

Acalasia

E' un'alterazione motoria caratterizzata da mancato rilasciamento del LES durante la deglutizione, assenza od incoordinata attività peristaltica e dilatazione dell'esofago. A parte la forma causata da *Tripanosoma Cruzi* (Malattia di Chagas, per produzione di neurotossine specifiche che ledono i gangli intramurali), tutte le forme conosciute in letteratura sono idiopatiche.

E' la più frequente patologia funzionale esofagea.

Clinica

Classicamente la sintomatologia dell'acalasia viene suddivisa in tre stadi sec. Plummer:

1. Disfagia paradossa: per i liquidi e non per i solidi
2. disfagia e rigurgito immediato subito dopo i pasti
3. disfagia più marcata anche per i solidi, il viscere inizia a dilatarsi fino al megaesofago, il rigurgito diventa tardivo, specie in posizione declive durante il sonno (segno del cuscino bagnato)

Altri sintomi sono alitosi, scialorrea, dolore retrosternale, odinofagia, calo ponderale.

Diagnosi

Rx torace: mancanza della bolla gastrica.

Rx esofageo con pasto baritato è generalmente di valore diagnostico; conferma la discesa del bario lungo il lume per gravità, l'assenza di onde peristaltiche, il grado di dilatazione del lume a econda dello stadio, ed u aspetto filiforme a coda di topo della giunzione esofagogastrica con difficoltoso passaggio del bario nello stomaco.

EGDS: dilatazione del corpo esofageo, ristagno alcalino con conseguente esofagite da stasi, cardias serrato superato dallo strumento con tipico scatto di apertura.

Manometria esofagea: assenza onde peristaltiche, aumento del tono basale dello sfintere con assenza di apertura in corrispondenza degli atti deglutitori.

Complicanze

Polmonite ab ingestis, Esofagite da reflusso → epiteloma squamoso

Terapia

Medica con Ca-antagonista, nitroderivati e beta-stimolanti, tossina botulinica. Inefficace a lungo termine

Chirurgica: cardiasmiotomia extramucosa sec. Heller con sezione longitudinale della tonaca muscolare dell'esofago fino alla tonaca mucosa, con estensione sull'esofago terminale di circa 5cm in laparoscopia(lunghezza del LES 2-4cm). Oggi si esegue una tecnica modificata con il confezionamento di una plastica antireflusso, con plicatura del fondo gastrico intorno all'esofago terminale per ricreare la competenza sfinteriale. Esistono diversi tipi di fundoplicatio:

- sec. Toupet: fundoplicatio 180° posteriormente all'esofago
- sec. Door: fundoplicatio a 180° anteriormente all'esofago
- sec. Nissen mod. Rossetti: utilizza solo la parete anteriore del fondo gastrico per confezionare una plicatura a 360° perché la parete anteriore del fondo gastrico si rilascia in maniera coordinata con gli atti deglutitori.

La manometria intraoperatoria permette di raggiungere un'adeguata pressione del LES. La plastica nel tempo cede con una riduzione della sua pressione del 50%. Confezionare una plastica lievemente più stretta (lieve disfagia post-operatoria).