

AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO

MOLTI I LEGAMI TRA OBESITÀ E MALATTIE DA REFLUSSO

Grazie allo studio pubblicato sul *World Journal of Gastroenterology*, Enrico Corazziari e Luca Piretta, dell'Università La Sapienza di Roma, hanno scoperto che l'associazione tra peso eccessivo e reflusso gastroesofageo (GER) vale non solo per l'obesità importate ma anche per il "semplice" sovrappeso e che la forza di questa associazione è più evidente nelle donne. Infatti, nei maschi partecipanti alla loro indagine il sovrappeso (BMI 25-25,9) era presente nel 43% dei pazienti con GERD provata rispetto al 41,8% degli italiani sani, l'obesità (BMI \geq 30) nel 10,9% dei pazienti contro il 9,1% dei sani. Nelle femmine invece il sovrappeso era presente nel 34,9% delle malate rispetto al 25,7% della controparte sana e l'obesità nel 13,6% delle pazienti rispetto al 9,1% delle sane. Le differenze erano quindi significative solo per le donne.

Secondo i ricercatori italiani queste differenze non possono essere spiegate solo supponendo che il reflusso sia dovuto a pasti eccessivamente grassi - i lipidi hanno un effetto inibitorio sullo sfintere esofageo inferiore (LES) diretto o mediato dalla colecistochinina - o abbondanti. "Poiché anche gli estrogeni possono avere questo effetto sul LES - ha detto Corazziari - è probabile che anche la loro concentrazione giochi un ruolo importante nello sviluppo dei disturbi da reflusso".

Nello studio pubblicato su *Gastroenterology*, Thomas Vaughan e i colleghi dell'Università di Washington (Seattle), hanno invece dimostrato che esiste una significativa associazione tra obesità centrale e rischio di sviluppare una metaplasia intestinale della porzione inferiore di quest'organo meglio nota come "esofago di Barrett" (BE). Questa condizione è strettamente legata sia alla malattia da reflusso (GERD) come conseguenza di uno stato cronico, sia all'adenocarcinoma esofageo come fattore predisponente. Partendo da questo presupposto, i ricercatori hanno voluto indagare la possibile relazione tra BE, fumo di sigaretta (altro fattore ben noto per essere causa di GERD), BMI e vari indici di obesità centrale. Per far questo hanno valutato 191 pazienti a cui era appena stata diagnosticata una metaplasia sulla base di almeno un campione positivo sui quattro prelevati con la biopsia esofagea e 211 soggetti sani. I pazienti con metaplasia sono stati ulteriormente suddivisi in base alla presenza o meno di un epitelio colonnare visibile (VBE) e alla lunghezza dell'eventuale segmento colonnare (LSBE se maggiore di 2 cm). Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che tutti gli indicatori di obesità centrale erano legati strettamente al rischio di sviluppare l'esofago di Barrett. Per esempio, nei partecipanti con un più alto rapporto addome/fianchi (Waist-to-hip ratio, WHR) il rischio era maggiore rispetto a quelli con un rapporto più basso con un odds ratio adattato di 2,4 per tutte le forme di BE; 2,8 per le VBE e 4,3 per quelle a segmenti lunghi LSBE. L'associazione tra BMI e BE, per quanto presente, era invece più debole, così come l'abitudine al fumo, pur aumentando il rischio di metaplasia, non influiva in modo significativo sull'effetto dell'obesità centrale. Secondo Vaughan "questi risultati meriterebbero una valutazione più approfondita con altre ricerche per chiarire i meccanismi che sottendono il ruolo dell'obesità nello sviluppo tanto dell'esofago di Barrett quanto dell'adenocarcinoma esofageo che a questo si associa, ma soprattutto per verificare gli effetti che la perdita di peso potrebbe avere su queste patologie".

Fonti:

Edelstein ZR et al. Central Adiposity and Risk of Barrett's Esophagus. Gastroenterology 2007;133:403-411.

Piretta L, Alghisi F, Anzini F, Corazziari E. Prevalence of overweightedness in patients with gastro-esophageal reflux. World J Gastroenterol 2007;13(34):4602-4605.