

2 - EPIDEMIOLOGIA

La malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) raggiunge percentuali considerevoli nei Paesi industrializzati e va acquisendo un rapido e significativo incremento anche nei Paesi in via di sviluppo (Tab. 1).

Si assiste a un andamento complessivo in espansione per una maggiore esigenza e facilità di ispezione delle prime vie digestive, ma soprattutto per una reale diffusione della MRGE come conseguenza della modernità: stili di vita e norme dietetico-comportamentali errati, condizioni di stress che derivano dall'organizzazione sociale, dalle condizioni lavorative e in generale dal ritmo di vita incalzante che ogni persona deve sostenere o riservare per sé, più o meno liberamente, contribuendo a propagarli nel contesto in cui vive.

I dati riportati nella letteratura variano a seconda delle posizioni geografiche, dei punti di osservazione e dei metodi statistici utilizzati.

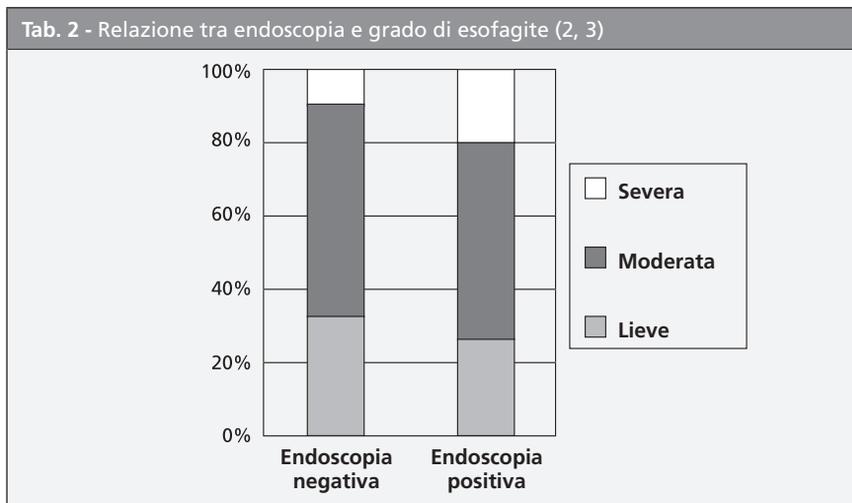
Sussistono anche motivazioni intrinseche, di incertezza, nella stessa realtà nosologica dell'affezione: in primo luogo, non esiste una definizione universalmente accettata di malattia da reflusso gastroesofageo, con conseguente possibile variazione del significato e del peso attribuiti ai parametri utilizzati, che in queste

Tab.1 - Dati epidemiologici sulle più comuni patologie esofago-gastro-duodenali (1)		
	EGDS su 89.818 casi (1991)	EGDS su 171.839 casi (2007)
Esofagite	2,3 %	8,6%
Ulcera	15,3%	8,5%
Ulcera gastrica	4,7%	3,5%

condizioni subiscono varie interpretazioni nelle differenti casistiche; in secondo luogo, appare molto ampio lo spettro delle manifestazioni cliniche avvertite dalle persone che costituiscono di fatto il profilo clinico della MRGE; in terzo luogo, non sono disponibili criteri definiti e del tutto affidabili per giungere alla certezza della diagnosi di MRGE in assenza di esofagite. Questa condizione endoscopica, se viene assunta ad unico parametro, accompagnata ad una sintomatologia occasionale di modesta entità o controllata con l'assunzione spontanea di antiacidi, conduce ad escludere una quota di pazienti: è la condizione che si verifica nella malattia da reflusso senza infiammazioni ed erosioni dell'esofago che il mondo anglosassone chiama NERD (*Non Erosive Reflux Disease*), in cui la diagnosi endoscopica negativa diventa un fattore di esclusione dalle indagini statistiche.

La MRGE, se considerata come esofagite, è riscontrabile nei Paesi industrializzati nel 50-75% dei soggetti adulti sintomatici e fino al 40% negli asintomatici che vengono sottoposti ad endoscopia digestiva, con un incremento da tre a quattro volte negli ultimi vent'anni (2, 3) (Tab. 2).

Nello stesso tempo, in Gran Bretagna l'esofago di Barrett è passato dallo 0,2-1,6% degli anni '90 al 6-14% dei primi anni del 2000 con un fattore di crescita di 16 volte, non imputabile all'utilizzazione più estesa di esami endoscopici dal momen-



Tab. 3 - Diffusione e cadenza della sintomatologia da MRGE nella popolazione USA (6)		
	Annuo	Settimanale
Pirosi	44,4%	18,8%
Rigurgito	45%	9,3%
Pirosi e rigurgito	58,7%	19,8%

to che il loro fattore di crescita specifico risulta stabilizzato attorno al valore di 2 (5).

In uno studio svolto nella popolazione degli Stati Uniti è stato osservato che circa il 45% della popolazione ha accusato pirosi o rigurgito almeno una volta all'anno con un 19% che riferisce gli stessi sintomi almeno due volte alla settimana (6) (Tab. 3).

La MRGE conclamata si aggira attorno al 10% della popolazione adulta, cioè il 75% di tutta la patologia esofagea, producendo un costo diretto di almeno 10 miliardi di dollari per anno (7) (Tab. 4).

In un'altra indagine risulta che il 20-40% degli statunitensi almeno una volta alla settimana accusano una sintomatologia di intensità significativa, soprattutto pirosi retrosternale, riferibile a MRGE (8, 9).

Negli anni '70 l'incidenza della MRGE, già segnalata come in crescita, risultava essere presente nello 0,3% degli statunitensi, ben diversamente da quanto oggi viene rilevato grazie alle nuove tecnologie, ma anche per un aumento effettivo della MRGE.

Una conferma dell'impennata statistica proviene da uno studio condotto negli anni '90 fra la popolazione adulta statunitense: la sintomatologia da reflusso si manifesta nel 9% con cadenza giornaliera, nel 15% settimanale, nel 27% men-

Tab. 4 - Costi di trattamento della MRGE negli USA (7)		
Terapia medica	~ 2000 - 2500 \$	
Chirurgia Laparoscopica	~ 5000 \$	
Plastiche antireflusso		
	Laparoscopia	Laparotomia
Costi diretti	2981 \$	3140 \$
Costi indiretti	4525 \$	9978 \$

sile; l'assunzione di farmaci antiacidi avviene in misura del 16% fra le persone adulte sebbene la richiesta esplicita di cure mediche si attesti soltanto al 3% (11). In Italia l'esofagite da MRGE è presente in ragione dell'8,5% se si considerano nel computo soltanto i soggetti sottoposti ad endoscopia per sintomi digestivi tipici, con uno 0,8% di esofago di Barrett accertato con l'esame istologico (12).

A tal riguardo rivestono particolare interesse i risultati di uno studio condotto presso i medici italiani di medicina generale, sebbene la corretta valutazione della prevalenza nella popolazione si sia resa difficile per la eterogeneità dei quadri clinici. Nella maggior parte dei casi, infatti, la MRGE si è manifestata con sintomi tipici facilmente riconoscibili, ma anche con sintomi atipici più o meno intensi seppur con una frequenza valutata attorno al 25-30%. Questa varietà clinica minoritaria può essere responsabile di una sottostima del suo reale tasso di incidenza.

Lo studio ha evidenziato che, mediamente, ogni anno 1,5-2 milioni di italiani adulti lamentano pirosi retrosternale, rigurgito o entrambi i sintomi attribuibili a MRGE (12).

Un'altra inchiesta, condotta dal Gruppo italiano per lo studio della motilità dell'apparato digerente su un vasto campione di popolazione sottoposta ad endoscopia, ha permesso di determinare una prevalenza di esofagite maggiore di quella riscontrabile nell'ulcera duodenale e gastrica: l'8,6% contro, rispettivamente, è 8,5 ed il 3,5% (12).

Nel nostro Paese, complessivamente, il trend di crescita è valutabile con un fattore ascensionale equivalente ad almeno tre volte negli ultimi 10 anni (13) (Tab. 5). Questa tendenza è confermata dall'oltre 5% di ulcerazioni esofagee, complicate da substenosi e stenosi comprese fra l'8 e il 20% (14).

Tab. 5 - Dati epidemiologici su esofagite ed esofago di Barrett (13)

	Prevalenza di esofagite: 8,6%
	Trend temporale (1982-1991): 3 volte
	Prevalenza dell'esofago di Barrett: 0,8%
	Cancro esofageo: 2434 nuovi casi/anno 2295 decessi/anno
	Sopravvivenza a 5 anni: 8%

BIBLIOGRAFIA

1. Baldi F, Cavoli C, Solimando R, Bianco MA, Cipolletta L, Costamagna G, Passaretti S. Reflux oesophagitis in Italy (Diomede project). *Dig Liver Dis.* 2008 Jun;40(6):405-11. Epub 2008 Feb 21.
2. Moayyedi P, Axon AT. Review article: gastro-oesophageal reflux disease. The extent of the problem. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005 Aug;22 Suppl 1:11-9.
3. Tytgat GN. The value of esophageal histology in the diagnosis of gastroesophageal reflux disease in patients with heartburn and normal endoscopy. *Curr Gastroenterol Rep.* 2008 Jun;10(3):231-4.
4. Kahrilas PJ, Pandolfino JE. Gastroesophageal reflux disease and its complications including Barrett's metaplasma. *Sleisenger & fordtran's Gastrointestinal and liver disease.* 7th edit on Philadelphia:Saunders,2002;599-622.
5. Caygill CPJ, Reed PI, Johnston BJ, *et al.* A single centre's 20 years' experience of columnar-lined (Barrett's) esophagus diagnosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1999;11:1355-8.
6. Frank L, Kleinman L. Upper gastrointestinal symptoms in North America: prevalence and relationship to healthcare utilization and quality of life. *Dig Dis Sci.* 2000;45(4),809-18.
7. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi M. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterol.* 2008 Sept 10.

8. Locke GR 3rd, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterol.* 1997. May;112(5):1448-56.
9. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, Adams E, Cronin K, Goodman C, Gemmen E, Shah S, Avdic A, Rubin R. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterol.* 2002 May;122(5):1500-11.
10. Nebel OT, Fornes MF, *et al.* Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. *Am J Dig Dis.* 1976 21:956-61.
11. Isolauri J, Laippala P. Prevalence of symptoms suggestive of gastroesophageal reflux disease in an adult population. *Ann Med.* 1995 Feb;27(1):67-70.
12. Ferraris R, Bonelli L, Conio M, *et al.* Incidence of Barrett's adenocarcinoma in an Italian population: an endoscopic surveillance programme. Gruppo operativo per lo studio delle precancerosi esofagee. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1997;9:881-5.
13. Pace F, Molteni P, Casini V, Pallotta S, Bianchi Porro G. Assessment of gastro-oesophageal reflux symptoms in Italian physicians: a survey by Reflux Disease Questionnaire. *Dig Liver Dis.* 2008 Apr;40(4):235-9. Epub 2008 Feb 1.
14. Becher A, El-Serag HB. Mortality associated with gastroesophageal reflux disease and its non-malignant complications: a systematic review. *Scand J Gastroenterol.* 2008;43(6):645-53.