

Federazione Italiana delle Scuole di Agopuntura del Centro
Ambulatorio di Agopuntura e Moxa
UO di Dermatologia-Dipartimento di Medicina
PO S. Salvatore
ASL 04 L'Aquila

Impiego di una formula pronta cinese nella gestione sintomatologia della malattia da reflusso gastro-esofageo

Referenti: Carlo Di Stanislao e Edi Galluzzo

Premessa

La malattia da reflusso gastro-esofageo (RGE) è caratterizzata dal reflusso del contenuto gastrico nell'esofago ed indica l'incompetenza dello sfintere esofageo inferiore (cardiale) che, a sua volta, può legarsi a molte cause diverse[i] [ii]:

1. pressioni intrinseca sfinteriale;
2. morfologia dell'angolo della giunzione gastro-esofagea;
3. azione del diaframma;
4. influenza della gravità in posizione eretta.

Il reflusso acido può determinare una esofagite peptica che dipende, a sua volta, da molti fattori differenti:

1. causticità del materiale che rifluisce;
2. incapacità di eliminare dall'esofago e rapidamente il materiale refluito;
3. volume del contenuto gastrico;
4. capacità protettiva locale della mucosa.

Il sintomo principale è la piroisi retrosternale con o senza rigurgito del contenuto acido nella cavità orale. La piroisi è acuita dalla posizione sdraiata, compare dopo i pasti o con l'assunzione di alimenti eccitanti e nervini (caffè, the, cioccolato). Complicanze, oltre all'ulcera peptica, sono la stenosi esofagea e la metaplasia (precancerosa) di Barrett[1].

L'ulcerazione causa odinofagia e, spesso, emorragie anche massive (ematemesi e melena). Il dolore è identico a quello delle ulcere gastroduodenali (terebrante, trafittivo e rodente), ma spesso localizzato in sede retro-xifoidea. La stenosi causa disfagia progressiva per i cibi solidi. La diagnosi di RGE si fonda, in primo luogo, su una accurata anamnesi che rivela piroisi, dolore retrosternale e/o retroxifoideo, rigurgiti acidi, a volte associati a tosse o difficoltà respiratoria[2], disfagia, modificazioni sintomatologiche in rapporto alla posizione ecc.

Una radiografia baritata in Trendelenburg può mostrare il reflusso, mentre l'esofagoscopia con citologia ed esame istologico sono utili per diagnosticare infiammazioni, ulcere, stenosi e metaplasia esofagea. La manometria monitorizza la pressione sfinteriale mentre la determinazione del pH esofageo[3] fornisce una prova diretta del reflusso. Il test di Bernstein è diagnostico e consiste nel riprodurre i sintomi con perfusione acida dell'esofago e nella loro scomparsa rapida dopo lavaggio con fisiologica. Anche quando i reperti endoscopici e radiologici sono negativi, di fronte ad una evidenza clinica e con test di Bernstein o ph-metria positiva si è giusticati a porre diagnosi di RGE.

La terapia può essere medica e, nel caso di ulcere, metaplasia o stenosi, chirurgica[iii].

La terapia medica si avvale di vari accorgimenti:

1. sollevare la testata del letto del paziente di circa 20 cm
2. eliminare cibi che aumentano la secrezione acida gastrica (caffè, alcool, cioccolato, grassi, ecc.)

3. abolire il fumo
4. evitare alcuni farmaci come, ad esempio, gli anticolinergici
5. usare 30 ml 1 h dopo ogni pasto e prima di coricarsi, di antiacidi per contatto (idrossido di alluminio e magnesio o carbonato di calcio, ad esempio), in modo da ridurre l'acidità gastrica.
6. usare anti H₂ per ridurre (ove severa) l'acidità gastrica.
7. impiegare (per migliorare la competenza sfinteriale) degli agonisti colinergici come betanecol e metaclopramide[4].
8. gli inibitori della pompa ATPasi idrogeno-potassio (omeprazolo, lansoprazolo, ecc.) sono da impiegare solo in caso di ulcera peptica.

In caso di stenosi occorre eseguire dilatazione anche endoscopica progressiva. L'emorragia massima necessità di intervento chirurgico d'urgenza[iv]. Gli interventi chirurgici (Belsey, Hill, Nissen, ecc.) sono da limitare ai casi complicati e possono essere anche laparoscopici videoassistiti. La metaplasia di Barrett implica terapia medica (antiacida o basata su inibitori della pompa idrogeno-potassio) e chirurgica, che comunque non risultano sempre risolutive¹⁻³.

In Medicina Tradizionale Cinese (MTC) il RGE si ascrive a numerose categorie sindromiche: *outu*, *weitong* ecc[v][vi], tutte legate alla condizione generale definita *qini* (letteralmente "controcorrente")[vii].

Secondo Kespì[viii] si deve ad una mancata armonia fra TR-Superiore e TR-Medio e, pertanto, punti attivi possono essere: *neiguan*, *shangzhong*, *xiaowei*, *zhongwei*, *lieque*.

Secondo altri autori[ix][x] sono interessanti alcuni punti che favoriscono la discesa e la progressione del cibo nel digerente e, fra questi, soprattutto ST43, *xiaogu*.

Le osservazioni di Sciarretta[ix] e Borsarello[xii], poi, ci indicano come attivi (per ridurre l'acidità e migliorare la resistenza peptica mucosale) i punti LI11 (*quchi*) e SP3 (*taibai*). Studi clinici cinesi ed occidentali, condotti in corso di acalasia, dimostrano che alcuni punti classici di agopuntura (ST25-36, LI4-11, CV12[xiii][xiv]) agiscono sul tono dello sfintere esofageo inferiore[xv][xvi][xvii][xviii][xix][xx].

Vari rimedi della farmacologia tradizionale cinese possono svolgere azione procinetica e, soprattutto, antiacida[xxi][xxii].

Studiate, principalmente, sotto il profilo scientifico e la ricerca dei principi attivi, sono ramuli Zinziber officinalis[xxiii], Glycyrrhiza uralensis[xxiv] radix e Atractylodes macrocephala rhizoma[5][xxv][xxvi][xxvii].

Studio clinico

La nostra ricerca riguarderà l'impiego di un prodotto erboristico cinese in cp, definito *Zuo Jin Pian*, composto da Coptis rhizoma (*huanglian*) per l'84,7% e Evodia radix (*wuzhuyu*) per il restante 14,3% ed attivo sulla ipersecrezione gastrica e sulla motilità intestinale. La ricerca, aperta e sequenziale, sarà relativa a pazienti adulti di ambo i sessi con diagnosi di RGE confermata da phmetria e manometria[6]. Tutti dovranno eseguire una esofagoscopia con biopsia al fine di escludere complicanze o presenza di *Helicobacter pylori*. Tutti i pazienti assumeranno 2 cp[7]. Di *Zuo Jin Pian* un'ora dopo colazione, pranzo e cena. La terapia ha avuto la durata di un mese con follow-up di 4 settimane.

Si valuteranno la intensità (a 4 punti, da assente-0 a intensa-3) della pirosi e del reflusso orale di materiale gastrico nei soggetti che all'inizio dello studio presenteranno questo sintomo (5 casi). Le valutazioni cliniche saranno state settimanali. A fine ricerca si è eseguirà una manometria sfinteriale di controllo per valutare la pressione intrinseca sfinterica. Durante lo studio ed il follow-up si eviteranno fumo, alimenti grassi, metilxantine e tutti i pazienti hanno alzato la spalliera del letto di 20 cm.

Saranno vietati farmaci antiacidi, colinergici, bloccanti anti-H₂ o inibitori della pompa idrogeno-potassio.

Indirizzo per chiarimenti ed adesioni

Carlo Di Stanislao

E-mail: amsaaq@tin.it; edi-web@tin.it

[1] Il presentarsi dell'esofago di Barrett tra i pazienti con malattia da reflusso ha un'importante significato clinico a causa della maggiore incidenza di adenocarcinoma dell'esofago. Tutti i pazienti che presentano sintomi da reflusso da lungo tempo dovrebbero essere sottoposti ad analisi per l'individuazione dell'esofago di Barrett. *Leggi: Katzka M. et al, Med. Clin. North. Am., 2000, 84: 1137-1161*

[2] Soprattutto in età pediatrica il reflusso (sindrome di Middleton) può causare asma o equivalenti asmatici. Vedi: *Exercise-Induced Gastroesophageal Reflux in Nonasthmatic Children, Allergy & Clinical Immunology International., 2001, 3: 8-12*

[3] Definito *acid reflux test*. E' un metodo per accertare la presenza di materiale a seguito del reflusso gastroesofageo nell'esofago. Si esegue analizzando l'acidità dell'ambiente esofageo con una sonda corrispondente a un elettrodo per la misurazione del pH. *Leggi: AAVV: Dizionario di Medicina e Biologia, Ed. Zanichelli, Bologna, 2001.*

[4] La cisapride è meno usata perché ricca di effetti collaterali.

[5] Nelle forme da iperacidità in Cina si usa il Gypsum fibrosum sclerotium che, tuttavia, inibendo lo svuotamento gastrico, può aggravare, col tempo, la RGE.

[6] Presso la UO di Endoscopia Chirurgica della ASL 04 de L'Aquila, diretto dalla prof.ssa A. Pistoia.

[7] Da 0,30 g ciascuna. Distribuito in Italia da Shen Long srl di Guidonia (RM).

Bibliografia:

[i] AAVV: Manuale Merck di Diagnosi e Terapia, Sezione 3: Malattie Gastrointestinali, 7Th Ed., Ed. Mediform Italia, Milano, 1999.

[ii] Isselbacher K.J. et al. (eds): Harrison. Principi di Medicina Interna, 13Th Ed., Ed. Mac Graw Hill Italia, Milano, 1996.

[iii] Zanussi C. (a cura di): Breviario terapeutica, Ed. Selecta Medica, Pavia, 2000

[vi] Valdoni A.: Manuale di Chirurgia, Ed. Vallardi, Roma, 1974.

[v] Traidou P.: Histoire de la notion de maladie en Chine, Rev. Fr. D'Acupunct., 1999, 98:7-24.

[vi] Minelli E., Sciantarelli C.: L'agopuntura nella terapia del vomito in corso di chemioterapia, Quaderni di cure palliative, 1999, 7(2): 115-121.

[vii] Ming O. (chief ed.): Terminology in TCM, Joint Publications, Hong Kong, 1989.

[viii] Kespè J.M.: Cliniques, Ed. Guy Trédaniel, Paris, 1989.

[ix] Yuen J.C.: Energetica Generale, policopie, Ed. AMSA, Roma, 1997.

[x] Bologna M., Di Stanislao C., Corradin M. et al.: Dietetica Medica Scientifica e Tradizionale, Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1999.

[xi] Sciarretta C.: Lezioni di agopuntura, Vol I-III, policopie, Ed. AMA, Ancona, 1983.

[xii] Borsarello J.F.: Gastroenterologie et Médecine Chinoise Traditionnelle, Ed. Masson, Paris, 1987.

[xiii] Dumitrescu I.: Agopuntura 2.2 (CD), Ed. Nuova Ipsa, Palermo, 1998.

[xiv] Di Stanislao C., Galluzzo E.: Updating on usage of acupuncture and Chinese Traditional

Medicine in Gastroenterology, Probiotics, Prebiotics & New Foods, International Meeting, Roma, 2-4 settembre 2001, Atti, Ed. Idea CPA, Roma, 2001.

[xv] Guelrud M, Rossiter A, Souney PF, Rossiter G, Fanikos J, Mujica V. The effect of vasoactive intestinal polypeptide on the lower esophageal sphincter in achalasia. *Gastroenterology* 1992., 103: 377-382.

[xvi] Kaada B. Successful treatment of esophageal dysmotility and Raynaud's phenomenon in systemic sclerosis and achalasia by transcutaneous nerve stimulation. Increase in plasma VIP concentration. *Scand J Gastroenterol* 1987., 22: 1137-1146.

[xvii] Chang FY, Chey WY, Ou Yang A. Effect of transcutaneous nerve stimulation on esophageal function in normal subjects. Evidence for a somatovisceral reflex. *Am J Chin Med* 1996., 24: 185-192.

Med 1994., 14: 174-179.

[xviii] Guelrud M, Rossiter A, Soundey PF, Sulbaran M. Transcutaneous electrical nerve stimulation decreases lower esophageal sphincter pressure in patients with achalasia. *Dig Dis Sci* 1991., 36: 1029-1033.

[xix] Tusheng S. Acupuncture at *JianJing* for treatment of achalasia of the cardia. *J Tradit Chin.*, 1994; 14: 174-179.

[xx] Di Stanislao C., Galluzzo E.: *Patologia Gastroenterica*, in *Libro Bianco sull'Agopuntura e le altre Terapie della Tradizione Estro-Orientale*, AAVV, Ed. SIA/CEA, Milano, 2000.

[xxi] Massarani E.: *Erbe in Cina*, Ed. ESI, Milano-Roma, 1981.

[xxii] Lie H.: L'impiego dei diversi principi erboristici tradizionali nelle più comuni sindromi degli Organi e Visceri, *Riv. It. D'Agopunt.*, 1999, 97: 67-88.

[xxiii] Di Stanislao C., Corradin M.: Note sullo Zenzero fra scienza e tradizione, *Riv. It. D'Agopunt.*, 1999, 97: 49-56.

[xxiv] Semizzi M.: *Alcune piante per lo stomaco*, Tesi Finale di Diploma, Corso di Fitoterapia Scientifica, AIRAS, Padova, 2001.

[xxv] Guillaume G., Chieu M.: *Pharmacopée et Médecine Traditionnelle Chinoise*, Ed. Presence, Paris, 1987.

[xxvi] Bensky D., Gamble A.: *Chinese Herbal Medicine, Materia Medica*, Eastland Press, Seattle, 1986.

[xxvii] Iommelli O., Di Stanislao C., Giannelli G., Lauro G.: *Manuale di Fitoterapia Comparata*, Ed. Casa Editrice Ambrosiana-Div. Zanichelli, Milano, in press.