, astenia. Alcuni esami diagnostici (Rx ed endoscopia esofago-gastro-duodenale) non avevano rilevato alterazioni degne di considerazione e varie terapie (antisecretivi gastrici e procinetici) non avevano sortito validi risultati. Negli ultimi dieci mesi riferisce un calo ponderale di circa Kg. 20.

### **Esame obiettivo**

Soggetto in scadenti condizioni generali di nutrizione e sanguificazione. Non sono rilevabili alterazioni evidenti a carico dei vari organi e apparati.

Gli esami ematochimici rilevano anemia ipocromica e iposideremia.

Risultano negativi l'ecotomografia epato-bilio-pancreatica e lo studio radiologico dell'esofago, stomaco e duodeno.

L'esofago-gastro-duodeno-scopia dimostra moderata iperemia dell'esofago distale e lievi segni di antrite; irrilevanti i dati biopatici.

E' programmato allora lo studio funzionale del primo tratto dell'apparato digerente.

- La pH-metria esofago-gastrica / 24 ore evidenzia importanti reflussi duodeno-gastrici e gastro- esofagei di tipo misto (**vedi registrazione filmata - 1**).

Collegamento a Tracciato n. 1 caso clinico n.13.mpg.Ink

- Lo studio dei tempi di svuotamento gastrico eseguito con tecnica ultrasonografica rileva notevole rallentamento dello svuotamento gastrico, che risulta ancora incompleto oltre la sesta ora.
- L'elettromanometria esofago-gastro-duodenale dimostra grave iperdiscinesia del duodeno, attività antrale ridotta e, ancorché valida, insufficiente tuttavia rispetto all' ostacolo funzionale esofageo (**vedi registrazione filmata - 2**).

Collegamento a tracciato n. 2 Caso clinico n. 13.mpg.Ink

### **Diagnosi**

Sulla base dell'anamnesi e soprattutto degli esami funzionali, viene posta diagnosi di **gastropatia ed esofagopatia da reflusso alcalino per iperdiscinesia del duodeno (MRDGE)**.

### **Terapia**

In considerazione della natura squisitamente funzionale dell'affezione, senza cioè alterazioni organiche soprattutto a livello gastrico, si ravvisa precisa indicazione all'intervento di **Miotomia Duodenale Extramucosa (MDE) – Fundusplicatio secondo Nissen**.

L'operazione è eseguita con le procedure descritte nella Lecture N. 15 di questo Sito Web e rappresentate nel filmato ad essa allegato.

**Decorso post-operatorio** regolare: la P. è dimessa con un programma di controlli ambulatoriali.

### Outcome

Già nei primi tempi dopo la dimissione si rende evidente un deciso miglioramento della situazione: scomparsa della pirosi, del dolore epigastrico e progressiva diminuzione fino ad annullamento degli altri sintomi. A due mesi dall'intervento la P. è in grado di alimentarsi regolarmente e presenta incremento ponderale di circa quattro chilogrammi.

Dieci mesi dopo l'operazione sono eseguite verifiche funzionali:

- pH-metria esofago-gastrica combinata 24 ore, che dimostra netta diminuzione del reflusso duodeno-gastrico e assenza di reflusso gastro-esofageo (**vedi registrazione filmata 3**);

Collegamento a Filmato n. 3 Caso clinico n.13.mpg.lnk

- tempi di svuotamento gastrico nei limiti della norma;
- elettromanometria esofago-gastro-duodenale, che evidenzia vistosa riduzione dei valori pressori delle onde duodenali, anche dopo stimolazione prostigminica, e ricupero della prevalenza motoria antrale su quella duodenale con ripristino del coordinamento motorio (Fig. 1).

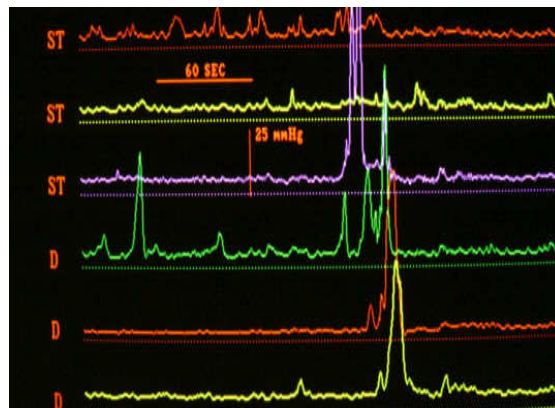


Fig. 1

Ventiquattro mesi dopo, la P. ritorna al suo peso normale con assenza di sintomi. Sono ripetuti gli esami funzionali che confermano, addirittura con qualche ulteriore miglioramento, i dati ottenuti dai precedenti controlli eseguiti a dieci mesi dall'intervento.

\*\*\*\*\*

## Commento

Questo caso concerne dunque una Paziente in relativamente giovane età, la quale da tempo accusa disturbi a carico del primo tratto dell'apparato digerente: in particolare dispepsia e rigurgiti di materiale biliare. Gli elementi che rendono la situazione degna di attenzione sono l'anoressia e il vistoso calo ponderale. A fronte di così grave quadro clinico sta la negatività dei comuni esami morfologici (Rx, endoscopia, ecc.); la prescrizione di terapie mediche non sortisce risultato alcuno. Negli ultimi tempi, prima di giungere alla nostra osservazione, le cose erano ulteriormente peggiorate e l'aspetto fisico nonché gli esami basali confermavano l'entità del quadro clinico.

V'è da dire a questo punto che le caratteristiche del corteo sintomatologico avrebbero dovuto già per tempo indirizzare i curanti alla diagnosi o se non altro ad un'ipotesi di diagnosi corretta. La triade rigurgito biliare, dispepsia, deperimento, oltre agli altri sintomi, in assenza di lesioni organiche, avrebbe dovuto suggerire innanzitutto e senza dubbio alcuno la diagnosi di incompetenza cardiaca e in seconda battuta l'ipotesi di disordine funzionale a livello della filiera antro-piloro-duodenale. Le caratteristiche infatti del materiale refluito, senza necessità di particolari indagini, ponevano di per sé la diagnosi di reflusso gastro-esofageo alcalino, che non poteva dipendere altro che da reflusso duodeno-gastrico. E gli esami funzionali (pH-metria, elettromanometria, ecc) confermavano tale assunto, ponendo la diagnosi di Malattia da reflusso duodeno-gastro-esofageo (MRDGE).

Com'è noto, la patologia da reflusso gastro-esofageo è evento relativamente frequente nelle popolazioni del mondo occidentale, ma generalmente si pensa al reflusso acido. Se tuttavia verifichiamo i dati che scaturiscono dalle casistiche riferentisi all'indagine pH-metrica di lunga durata, mentre risulteranno relativamente poco frequenti le situazioni di franco reflusso alcalino, come nel caso presente, viceversa l'incidenza del cosiddetto reflusso misto risulterà di gran lunga maggiore. Questo riscontro spesso non è letto nel suo giusto valore, essendo la curva pH-metrica facilmente interpretata come curva normale.

Il reflusso gastro-esofageo alcalino può essere asintomatico, ma progressivamente molto lesivo sulla mucosa esofagea; il reflusso duodeno-gastrico patologico (il reflusso duodeno-gastrico con clearing antrale normale è evento fisiologico), sia in dipendenza di adinamia antrale sia di prevalenza motoria duodenale su quella antrale, può essere oligosintomatico soprattutto nelle fasi iniziali, ma è comunque in grado di esercitare azione lesiva sulla mucosa antrale, spingendosi per gradi fino all'atrofia, alla metaplasia, alla displasia. Tutte situazioni che a lungo termine sono capaci di acquisire potenzialità neoplastica. La concomitanza con l'incompetenza cardiaca, come in questo caso, è evento favorevole, perché in grado di denunciare più precocemente la presenza e la natura dell'affezione.

Noi (Clinica Chirurgica Università di Genova) abbiamo esperienza soltanto di casi in stadi non precoci del disordine motorio gastro-duodenale. E' possibile che in fasi precoci, purché riconosciute, risorse farmacologiche (procinetici, PPI, ecc.) e dietetiche siano in grado di ripristinare il corretto coordinamento della filiera.

Purtroppo nella nostra casistica abbondano i casi nei quali la MRDGE ha indotto irreversibili e pericolosi danni a carico della mucosa antrale. In tali circostanze il trattamento è consistito nella diversione duodenale totale, che comporta, come noto, la resezione gastrica subtotale.

Ma in quei pazienti nei quali l'affezione è ancora in fase funzionale, come nel caso qui presentato, la miotomia duodenale extramucosa (MDE) è in grado di normalizzare il coordinamento antro-piloro-duodenale, ripristinando altresì la prevalenza motoria antrale su quella duodenale. In tal modo l'attività egestoria gastrica e quella di clearing antrale sono ricuperate alla corretta funzione gastro-duodenale.

-----