

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE UMANA
Insegnamento: Il ruolo dell'apparato digerente nella nutrizione umana

ACALASIA

Un disordine esofageo neurologico a eziologia sconosciuta, caratterizzato da una ridotta peristalsi esofagea e dalla mancanza di rilasciamento dello sfintere esofageo inferiore.

L'acalasia si manifesta tipicamente in persone di età compresa tra i 20 e i 40 anni. Comunque, un secondo picco di incidenza interessa le persone anziane.

Nell'acalasia, sono aumentate la pressione a riposo dell'esofago inferiore e la pressione endoesofagea, rispetto alla pressione gastrica. La componente muscolare e quella nervosa dell'esofago sono anormali. Il difetto principale sembra essere una perdita progressiva delle cellule gangliari del plesso mioenterico della parete esofagea.

Sintomi, segni e diagnosi

Tutti i pazienti con acalasia hanno una disfagia per i cibi solidi; la maggioranza dei pazienti sviluppa un calo ponderale di grado variabile e una disfagia per i liquidi. Dal 60 al 90% dei pazienti rigurgita del cibo indigesto dall'esofago, subito dopo il pasto. Il rigurgito può causare accessi di tosse notturna e inalazioni. Dal 30 al 50% dei pazienti sente dolore al torace mentre mangia. I pazienti anziani possono avere lamentato sintomi per mesi o anni prima della diagnosi. Le complicanze includono il calo ponderale con la malattia avanzata e la tosse, il broncospasmo e le polmoniti da inalazione del contenuto esofageo.

L'acalasia spesso è sospettata sulla base dell'anamnesi. Nelle prime fasi della malattia, i reperti della radiografia del torace possono essere normali. Negli stadi avanzati, la radiografia del torace può mostrare un esofago dilatato (megaesofago) con un livello idro-aereo causato dal cibo e dalla saliva ritenuti. I pazienti anziani con una lunga storia di acalasia possono avere all'esofagogramma un esofago dilatato e tortuoso con un restringimento "a coda di topo" a livello della giunzione gastroesofagea. La manometria esofagea, di solito, mostra delle anomalie della motilità.

L'endoscopia può eliminare la possibilità di una pseudoacalasia, che deve essere presa in considerazione quando i pazienti hanno > 50 anni, hanno lamentato una disfagia per < 1 anno e hanno perso > 7 kg. Le altre malattie che possono simulare l'acalasia includono le neoplasie maligne, l'amiloidosi, la sarcoidosi, la malattia di Chagas e i disturbi postvagotomia. L'acalasia deve essere differenziata anche dallo spasmo esofageo diffuso, che interessa, tipicamente, i pazienti più giovani.

Trattamento

Il trattamento è diretto ad alleviare i sintomi e a prevenire le complicanze. Sono stati impiegati diversi farmaci che possono ridurre la pressione dello sfintere esofageo inferiore (p. es., gli anticolinergici, il nitrito di amile, la nitroglicerina, i β_2 -agonisti), ma i risultati non sono stati soddisfacenti. Gli anticolinergici sono particolarmente difficili da usare nelle persone anziane a causa dei loro effetti collaterali. Il nitrato di isosorbide (5-10 mg PO, prima dei pasti) o la nitroglicerina (0,4 mg sublinguali, 5 min prima dei pasti) riducono, rapidamente, la pressione dello sfintere esofageo inferiore e possono ridurre la disfagia durante i pasti. Comunque, la maggior parte dei pazienti affetti da acalasia richiede un trattamento più definitivo.

La tossina botulinica, un inibitore del rilascio dell'acetilcolina, può essere iniettata endoscopicamente nello sfintere esofageo inferiore. Questo trattamento, relativamente nuovo, sembra avere una percentuale di successo simile a quella della dilatazione pneumatica. Sembra che i migliori risultati dal punto di vista dei sintomi si ottengano nei pazienti di > 50 anni. Gli effetti durano da 6 a 24 mesi; l'iniezione, spesso, deve essere ripetuta.

La rottura meccanica dello sfintere esofageo inferiore, usando la dilatazione pneumatica o la miotomia chirurgica, ha rappresentato il principale metodo di trattamento, quando non c'erano le terapie farmacologiche e la tossina botulinica. Il 60% circa dei pazienti ha una buona risposta alla dilatazione pneumatica; sono state riportate percentuali di successo di > 95%. Sembra che le risposte più favorevoli si ottengano nei pazienti anziani e in quelli con una lunga storia di acalasia. Dal 20 al 40% dei pazienti ha bisogno di dilatazioni ripetute. L'incidenza delle complicanze immediate varia dall'1 al 16%. Una perforazione si verifica tra l'1 e il 13% dei casi; nella maggior parte, la perforazione è piccola e localizzata.

La miotomia chirurgica è indicata quando sono necessarie delle dilatazioni pneumatiche ripetute, in un periodo di tempo relativamente breve, per mantenere la pervietà dello sfintere esofageo inferiore. La miotomia chirurgica riduce la pressione dello sfintere esofageo inferiore in modo più affidabile rispetto alla dilatazione pneumatica, ma causa più complicanze. La procedura di Heller modificata (miotomia anteriore delle fibre muscolari circolari della parte inferiore dello sfintere esofageo, per conservare l'efficienza dello sfintere) è efficace nell'80-90% dei pazienti. Questa procedura viene eseguita sempre più frequentemente per via laparoscopica o toracoscopica. Le complicanze più significative sono la malattia da reflusso gastroesofageo (< 10%) e la persistenza di una grave disfagia (< 10%).