

Esofagiti non legate al reflusso

A. Pariente

Le esofagiti non legate al reflusso dipendono da molteplici cause. Esse associano, di solito, dei sintomi esofagei (dolori esofagei e disfagia in particolare) a dei segni generali (febbre, perdita di peso, ecc.) e, a volte, extraesofagei. L'endoscopia è, di solito, necessaria per la diagnosi e deve comportare molteplici biopsie stratificate, anche se non esistono lesioni notevoli, e, a volte, dei prelievi a scopo microbiologico. Le esofagiti infettive (micotiche e virali soprattutto), associate o meno a un'immunodepressione, medicamentose, caustiche e radiche, l'esofagite eosinofila e altre cause più rare sono considerate in un secondo tempo in questo articolo.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Esofagite infettiva; Esofagite micotica; Candida; Esofagite virale; Herpes; CMV; Esofagite medicamentosa; Esofagite caustica; Esofagite radica; Esofagite eosinofila; Lichene esofageo

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Esofagiti infettive	1
Quando pensare a un'esofagite infettiva	1
Diagnosi di un'esofagite infettiva	1
Trattamento delle principali esofagiti infettive al di fuori delle immunodepressioni gravi	2
■ Esofagiti medicamentose e tossiche	2
Esofagiti medicamentose	2
Esofagiti caustiche	2
Esofagiti radiche	2
■ Esofagiti allergiche/immunologiche	3
Esofagite eosinofila (OE)	3
Lichene esofageo	3
Pemfigo e pemfigoide bolloso	3
Esofagiti e malattie autoimmuni	3
Lesione esofagea della malattia di Crohn	3
Malattia di Behçet	3
■ Esofago nero (o necrosi acuta esofagea)	3

■ Introduzione

Le esofagiti non legate a reflusso sono delle esofagiti infettive, caustiche, iatrogene, oppure «infiammatorie primitive» (esofagite eosinofila, esofagite linfocitaria, malattia di Crohn).

■ Esofagiti infettive ^[1]

Quando pensare a un'esofagite infettiva

La disfagia può essere dolorosa (odinofagia).

Le ustioni esofagee sono provocate dalla deglutizione e sono diverse da una piroisi ascendente.

Le esofagiti infettive possono essere asintomatiche e possono essere scoperte in occasione di una febbre o di una modificazione della condizione generale, in un'altra localizzazione (orale), o in occasione della valutazione della malattia causale.

Le emorragie sono eccezionali e le perforazioni e le fistole (tubercolosi) lo sono ancora di più.

Esiste frequentemente un fattore favorente: terapia antibiotica antibatterica (micosi), immunodepressione (virus dell'immunodeficienza umana [HIV], chemioterapia, terapia corticosteroidica generale o inalata), diabete mellito, alcolismo ed età avanzata.

Diagnosi di un'esofagite infettiva

Quando esiste un mugugno orale tipico in un paziente sintomatico e immunodepresso, la diagnosi di candidosi esofagea è clinica.

Negli altri casi, è l'endoscopia completata da prelievi a scopo anatomopatologico (con colorazioni speciali e immunoistochimica, se necessario) e microbiologico che permette la diagnosi e di escludere una lesione (principalmente tumorale) sovrainfettata.

Nell'*esofagite micotica* (dovuta principalmente a *Candida* sp.), l'aspetto è quello di un mugugno e di false membrane confluenti, raramente di tipo vegetante, di ulcerazione o di stenosi. L'esofagite micotica è facilitata dalla stasi (stenosi tumorale, acalasia) e da una terapia antibiotica antibatterica.

Nell'*esofagite erpetica*, si vedono delle erosioni multiple a volte sospese; lesioni orofaringee sono presenti solo una volta su cinque.

Una lesione esofagea è possibile durante le infezioni da *Epstein-Barr virus* (EBV).

Nell'*esofagite da citomegalovirus* (CMV), si possono vedere delle zone congestizie, delle ulcere lineari e, perfino, un'importante ulcera distale.

Nella tubercolosi, si constatano un'ulcerazione con bordo sopraelevato ed, eventualmente, una stenosi.

In caso di *AIDS*, sono possibili delle ulcere esofagee a volte giganti senza cause individuate o delle lesioni miste (CMV + *Candida*, per esempio); una lesione ulcerata transitoria è possibile in caso di infezione primaria.

Esistono altre cause di esofagite, ma sono molto rare: aspergilloso, istoplasmosi, blastomicosi, actinomicosi, sifilide, leishmaniosi, nocardiosi, malattia di Chagas (dovuta a *Trypanosoma cruzi*).

Trattamento delle principali esofagiti infettive al di fuori delle immunodepressioni gravi

Le candidosi esofagee sono trattate in prima intenzione con fluconazolo in sospensione (100 mg/die per 5-10 giorni).

Le esofagiti erpetiche possono essere trattate con aciclovir (in capsule o in sospensione, 200 mg × 5/die per 5-10 die) o con valaciclovir (500 mg × 2/die per 5-10 die).

■ Esofagiti medicamentose e tossiche ^[1]

Esofagiti medicamentose

Favorite dall'assunzione di farmaci «a secco» presi prima di coricarsi e dall'esistenza di disturbi motori dell'esofago (molto incostanti), le esofagiti medicamentose si manifestano con la comparsa brutale di un dolore intenso retrosternale, che si irradia all'indietro, e associato a un'odinofagia e/o, a volte, a una pirosi grave. Le circostanze di insorgenza e la brutalità dell'inizio, così come l'identificazione del farmaco responsabile, sono molto suggestive della diagnosi.

“ Punto importante

Principali farmaci responsabili di esofagite (lista non esauriente)

- Tetraciline
- Bifosfonati
- FANS
- Vitamina C
- Cloruro di potassio
- Bromuro di pinaverium
- Sali di ferro
- Chinidina
- Nelfinavir
- Chemioterapia antineoplastica

L'endoscopia è indicata e mostra delle lesioni variabili, che vanno da ulcerazioni superficiali sospese a un'esofagite pseudomembranosa estesa (bifosfonati). Le complicanze gravi, stenosi, perforazioni, fistole, emorragie, sono rare.

Il trattamento comporta la sospensione del farmaco causale, l'ingestione di anestetici locali (Mutesa[®], per esempio) e, perfino, di antalgici generali, eventualmente morfiniti, e un'idratazione venosa, se la deglutizione è impossibile. Non vi sono prove che gli IPP siano utili. I sintomi scompaiono, di solito, in una-due settimane.

Esofagiti caustiche ^[2]

Le esofagiti caustiche sono associate all'ingestione accidentale o per suicidio di caustici, soprattutto la *candeggina* e la *soda caustica*

(prodotti per sturare i lavandini, in particolare). L'identificazione del caustico può essere più difficile e facilitata dalla consulenza di un centro antiveleni.

La diagnosi è, di solito, evidente davanti a dolori retrosternali o epigastrici associati a un'odinofagia, a nausea, a volte a un'ematemesi, a ustioni orali o a una dispnea laringea; è più difficile se il paziente era da solo e ritrovato in coma.

Bisogna subito chiamare il servizio di Pronto Soccorso e, nel frattempo, porre il paziente in decubito laterale sinistro in maniera da assicurare la libertà delle vie aeree. Non far vomitare né bere.

Principi di gestione in ambiente ospedaliero

Valutare la gravità su dei criteri:

- clinici (natura e quantità del caustico ingerito, shock, disturbi psichici, distress respiratorio);
- biologici (acidosi metabolica, ipossiemia, ipoglicemia, coagulopatia);
- radiologici (radio polmonare e dell'addome senza preparazione, TC, ricercando uno pneumoperitoneo che indica una perforazione gastrica, uno pneumomediastino e una pleurite che fanno sospettare una perforazione esofagea);
- endoscopici (in anestesia generale, in assenza di una perforazione). L'endoscopia in caso di urgenza, dopo la rianimazione, se necessaria, permette di classificare le lesioni esofagee e gastriche dall'eritema alla necrosi e di precisare la loro estensione; è associata a un'endoscopia bronchiale se le lesioni esofagee sono da lievi a gravi, senza dimenticare di ricercare delle intossicazioni associate.

Principi di trattamento

I pazienti con *lesioni da minime a moderate* sono trattati mediante la sospensione più o meno breve dell'alimentazione orale, dopo un controllo endoscopico il giorno 7.

I pazienti che hanno delle *lesioni di necrosi severa e/o dei segni di gravità* clinicobiologici sono sottoposti a un intervento in caso di urgenza o dopo una rivalutazione a 24 h (secondo la topografia delle lesioni esogastriche: gastrectomia totale, gastrectomia con esofagectomia fino alla zona sana oppure esofagogastrectomia totale mediante «stripping»). Le plastiche (con stomaco o colon destro) sono discusse secondariamente.

I pazienti con forme da lievi a gravi sono rivalutati a tre mesi per valutare le sequele. Le *stenosi* possono essere trattate mediante dilatazioni endoscopiche iterative, associate a degli IPP a lungo corso, o anche mediante il posizionamento di protesi estraibili. A lungo termine, una sorveglianza endoscopica con biopsie è necessaria per evidenziare la possibile comparsa di un carcinoma epidermoide.

Nei casi di suicidio, un'assistenza psichiatrica a lungo corso è indispensabile.

Esofagiti radiche ^[3]

L'esofagite è molto frequente durante le irradiazioni toraciche (per cancro broncopolmonari ed esofagei soprattutto).

Si manifesta con un'odinofagia che può impedire gravemente l'alimentazione. Può essere associata a una sovrainfezione (cfr. supra).

Viene trattata sintomaticamente (regime mixato o liquido o alimentazione enterale), mediante anestetico topico (Mutesa[®]); il ruolo protettivo dell'amifostina non è chiaramente stabilito.

La comparsa di fistole (fistola esotracheale, mediastinite), dovuta principalmente alla fusione tumorale piuttosto che all'infiammazione attinica dell'esofago, richiede la sospensione del trattamento e il posizionamento di una protesi coperta (eventualmente associata a una protesi tracheobronchiale).

A distanza, sono possibili delle stenosi, trattate abitualmente con dilatazione, così come dei sintomi che associano dolori retrosternali, ipersensibilità esofagea e anomalie motorie con disopie odinofagie e, a volte, molto ritardate.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465010>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465010>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)