

TRATTAMENTO DELL'ACALASIA ESOFAGEA

CHE COS'È?

L'acalasia esofagea è una malattia, nella maggior parte dei casi, senza una causa nota che determina un mancato rilasciamento dello sfintere esofageo inferiore. Ciò determina una barriera al passaggio di alimenti solidi e liquidi nello stomaco con conseguente difficoltà alla deglutizione, dolore toracico, rigurgiti. Il trattamento endoscopico dell'acalasia esofagea può essere di due tipi:

- Iniezione della tossina botulinica, attraverso un ago, a livello dello sfintere esofageo inferiore che paralizza temporaneamente tale zona rilasciandola. Questo trattamento allevia i sintomi nel 65-90% dei casi nel breve termine (da tre mesi a un anno) e quindi possono essere necessari ulteriori ritrattamenti.
- Dilatazione pneumatica: attraverso un pallone che viene gonfiato a livello dell'esofago, lo sfintere si rilascia progressivamente (sono necessarie solitamente più sessioni per alleviare i sintomi).

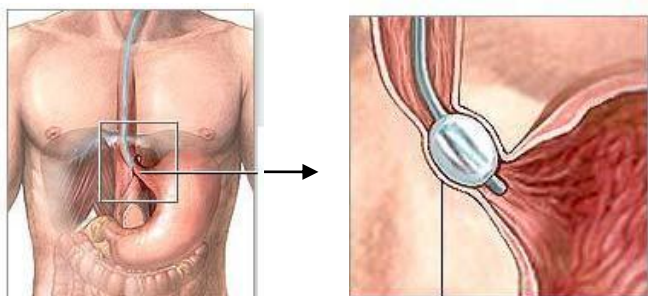
Una alternativa terapeutica al trattamento endoscopico è l'assunzione di farmaci che rilasciano lo sfintere esofageo inferiore anche se questi presentano una efficacia molto inferiore e possono determinare l'insorgenza di effetti avversi. Un'altra alternativa è l'effettuazione di miotomia (taglio delle fibre muscolari dello sfintere) per via chirurgica, tale intervento però è invasivo e può essere gravato da complicanze.

COME SI SVOLGE?

La procedura viene eseguita in regime di ricovero e tutte le informazioni necessarie al medico (malattie pregresse e in atto, farmaci assunti, pregressi interventi chirurgici, eventuali allergie, portatore di pacemaker) verranno raccolte prima dell'esame. E' necessario il digiuno da almeno 12 ore e la rimozione di eventuali protesi dentarie. Alcuni farmaci (antiaggreganti, anticoagulanti) potrebbero essere sospesi qualche giorno prima dell'esame. Al termine della raccolta di queste informazioni, Le verrà chiesto di firmare un consenso informato dove Lei dichiarerà di aver compreso eventuali rischi/complicanze della procedura, eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche al trattamento proposto, conseguenze rispetto alla mancata esecuzione dell'esame. La preparazione all'esame viene effettuata da parte di un infermiere che inserirà un catetere venoso per la somministrazione di farmaci e liquidi. Previa acquisizione del Suo consenso, Le verrà praticata un Sedazione (vedi paragrafo specifico più avanti), per rendere più tollerabile da parte sua la procedura. I suoi segni vitali (pressione arteriosa, saturazione dell'ossigeno nel sangue, frequenza cardiaca) verranno monitorati prima, durante e dopo l'esame. Il monitoraggio non è invasivo né doloroso. Un supplemento di ossigeno verrà somministrato attraverso un piccolo tubicino posto a livello del naso. La presenza dello strumento all'interno delle prime vie digerenti non interferisce con la respirazione che potrà avvenire attraverso il naso o la bocca. La procedura ha una durata variabile e nel caso di dilatazione pneumatica verranno utilizzati i raggi X.

LA SEDAZIONE

In rapporto al tipo di procedura endoscopica da eseguire e ai fattori di rischio propri del paziente, le procedure endoscopiche possono essere eseguite con diversi livelli di sedazione (lieve-moderata, profonda, anestesia generale) e di conseguenza, diversi gradi di necessità assistenziale (gestione della sedazione a



cura del medico endoscopista o dell'anestesista). La tipologia di sedazione praticata nel corso dell'indagine e le modalità di gestione della stessa Le verranno descritte e proposte dopo attenta valutazione delle Sue condizioni cliniche da parte del medico responsabile della procedura.

QUALI SONO LE POSSIBILI COMPLICANZE?

Le complicanze di questo trattamento possono essere di due tipi:

1. *Cardiorespiratorie*: (ipossiemia, bradicardia, apnea, sincope) solitamente legate alla sedazione e a patologie in atto. L'incidenza è del 5%, con una mortalità < 1%). Il monitoraggio dei parametri vitali prima, durante e dopo l'esame evitano nella maggior parte dei casi l'insorgere di complicanze. Nel caso della comparsa durante la procedura di eventi cardiorespiratori acuti verranno messe in atto tutte le misure efficaci al ripristino delle funzioni cardiorespiratorie.
2. *Procedura-specifiche* (dal 9 al 35% dei casi):
 - Dolore toracico e rialzo della temperatura corporea transitori (fino al 15% dei casi): vengono controllati con terapia medica.
 - Reflusso gastroesofageo (fino al 2% dei casi): tale disturbo viene solitamente controllato con farmaci che riducono la secrezione acida gastrica.
 - Perforazione esofagea (da 1 a 14% dei casi): viene generalmente prevenuta attraverso dilatazioni graduali dello sfintere. Una tale complicanza, nella metà dei casi può essere trattata in maniera conservativa (digiuno, aspirazione continua, antibiotici). Talvolta invece può richiedere una correzione endoscopica oppure una riparazione chirurgica a seconda della gravità; la mortalità in caso di grave complicanza può arrivare fino al 25% dei casi.

La terapia con tossina botulinica è relativamente sicura con possibili dolori toracici transitori e comparsa di reflusso gastroesofageo. La quantità di tossina botulinica utilizzata è molto piccola e non vi sono quindi rischi di avvelenamento.

COSA ASPETTARSI DOPO L'ESAME

Dopo l'esame sarà tenuto in osservazione presso il il Reparto dove è ricoverato fino al recupero dalla sedazione e per rilevare l'eventuale comparsa di disturbi (dolore toracico, febbre,etc.). La maggior parte dei pazienti tollera bene l'esame e riferisce al momento del risveglio un senso di stanchezza e a volte nausea dovuti ai farmaci; potrà inoltre avvertire una sensazione di fastidio durante il passaggio dello strumento dalla gola e una sensazione di gonfiore all'addome dovuta all'insufflazione di aria nel corso dell'esame per distendere i visceri.

Al domicilio, In caso di comparsa di febbre, dolore addominale, sanguinamento si raccomanda al paziente di recarsi al Pronto Soccorso o di contattare la nostra U.O. ai numeri 059659250 o 059659258.

Consegnato al sig. /alla sig.ra _____ in data _____

Firma del paziente _____

Firma del medico _____

Bibliografia essenziale:

- Complications of upper GI endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy 2002
- Complications of procedural sedation for gastrointestinal endoscopy. www.uptodate.com (2010)
- Patient information: upper endoscopy. www.uptodate.com (2008)
- ESGE guidelines: Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforation. Endoscopy 2014.