

Lecture N. 25

IL DOLORE PSEUDO-ANGINOSO DI ORIGINE ESOFAGEA

Uno dei problemi più delicati e difficili di cui deve occuparsi un Centro per le Malattie dell'Esophago è lo studio dei pazienti che vengono inviati dai Reparti di Cardiologia. Questi soggetti di solito hanno avuto episodi di dolore toracico, evocante il quadro dell'angina pectoris, tanto da essere ricoverati appunto in reparti di cardiologia o addirittura in Unità Coronariche (UTIC), ma in essi i Cardiologi non hanno evidenziato segni di cardiopatia ischemica.

Questo fenomeno è relativamente frequente e oscilla a seconda delle casistiche tra il 10 e il 40%. Già De Meester nel 1982 rilevava che il 50% dei pazienti dimessi da un'unità coronarica senza cardiopatia aveva una patologia esofagea. E' bene evidente tuttavia che in un certo numero di casi il dolore toracico può essere indotto da altra patologia al di fuori di quella cardiaca e/o esofagea (per esempio: motivi vertebrali o altre cause gastroenterologiche), ma nella maggioranza di tali casi è l'esofago il responsabile del dolore.

Esiste tuttavia la possibilità che coesistano malattia cardiaca e alterazioni esofagee, non raramente collegati patogeneticamente: in tali casi ovviamente sarà prevalente l'interesse cardiologico.

In questa lecture saranno presi in considerazione soltanto i casi riferentisi a quei pazienti dimessi da un reparto di cardiologia senza alterazioni cardiologiche accertate e nei quali potrebbe essere individuata quella quota di soggetti con patologia esofagea responsabile del dolore toracico.

Non sempre in questi pazienti è possibile raccogliere elementi anamnestici utili alla diagnosi. Chè se invece ciò si verificasse, probabilmente molti non arriverebbero ai cardiologi o comunque il sospetto di una patologia esofagea insorgerebbe più precocemente.

Di solito questi pazienti hanno avuto una o più crisi con tutti i caratteri dell'angina pectoris secondo lo schema originale di Heberden:

- dolore retrosternale
- senso di costrizione
- ansia e sensazione di morte imminente
- rapporto con l'affaticamento
- insorgenza nelle ore notturne o nelle prime ore del mattino.

Tuttavia se si insiste nell'interrogatorio anamnestico è possibile che scaturiscano sintomi riferibili ad una patologia esofagea .

Questi potrebbero essere:

- pirosi epigastrica e/o retrosternale
- odinofagia
- dolore retrosternale dopo ingestione di sostanze ghiacciate, acide o, se solide, poco masticate
- rigurgiti di sostanze acide o amare
- crisi di tosse durante il sonno
- laringiti o faringiti di incerta natura
- crisi di disfagia
- dispepsia con senso di digestione lenta
- dolore alla "*bocca dello stomaco*", leggi apofisi ensiforme.

E' chiaro che nel migliore dei casi soltanto uno di questi segni è presente e non in modo costante.

Bisogna d'altronde riconoscere che tutti i segni di Heberden classici dell'angina cardiaca possono trovare spiegazione patogenetica anche in chiave esofagea. Infatti la comune innervazione esofagea e cardiaca giustifica le analogie del dolore e così il senso di costrizione e di ansia rientrano nei sintomi di molte malattie esofagee e spesso nell' habitus di questi pazienti nei quali una componente psichica è molto importante.

Nei pazienti reflussori poi il reflusso di materiale gastrico nell'esofago avviene spesso in concomitanza di sforzi fisici o durante le ore notturne, giustificando il dolore da sforzo e l'insorgenza di esso in ore notturne.

La regola è comunque che tutte queste considerazioni nella migliore delle ipotesi avvengono a posteriori e in tale caso non hanno validità diagnostica; ed è per questo che in questi pazienti è indispensabile, come vedremo, l'apporto della semeiologia strumentale.

Quali sono le alterazioni esofagee che hanno rilevanza patogenetica nel dolore pseudo-anginoso?

Si può rispondere che di regola queste alterazioni conseguono ad una malattia funzionale dell'esofago. Escluderemo così tutta la patologia organica che solo eccezionalmente può intervenire nella patogenesi del dolore pseudo-anginoso .

Allora ripassiamo un momento assieme quelli che sono i caposaldi della funzione esofagea.

L'esofago è dotato di attività motoria fondamentale caratterizzata da

pressione tonica di base e da una funzione propulsiva di tipo peristaltico mirante durante la deglutizione alla progressione del bolo alimentare e alla pulizia del lume esofageo stesso: attività questa che va sotto il nome di *clearing esofageo*.

L'ultima parte dell' esofago è dotata di uno sfintere funzionale, denominato sfintere esofageo inferiore, S.E. I . o nella dizione anglosassone L .E .S. (Lower Esophageal Sphincter) , che si apre soltanto durante la deglutizione, permettendo al bolo di entrare nello stomaco, ma che in condizioni di riposo resta chiuso, impedendo così il reflusso di materiale gastrico nell'esofago.

Nei pazienti con dolore toracico pseudo-anginoso si trovano generalmente due tipi di alterazioni: il reflusso acido nell'esofago e disordini motori esofagei di altro tipo.

L'incidenza percentuale dei disordini motori senza reflusso varia molto secondo le casistiche, da 8 a 58% dei casi. Si calcola che in circa la metà dei pazienti con dolore pseudo-anginoso di origine esofagea, la causa del dolore non è il reflusso gastroesofageo. Anche nella nostra esperienza tale dato può essere confermato. E' bene che questo fatto sia conosciuto perchè da molti si tende a sopravvalutare l'importanza e la frequenza del reflusso gastro-esofageo nella genesi del dolore toracico. Quando pertanto il reflusso non è dimostrato, si tende ad escludere l'esofago come origine del dolore, che può invece, come detto, essere altrettanto sostenuto da disturbi e da disordini esclusivamente e primitivamente motori.

Allora vediamo la prima condizione: il reflusso gastro-esofageo.

Di solito questo crea dolore, sia per il semplice contatto del succo acido gastrico con la mucosa esofagea sia per la reazione motoria conseguente al reflusso nel tentativo di clearing, talvolta esagerata o scoordinata.

E' bene precisare che è prerogativa del reflusso acido la vivace risposta algogena: non altrettanto accade per il reflusso alcalino, che, proprio per la mancanza di questa risposta, è ancora più lesivo sulla mucosa esofagea.

Il reflusso acido è sempre la conseguenza di una insufficienza dello sfintere esofageo inferiore, che spesso si accompagna ad un'ernia gastrica transjatale da scivolamento.

La tecnica diagnostica per accertare un reflusso gastro-esofageo patologico, e pertanto possibile responsabile del dolore toracico, è la pH-metria esofagea di lunga durata (24 ore). Questa può eseguirsi senza eccessivo disturbo del paziente, che può svolgere, anche al proprio domicilio, tutte le normali attività quotidiane.

E' così possibile rilevare anche quei reflussi che intervengono in particolari condizioni, quali certe posture - "*allacciarsi le scarpe*" - uno sforzo fisico, la defecazione, il fumo, ecc.

Naturalmente il paziente deve tenere un diario di quanto accade in queste 24 ore, a

cominciare dalle sensazioni soggettive, in modo particolare quelle dolorose.

Se associamo alla traccia pH-metrica la traccia ECG abbiamo così in parallelo i parametri esofagei e cardiaci e sappiamo se il dolore coincide con una caduta del pH esofageo oppure con uno slivellamento del tratto ST .

Il fenomeno può anche essere provocato con il test di Bernstein: esso consiste nella instillazione endoesofagea di una soluzione 0,1 N (normaldecimo) di HCl all'insaputa del paziente, cimentandola con instillazioni di soluzione fisiologica come placebo. L'insorgenza del dolore correlata alla caduta del pH può avere significato diagnostico. Ma non v'è dubbio che maggiore valore in tal senso ha l'insorgenza del dolore senza test provocativi in corrispondenza di un reflusso esofageo spontaneo registrato nel tracciato pH-metrico durante le 24 ore dell'esame.

L'uso degli isotopi nello studio del reflusso gastro-esofageo per gli scopi diagnostici di cui si tratta ha il pregio di essere una tecnica meno invasiva e si è concordi nel ritenerlo un metodo valido; ma non può competere con l'attendibilità della pH-metria di lunga durata, perchè questa è in grado di ottenere maggior numero di notizie in più ampio arco di tempo.

I disordini motori esofagei che possono essere trovati in soggetti con dolore toracico pseudo-anginoso consistono generalmente in un aumento delle pressioni di contrazione peristaltica per lunghi periodi oppure in fenomeni di incoordinazione motoria: frequentemente questi aspetti coesistono.

Questi quadri di alterata funzione costituiscono spesso tipi caratteristici che possono essere identificati talora radiologicamente o con l'uso degli isotopi, ma che devono la loro precisa collocazione soprattutto patogenetica, allo studio elettromanometrico. Come per la pH-metria, anche questa indagine attualmente può essere eseguita per periodi prolungati, grazie al notevole miglioramento delle sonde e alla computerizzazione dei dati. Così maggiore attendibilità e completezza si può avere da questo esame, rispetto a qualche tempo fa quando esso era malagevole e mal sopportato dal paziente e pertanto limitato nel tempo

Ecco alcuni quadri (vedi Nota in calce al testo) di queste gravi alterazioni motorie, che si trovano in questi pazienti con sindromi pseudo-anginose:

- spasmo esofageo diffuso -
- sfintere esofageo inferiore iperteso -
- discalasia dello sfintere esofageo inferiore -
- acalasia vigorosa -
- quadri vari non classificabili di incoordinazione motoria -

Anche i diverticoli del corpo esofageo, epifrenici, faringo-esofagei sono espressione di disordine o incoordinazione motoria, primitiva o secondaria al reflusso gastro-esofageo .

Una questione importante e ancora non del tutto risolta concerne il rapporto di causa ed effetto tra dolore e disordini motori. Questo problema è meno sentito per i casi in cui è dimostrato il reflusso gastro-esofageo.

Effettivamente può capitare e non di rado che l'esame elettromanometrico sia eseguito in fase non dolorosa. Anzi questa è la regola. Se durante l'esame manometrico insorge il dolore e questo corrisponde a quadri discinetici allora va tutto bene. Ma se ciò non avviene non possiamo con certezza affermare il nesso di causalità tra i due fenomeni.

Inoltre può capitare che nel momento dell ' esame manometrico non solo non sia presente il dolore ma nemmeno alterazioni motorie esofagee, che possono tuttavia essere rilevate in esami successivi.

Sappiamo infatti che questi disturbi motori esofagei possono essere episodici, così come episodico è il dolore.

Ecco quindi profilarsi la notevole difficoltà di interpretazione in queste condizioni. Come ho già detto, la possibilità che oggi abbiamo di prolungare nel tempo lo studio elettromanometrico, dovrebbe ridurre l'incidenza dei casi non risolti o comunque dubbi.

Un' altra tecnica, su cui si continua a studiare per chiarire tali situazioni intricate, è quella dei tests provocativi, cioè l'evocazione con mezzi fisici o farmacologici del binomio dolore - discinesia esofagea.

Numerosi metodi sono stati suggeriti e qui ne elenco i principali:

- deglutizione di acqua gelata
- instillazione endoesofagea di soluzioni acide
- betanecolo
- pentagastrina
- ergometrina
- edrofonio

Quando si è ragionevolmente certi che la sintomatologia dolorosa è causata da queste affezioni esofagee, è necessario affrontare il problema della terapia. La cura del reflusso gastro-esofageo può essere medica e si basa allora sui ben noti presidi:

- dieta
- postura
- antagonisti recettori H2
- antiacidi
- chelanti
- metoclopramide
- PPI

Se questi falliscono la terapia chirurgica oggi è in grado di risolvere il problema nella maggior parte dei casi.

L'intervento chirurgico, che anche nella nostra esperienza, dà maggiormente risultati validi e durevoli nel tempo è la funduplicatio totale sec. Nissen-Rossetti. Questa in realtà ricostituisce una valvola antireflusso attiva e con materiale autologo. E' intervento di relativamente facile esecuzione, tutto eseguibile per via addominale e con tecnica video-laparoscopica; pertanto applicabile anche a pazienti con compromesse condizioni respiratorie.

Quando sia presente anche, e non è cosa infrequente, un ritardo di svuotamento gastrico importante, può essere utile associare anche un intervento di drenaggio gastrico che può andare dall' indebolimento dell' anello pilorico fino a interventi più complessi quale ad esempio la miotomia duodenale extramucosa .

Altre metodologie chirurgiche sono state via, via proposte ed applicate nella terapia di questa malattia . Non mi pare tuttavia il caso in questa sede di scendere in questi dettagli di impronta troppo chirurgica. Io vi ho proposto la tecnica da noi e dalla maggior parte dei chirurghi adottata.

Maggiori problemi crea la terapia dei disordini motori esofagei primitivi, cioè senza reflusso. Paradossalmente, ma poi nemmeno tanto, gli stessi farmaci, che agiscono sulla muscolatura liscia e che si applicano nella vera angina pectoris, hanno attività anche sull'esofago, soprattutto nei suoi segmenti distali.

E ciò, evidentemente è un trabocchetto in più nel fare assumere un dolore esofageo

come un dolore cardiaco. I farmaci dunque che possono entrare in un tentativo terapeutico della discinesia primitiva dell'esofago sono i seguenti :

- nitrati (a corta e a lunga attività)
- calcioantagonisti (nifedipina , verapamil , ecc.)
- altri vasodilatatori.

Alcuni farmaci che agiscono a livello della coordinazione motoria quali:

la metoclopramide , il domperidone , il cisapride non sempre rivelano attività valida sulla muscolatura esofagea.

V' è da dire tuttavia che questi pazienti con gravi discinesie esofagee hanno tutti un grosso terreno di alterazioni psichiche alle spalle e spesso si ha la sensazione che sia proprio questo fatto l'elemento patogenetico più importante nella sindrome.

Tant'è che la storia naturale di questa, vede periodi di gravi alterazioni soggettive ed obbiettive alternati ad altri di quasi normalità.

Di solito già la notizia che la crisi anginosa non è espressione di cardiopatia costituisce per la maggior parte di questi pazienti un notevole elemento terapeutico. Spesso questi pazienti possono convivere, una volta tranquillizzati, con i loro disturbi esofagei. In un certo numero di casi invece ciò non avviene e la terapia medica o comunque farmacologica non ha successo e allora è necessario un provvedimento chirurgico.

Poichè di regola è la muscolatura circolare dell' esofago l'elemento portante della discinesia almeno per quanto riguarda le sue conseguenze, la terapia chirurgica si fonda sulla abolizione funzionale delle fibre circolari mediante la loro interruzione. Questa si ottiene con la miotomia longitudinale portata sulla parete esofagea più o meno estesa secondo le indicazioni.

Schematicamente questi sono gli interventi miotomici maggiormente usati in tali condizioni e tutti eseguibili con tecnica video laparoscopica:

- spasmo esofageo diffuso: miotomia lunga dall'arco dell'aorta fino al cardias (con o senza funduplicatio)
- sfintere esofageo inferiore iperteso: cardiomiotomia extramucosa (Heller) + funduplicatio
- sfintere esofageo inferiore discalastico: idem

Caso a sè costituisce l'acalasia vigorosa, nella quale è scontata ormai l'inutilità della terapia medica e per la quale la cura che ottiene i risultati migliori e definitivi è l'intervento di Heller, cioè la cardiomiotomia extramucosa con associata plastica antireflusso. Questo intervento è facile, si esegue per via addominale con tecnica video laparoscopica, è praticamente privo di rischi e dà risultati a distanza ottimi.

Risultati buoni sono portati in questa malattia anche da coloro che eseguono la dilatazione pneumatica dello sfintere esofageo inferiore: tuttavia questa metodica non è scevra di rischi e non sempre dà risultati definitivi

In conclusione possiamo dire che un dolore toracico che mima il dolore anginoso cardiaco è un fenomeno relativamente frequente.

L'esofago è spesso responsabile di tale sintoma, sia a causa di un reflusso gastro-esofageo patologico sia a causa di alterazioni motorie primitive.

La sempre maggiore affidabilità delle tecniche diagnostiche lascia intravedere una migliore definizione del problema, sia dal punto di vista interpretativo e diagnostico sia di conseguenza anche dal punto di vista terapeutico.

Nota: per i tracciati ph-metrici ed elettromanometrici e altri dati si rimanda in questo stesso sito-web alle seguenti Lectures:

- N. 13 - Patologia motoria dell'esofago
- N. 14 - Acalasia esofagea
- N. 15 - Reflusso Gastro-esofageo

Bibliografia

- Budzynski J. Does esophageal dysfunction affect the course of treadmill stress test in patients with recurrent angina-like chest pain ? Pol Arch med wewn 120 (12): 484-90 2010
- Dimache M Turcan E. Natase M. - Noncardiac chest pain and gastroesophageal reflux disease - Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi 114 (2): 342-8 2010
- Mohd H. Qua CS. Wong CH Azman W. Goh KL. - Non-cardiac chest pain: prevalence of reflux disease and response to acid suppression in an Asian population - J. Gastroenterol Hepatol. 24 (2): 288-93 2009
- Husser D. Bollman A. Kune C. Molling J. Klein HU. - Evaluation of non cardiac chest pain: diagnostic approach, coping strategies and quality of life - Eur J Pain 10 (1): 51-5 2006
- Lemire S: - Assessment of clinical severity and investigation of uncomplicated gastroesophageal reflux disease and non cardiac angina-like chest pain - Can J Gastroenterol 11 suppl B: 37B-40B 1997
- Bortolotti M. Marzocchi A. Bacchelli S. Esposti AD. Sarti P. Brunelli F. Labriola E. Barbara L. - The esophagus as a possible cause of chest pain in patients with and without angina pectoris - Hepatogastroenterology 37 (3): 316-8 1990
- Vantrappen G. Janssens J. - Gastroesophageal reflux disease, an important cause of angina-like chest pain - Scand J Gastroenterol Suppl 168:73-9 1989
- Vantrappen G. Janssens J. Ghillebert G. - The irritable oesophagus - a frequent cause of angina-like pain - Lancet 30;1 1232-4 1987
