

Conclusions



Ann. Ital. Chir., 2013 84: 531-532
pii: S0003469X13019520

Francesco Corcione

The clinical features of achalasia and the availability alternative therapeutic options make a patient-tailored approach necessary. Minimally invasive techniques have modified the management of this disease. For patients who meet the diagnostic criteria for achalasia and are suitable for surgery, laparoscopy surgery has established as the first line of therapy; in fact, it is capable to achieve the best long-term clinical and functional results. The Heller-Dor operation should be considered the procedure of choice, even if several technical details are still debated. Adequate exposure, rigorous technique and the use of intraoperative endoscopy or manometry are essential for a safe and effective procedure. Surgical myotomy can also be successfully performed after failed endoscopic therapy; more difficult dissection and higher complication rate may occur in patients who have undergone previous endoscopic therapy, thus strengthening the indication for surgery as a primary treatment. An open approach is rarely performed as the initial therapy and it can be taken into account for patients who have undergone multiple prior abdominal operations or endoscopic procedures or who cannot tolerate a pneumoperitoneum because of cardiac or pulmonary disease. Robot-assisted surgery is capable to improve surgical performance and seems to play a role in lowering mucosal perforation rate; randomized trials with cost-effectiveness analysis are needed to confirm these advantages. Pneumatic dilation is considered the most effective non-surgical treatment for achalasia. Botulinum toxin injection is usually reserved for elderly patients or patients with comorbid illnesses, who are poor candidates for more invasive procedures. Possible future endoscopic

therapies, such as metallic stents and submucosal myotomy, are being studied.

Further researches are needed to understand the molecular basis of the disease and to develop therapies capable of restoring motility of the esophagus. Based on the hypothesis that the loss of myenteric neurons could be due to an autoimmune mechanism, immunosuppressive drugs have been recently proposed to prevent disease progression. Further experimental studies in mice suggest that transplantation of neuronal stem cells could restore both sphincter function and peristalsis. However, the effectiveness of these therapies in Humans has to be proven.

Conclusioni

Le caratteristiche cliniche dell'acalasia e la disponibilità di trattamenti palliativi rendono necessario un approccio terapeutico "personalizzato". L'avvento e il continuo progresso delle tecniche mininvasive hanno modificato la gestione di questa patologia; nei pazienti che soddisfano i criteri diagnostici per acalasia e sono candidabili all'intervento, la chirurgia laparoscopica si è affermata nella maggior parte dei casi come terapia di prima linea, in quanto capace di dare i risultati funzionali e clinici migliori a lungo termine. La miotomia secondo Heller associata alla fundoplicatio secondo Dor dovrebbe essere considerata l'intervento di scelta, anche se alcuni dettagli tecnici riguardo la procedura sono ancora controversi. Un'adeguata esposizione e una tecnica rigorosa, con l'aiuto dell'endoscopia o della manometria intraoperatoria, sono essenziali per la sicurezza e la riuscita dell'intervento. La miotomia chirurgica può essere eseguita con successo anche dopo il fallimento di precedenti terapie endoscopiche; la difficoltà di esecuzione dell'intervento e l'incidenza di complicanze intraoperatorie possono essere maggiori in queste circostanze, giustificando ulteriormente la scelta della chirurgia come terapia primaria. Un approccio open è raramente utilizzato come trattamento iniziale e può essere preso in considerazione in

Presidio Monaldi, U.O.C. Chirurgia Generale, A.O. dei Colli, Napoli, Italia.

Correspondence to: Francesco Corcione, MD, (e-mail: francesco.corcione@ospedaledeicolli.it)

pazienti con pregressi interventi addominali o trattamenti endoscopici ripetuti non sottoponibile a pneumoperitoneo per patologie cardiopolmonari. L'utilizzo della tecnologia robotica, capace di perfezionare la performance dell'operatore, sembra ridurre l'incidenza di perforazioni mucose, anche se sono necessari trial randomizzati per confermare questi risultati, che vanno interpretati anche alla luce dei costi di gestione. La dilatazione pneumatica rappresenta l'opzione non chirurgica maggiormente efficace. L'iniezione di tossina botulinica trova indicazione soprattutto in pazienti anziani e portatori di comorbidità che non candidabili a trattamenti più invasivi. Altre metodiche endoscopiche, come gli stent metallici e la miotomia sottomucosa, sono in fase di studio.

Sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire i meccanismi molecolari alla base della malattia e per mettere a punto terapie in grado di ripristinare la funzione motoria dell'esofago. Recentemente è stato proposto l'impiego di farmaci immunomodulatori allo scopo di controllare la progressione della malattia, sulla base dell'ipotesi che la distruzione dei neuroni mioenterici dell'esofago sia dovuta ad un meccanismo autoimmune. Altri studi sperimentali, realizzati su modelli murini, suggeriscono che il trapianto di cellule staminali neuronali potrebbe essere in grado di ripristinare sia la funzione dello sfintere esofageo inferiore che la peristalsi. L'eventuale successo di questi nuovi approcci deve tuttavia essere ancora verificato.