

4 - QUADRO CLINICO

Sebbene sia raro riscontrare portatori di acalasia idiopatica negli studi medici, la sintomatologia rimane fra le più riconoscibili prima ancora di ottenere conferme diagnostiche strumentali (1).

Il malato lamenta una lenta e progressiva disfagia per cibi solidi e liquidi, a volte inizialmente intermittente, infine severa; la maggioranza dei pazienti sviluppa un calo ponderale di grado variabile e rigurgita il cibo indigesto dall'esofago subito dopo il pasto. A questo sintomo si aggiungono con gradualità la scialorrea, soprattutto notturna, una caratteristica paradossale ed espedienti sperimentati dal malato per superare le difficoltà opposte dalla malattia.

La scialorrea si manifesta nelle posizioni declivi del corpo per la difficoltà che trova la saliva a transitare attraverso il cardias in ipertono, non possedendo la corposità del bolo alimentare che si traduce in forza di gravità e capacità di stimolare le terminazioni nervose residue; nel contempo, i residui alimentari anacidi accumulati nell'esofago tendono a rigurgitare. Il malato e i familiari spesso si allarmano per le tracce umide riscontrabili sul cuscino e per il suono di gorgoglio emesso durante il sonno.

Come paradossale tende a configurarsi la disfagia: maggiore per i liquidi, minore per i solidi. La ragione di questo comportamento è da ricercare nel diverso peso specifico che agisce sulle pareti esofagee. È questo uno dei segni che allontana la diagnosi differenziale da forme neoplastiche esofagee che, al contrario, lasciano transitare i liquidi e rendono difficile il passaggio dei solidi.

Il malato, di fronte a questa situazione di disagio, prova a trovare soluzioni adatte ad un momento considerato, in prima istanza, fugace ed attribuibile a

stress, ansia e stanchezza: solleva la testata del letto oppure sceglie di riposare con due-tre cuscini, cambia posizione, assume il cibo curando bene la masticazione e prestando attenzione a sedere in perfetta posizione eretta intervallata dalla necessità di alzarsi in piedi e di camminare.

Le manovre spontanee per facilitare la deglutizione possono giungere ad accompagnare ogni bolo da continui sorsi d'acqua ed a praticare distensioni fisiche, piccoli saltellamenti fino ad avvertire l'avvenuta completa deglutizione.

Il rigurgito attivo dopo i pasti può diventare una necessità per ottenere la diminuzione della tensione sull'esofago. Se sono già in atto fenomeni di fermentazione in esofago il rigurgito potrebbe essere acido e piuttosto disgustoso, ed il malato presentare frequentemente alitosi.

Disfagia paradossa e scialorrea possono essere accompagnate da odinofagia, rigurgiti e tosse per aspirazione bronchiale del contenuto esofageo, fino a realizzare una vera e propria patologia "*ab ingestis*", in special modo durante il decubito declive.

Le manifestazioni di tosse, dolori anginoidi, dispnea notturna, broncopolmoniti ed accessi polmonari possono essere rivelatrici di un quadro subdolo di acalasia.

Una situazione complessivamente difficile dovuta ad implicazioni alimentari, alterazioni del ritmo sonno-veglia e della normale vita di relazione che conduce il malato a regressioni, anche gravi, della qualità di vita (2).

Nonostante tutto la perdita di peso non è sempre significativa e lo stato di cachessia è raro perché sono evitati dagli espedienti sopra riportati oltre che dall'assunzione molto frazionata e quasi continua di cibi solidi, liquidi e ipercalorici.

A conclusione del racconto anamnestico risulterà che il primo senso di disfagia è stato percepito dal malato da tempo, nella nostra esperienza anche da 10-15 anni, e che la sua origine è coincisa con un evento stressante ed un periodo particolarmente significativo dell'esistenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Romańczuk W. Achalasia of the esophagus. Pol Merkur Lekarski. 1998 Apr;4(22):219-23.
2. Ben-Meir A, Urbach DR, Khajanchee YS, Hansen PD, Swanson LL. Quality of life before and after laparoscopic Heller myotomy for achalasia. Am J Surg. 2001 May;181(5):471-4.