



AIGO Lazio incontra i medici del territorio

24 Gennaio 2020, 7 Febbraio 2020, 21 Febbraio 2020, 6 Marzo 2020



Hotel San Giovanni
Via Licia 5/7 – 00183 Roma

Responsabile scientifico: Dott.ssa Maria Carla Di Paolo

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Ospedalieri (AIGO) del Lazio ha proposto e organizzato 4 Incontri per rispondere ai bisogni espressi dai medici di medicina generale e dagli specialisti del territorio nei confronti dei gastroenterologi dell'ospedale. Verranno suggerite pratiche soluzioni a problematiche comuni nei pazienti ambulatoriali. Questi appuntamenti saranno un'occasione di scambio di conoscenze ed esperienze in un dialogo informale ed interattivo.

Stipsi cronica: diagnosi e terapia nella pratica clinica

Lucia d'Alba

STIPSI CRONICA



Ridotta frequenza dell'atto evacuativo e/o difficoltà e insoddisfazione evacuativa con senso di incompleto svuotamento, feci dure, evacuazione dolorosa, distensione addominale e meteorismo da >6 mesi.



PERCHE' NE PARLIAMO?



STIPSI

PAZIENTI CON STIPSI

Specialista



Medico di famiglia



~25%
richiedono
assistenza

~75%
non richiedono
assistenza ma
uso di
fitoterapia
e/o lassativi OTC



~70%



~30%

STIPSI : costi

COSTI DIRETTI (prevalentemente individuali)

- Visite mediche
- Test diagnostici
- Farmaci (prescritti o da banco)

COSTI INDIRETTI (prevalentemente sociali)

- Ridotta produttività (assenteismo o presenteismo)
- Perdita di salario
- Ospedalizzazione per complicanze
- Costo del care-giver
- Alterata qualità di vita



STIPSI OCCASIONALE

di breve durata, durante:

- Gravidanza
- Allettamento
- Malattie, interventi chirurgici, fratture
 - Terapie temporanee
- Patologie anali (emorroidi, ragade)
 - Situazioni ambientali



STIPSI CRONICA:

epidemiologia e fattori di rischio

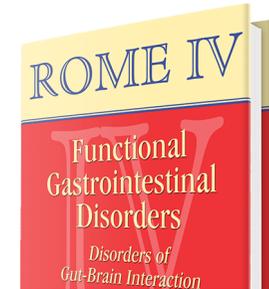
- E' sintomo comune a tutte le età
- Più frequente nelle donne dopo la pubertà (F/M =2.5:1)
e negli anziani
- Fortemente associata ad IBS
- Prevalenza sottostimata (la maggior parte non si rivolge al medico e il 50% usa lax irritanti)

*American Gastroenterological Association Technical Review on constipation
Gastroenterology 2013;144:218-238*



STIPSI FUNZIONALE

Criteri diagnostici di Roma IV



- La presenza per almeno 3 mesi durante un periodo di osserva:

In $\geq 25\%$

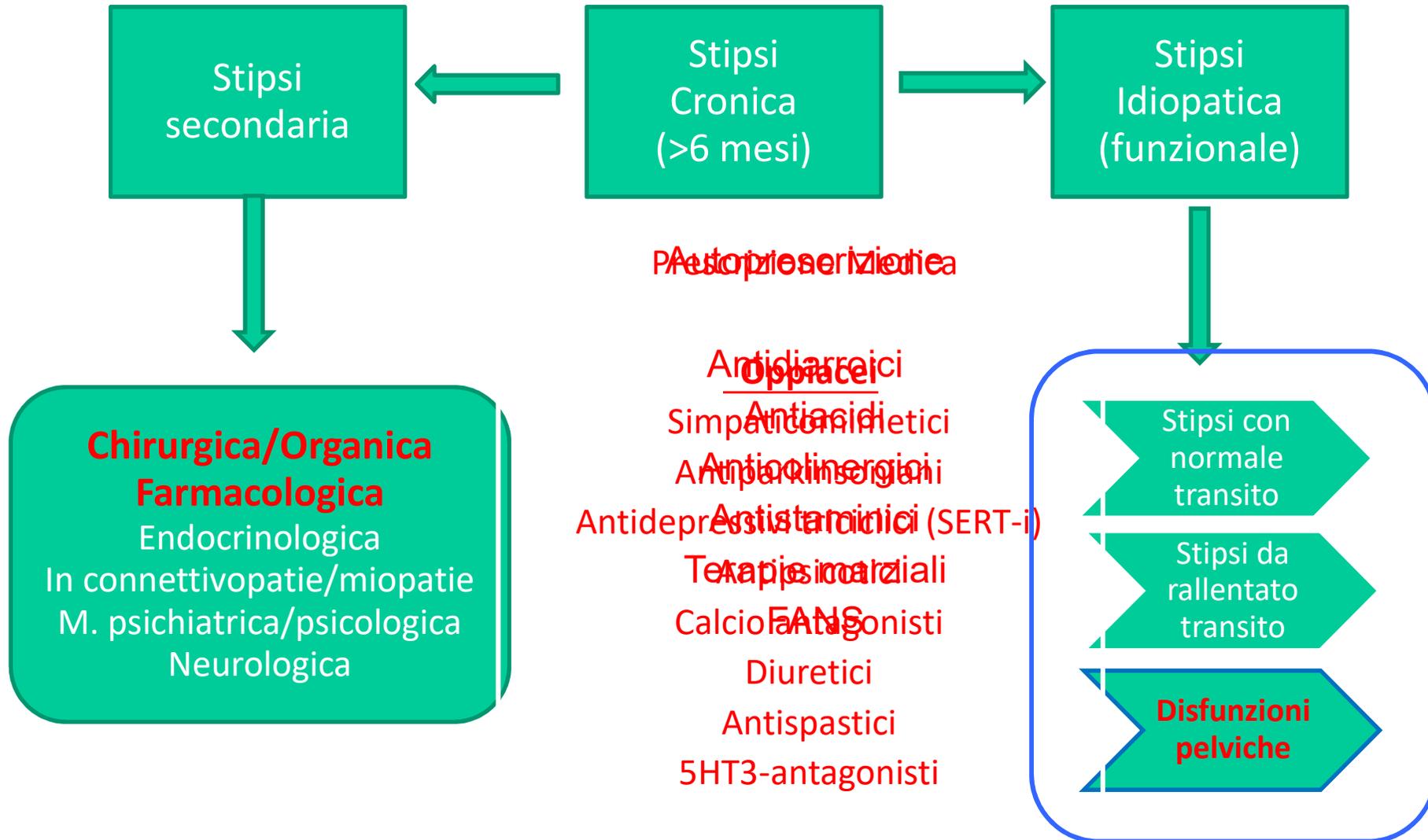


- Rara evacuazione di feci soffici
- Criteri insufficienti per una dia

Scala delle feci di Bristol

Tipo 1		Grumi duri separati tra loro, come noci (difficili da espellere).
Tipo 2		A forma di salsiccia, ma formata da grumi uniti tra loro.
Tipo 3		Come un salame, ma con crepe sulla sua superficie.
Tipo 4		Come una salsiccia o un serpente, liscia e morbida.
Tipo 5		Pezzi separati morbidi con bordi come tagliati/spezzati; chiara (facile da evacuare).
Tipo 6		Pezzi soffici/flocculari con bordi frastagliati, feci pastose.
Tipo 7		Acquosa, nessun pezzo solido. Completamente liquida.

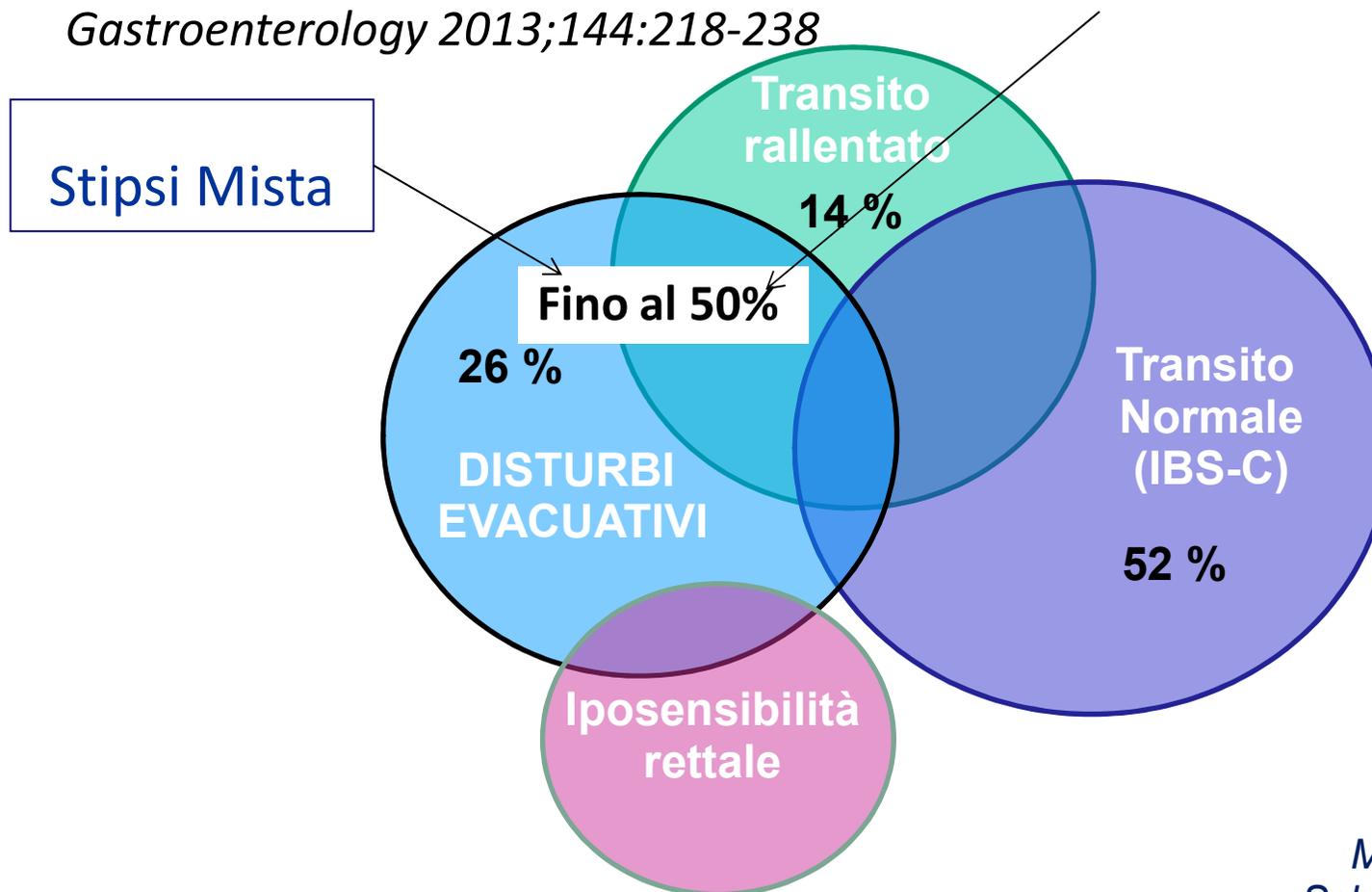
STIPSI CRONICA



STIPSI CRONICA PRIMITIVA



*American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation
Gastroenterology 2013;144:218-238*



*Mertz H AJG, 1999
Schiller LR APT, 2001
Lembo NEJM, 2003*

Donna di 78 anni, insegnante in pensione

- Soffre di stipsi “da sempre”



DIAGNOSI NELLA STIPSI CRONICA

1. Storia clinica
2. Esame obiettivo
3. Esami di laboratorio
4. Colonscopia **in casi selezionati**
5. Test di III livello per valutare la fisiopatologia della stipsi **in casi selezionati**

1. STORIA CLINICA



Patologie endocrino-metaboliche,
Psichiatriche, uroginecologiche,
Neurologiche, connettivali..

-Comorbidità

-Farmaci

-Interventi

-Abitudini alimentari

-Fumo

-Alcol.....

COMORBIDITA'



	IBS-C: 275	FC: 549	NRC: 54	p
Dyspepsia	128(46.5%)	200 (36.4%)	14 (25.9%)#	<0.005
Depression/anxiety	111 (40.4%)	164 (29.9%)*	9 (16.7%)**	<0.0005
GERD	98 (35.6%)	167 (30.4%)	8 (14.8%)## ###	<0.01
Sleep disturbances	87 (31.6%)	141 (25.7%)	13 (24.1%)	ns
Hypertension	45 (16.4%)	135 (24.6%)§	11 (20.4%)	<0.05
Urinary disturbances	52 (18.9%)	115 (20.9%)	8 (14.8%)	ns
Thyroid disease	26 (9.4%)	65 (11.8%)	6 (11.1%)	ns
Vaginitis	29 (10.5%)	46 (8.4%)	4 (7.4%)	ns
Dyspareunia	30 (10.9%)	38 (6.9%)	4 (7.4%)	ns
Diabetes	7 (2.5%)	29 (5.3%)	3(5.6%)	ns
Fybromialgia	16 (5.8%)	18 (3.3%)	//	ns
Other	36 (13.1)	56 (10.2%)	7 (13%)	ns



Almeno una comorbidità è stata riscontrata nel 73,2% dei pz

Chronic constipation diagnosis and treatment evaluation: the "CHRO.CO.DI.T.E." study *BMC Gastroenterology* (2017) 17:11

Massimo Bellini¹, Paolo Usai-Satta², Antonio Bove³, Renato Bocchini⁴, Francesca Galeazzi⁵, Edda Battaglia⁶, Pietro Alduini⁷, Elisabetta Buscarini⁸, Gabrio Bassotti⁹ and ChroCoDITE Study Group, AIGO

*p<0.01 vs IBS-C; **p<0.005 vs IBS-C; #p<0.05 vs IBS-C and FC; ##p<0.01 vs IBS-C; ###p<0.05 vs FC; §p<0.05 vs IBS-C

Riferisce di:

- non curare la stitichezza

-
-

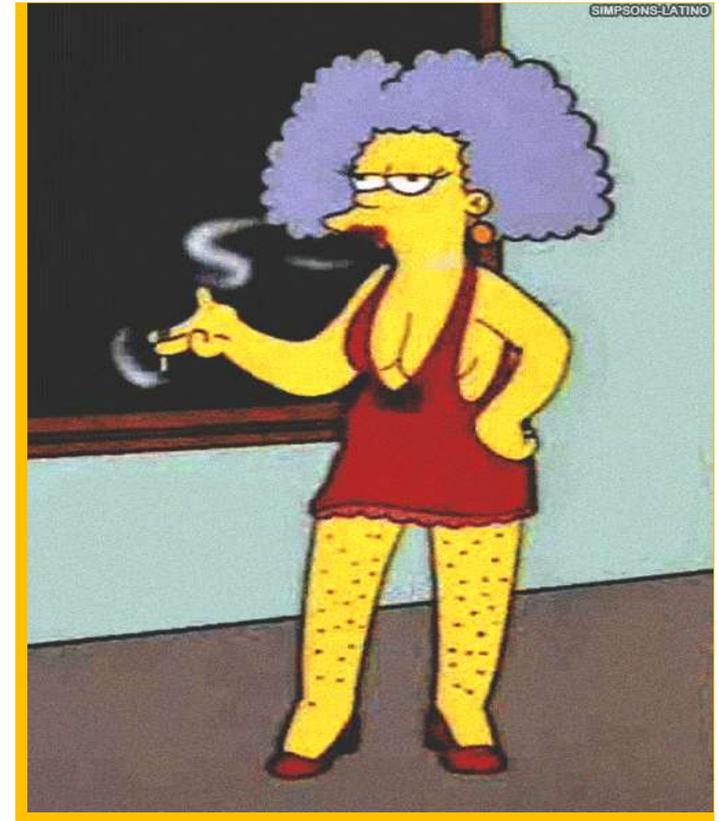
**Paziente
con alvo infrequente
e/o feci dure
e/o difficoltà nell'evacuazione**

- non riuscire a praticare clisteri per impossibilità di incannulare

Scala delle feci di Bristol



- Normopeso
- Fuma moderatamente
- Non beve alcolici
- Non assume farmaci stiptizzanti
- Nega familiarità per cancro del colon e MICI
- No calo ponderale, né altri fattori di allarme
- Nega depressione (ma ha una forma ossessiva rispetto alla stipsi)



- Adeguato introito di frutta e liquidi
- Normale attività fisica per l'età

**Anamnesi medica indaga su pregressi
interventi chirurgici, dieta, farmaci,
aspetti psicosociali.**

Esame obiettivo con esplorazione rettale



2. ESAME OBIETTIVO

Ispezione ed esplorazione rettale



ESAME OBIETTIVO



ISPEZIONE

Cicatrici, dermatiti, fistole, ascessi, emorroidi, ragadi, prolasso rettale e/o utero-vaginale, perineo discendente

PALPAZIONE perineale

Masse, raccolte, dolorabilità

ESPLORAZIONE RETTALE

- Tono sfinteriale
- Superficie canale anale
- Lesioni occupanti spazio
- Sangue, muco, pus, feci
- Rettocele, prolasso...
- Dolorabilità

ESAME OBIETTIVO



PER DIAGNOSI DI DISSINERGIA ADDOMINO-PELVICA:

Sensibilità del 75%

Specificità dell' 87%

(Tantiphlachiva K, 2010)

Alta sensibilità e valore predittivo positivo in confronto con HRAM

(Soh JS, 2015)

Forme funzionali

- Dolorabilità palpazione P-R. *(AGA, 1999)*
- Ipertono/mancato rilassamento P-R/sfintere
- Incremento pressorio durante squeezing *(Lembo, 2003)*

- Escursione pav. pelvico durante straining

↓ Inadeguate forze
↓ propulsive: pattern II
↑ Perineo discendente

ESPLORAZIONE RETTALE

Chronic constipation diagnosis and treatment evaluation: the "CHRO.CO.DI.T.E." study

BMC Gastroenterology (2017) 17:11

Massimo Bellini^{1*}, Paolo Usai-Satta², Antonio Bove³, Renato Bocchini⁴, Francesca Galeazzi⁵, Edda Batta Pietro Alduini⁷, Elisabetta Buscarini⁸, Gabrio Bassotti⁹ and ChroCoDITE Study Group, AIGO

Centri GE di II e III livello in Italia



SOLO IL 43,6% DEI GASTOENTEROLOGI ITALIANI FA L'E.R.

Digital Rectal Examination:
The Whole World is a Country!

Massimo Bellini, MD¹, Paolo Usai Satta, MD² and Gabrio Bassotti, MD³

Am J Gastroenterol <https://doi.org/10.1038/s41395-018-0286-2>

SEGNI D'ALLARME



▲ ETA' > 50



(Linee guida ASGE)

Quali esami vi assicurate che la signora abbia eseguito?

- Esami di laboratorio (TSH calcemia)
- Colonscopia
- Test specifici per valutare la fisiopatologia della stipsi

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

	(N=894)	
	N	%
Esami ematochimici di routine	477	53.36
Funzionalità tiroidea	402	44.97
Colonscopia	346	38.7
Manometria ano-rettale	309	34.56
Tempo di transito colico	230	25.73
Ecografia addome pelvi	195	21.81
Rx defecografia	167	18.68
Ricerca sangue occulto feci	156	17.45
Screening celiachia	144	16.11
Markers neoplastici (CEA)	81	9.06
Calprotectina fecale	64	7.16
Esame completo feci	63	7.05
Altro	36	4.03
Breath test lattosio	35	3.91
Defeco RM	34	3.8
Ecografia transanale	30	3.36
Rettoscopia	24	2.68
Colonscopia virtuale	19	2.13
Rx clisma opaco dc	14	1.57
Breath test glucosio	13	1.45
Manometria colon	12	1.34
Elettromiografia sfintere anale	5	0.56



Chronic Constipation:

Diagnosis and Treatment Evaluation in daily practice of the Italian gastroenterologists

La stipsi cronica:

L'atteggiamento Diagnostico e Terapeutico dei gastroenterologi italiani nella pratica clinica

**712 pazienti su 894 (79.64%)
hanno ricevuto la
prescrizione di almeno un
esame diagnostico**

VISITE SPECIALISTICHE



CONSULTATION	878 pts.(%)	IBS-C (%)	FC (%)	NRC (%)	p
Psychiatric/psychological	101 (11.5)	16.0	10.0	3.7	<0.01*
Gynecological #	87(12.3)	15.4	11.6	2.6	<0.05*
Urological	71 (8.1)	8.0	8.4	5.6	ns
Surgical	66 (7.5)	6.6	7.8	9.3	ns
Physiatric/Physiotherapist	49 (5.6)	6.2	5.8	//	ns
Dietological	46 (5.2)	4.0	5.8	5.6	ns
Reumathological	15 (1.7)	2.6	1.3	1.9	ns
Neurological	15 (1.7)	1.8	1.6	1.9	ns
Other	17 (1.9)	2.6	1.8	//	ns

Chronic constipation diagnosis and treatment evaluation: the "CHRO.CO.DI.T.E." study
BMC Gastroenterology (2017) 17:11

Massimo Bellini^{1*}, Paolo Usai-Satta², Antonio Bove³, Renato Bocchini⁴, Francesca Galeazzi⁵, Edda Battaglia⁶, Pietro Alduini⁷, Elisabetta Buscarini⁸, Gabrio Bassotti⁹ and ChroCoDITE Study Group, AIGO



calculated on the women sample

*vs IBS-C and FC

4. COLONSCOPIA



UMBERTO I
POLICLINICO DI ROMA

DAI CHIRURGIA GENERALE "P. STEFANNI"

CSP01 - UP CHIRURGIA GENERALE E - RESPONSABILE PROF. SSA C. MONTESANI

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

PROF. SSA ANNAMARIA PRONIO

TEL: 0649972226 (Endoscopia) - 064453912 (Segreteria VI Clinica Chirurgica)

Data Esame: 03/06/2015

Nome e Cognome:

Data e luogo di nascita: 07/03/1941

Codice Fiscale:

Provenienza: AMBULATORIALE

PANCOLONSCOPIA.

Risultati:

ER polipo fibroso del canale anale, mucosa rettale liscia

Introduzione dello strumento ed esplorazione fino al cieco.

Preparazione intestinale non ottimale.

Viscere tortuoso in atteggiamento spastico soprattutto a sinistra.

Numerosi diverticoli senza segni di flogosi

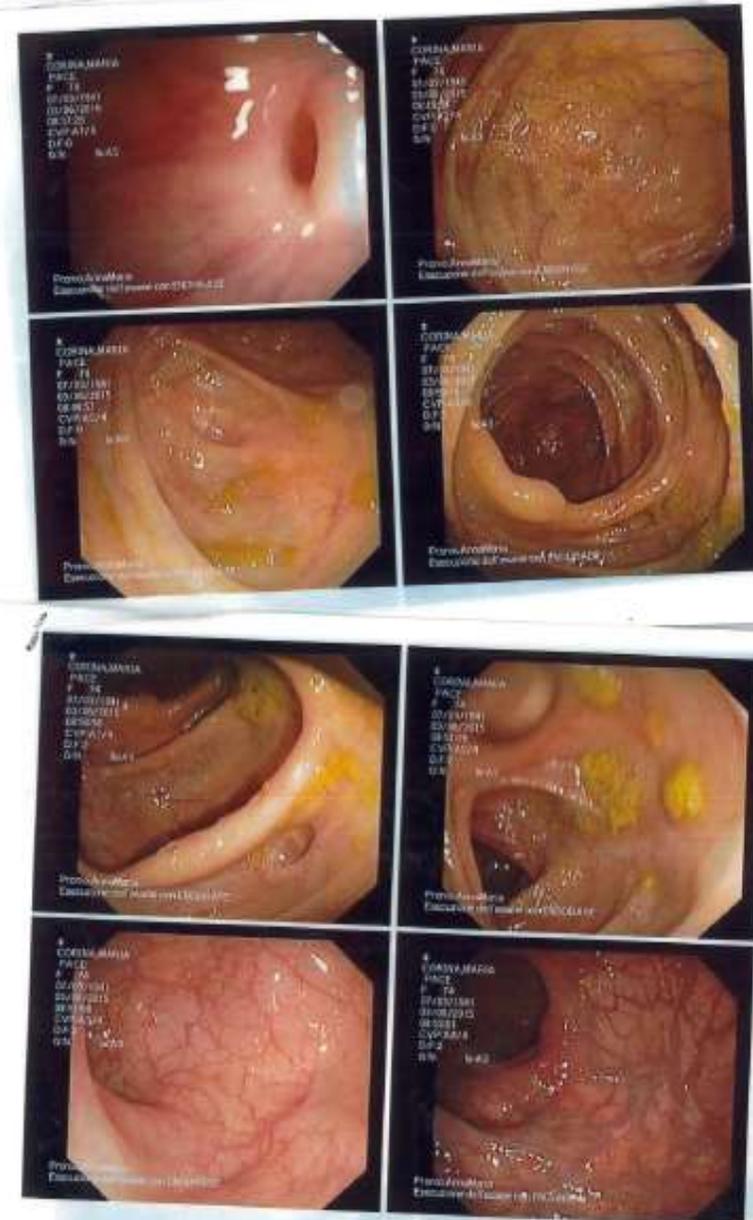
Null'altro da rilevare.

Conclusioni:

Diverticoli

Emorroidi.

Roma, 03/06/2015



5. STUDI FUNZIONALI



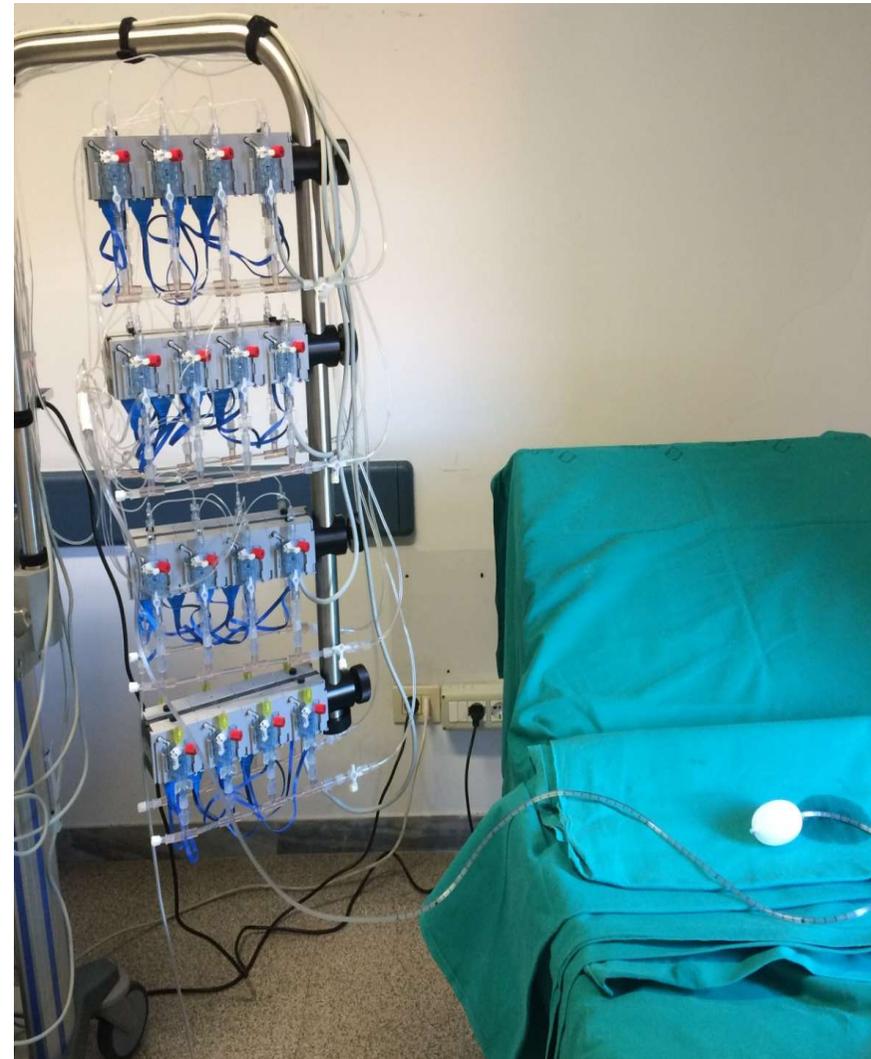
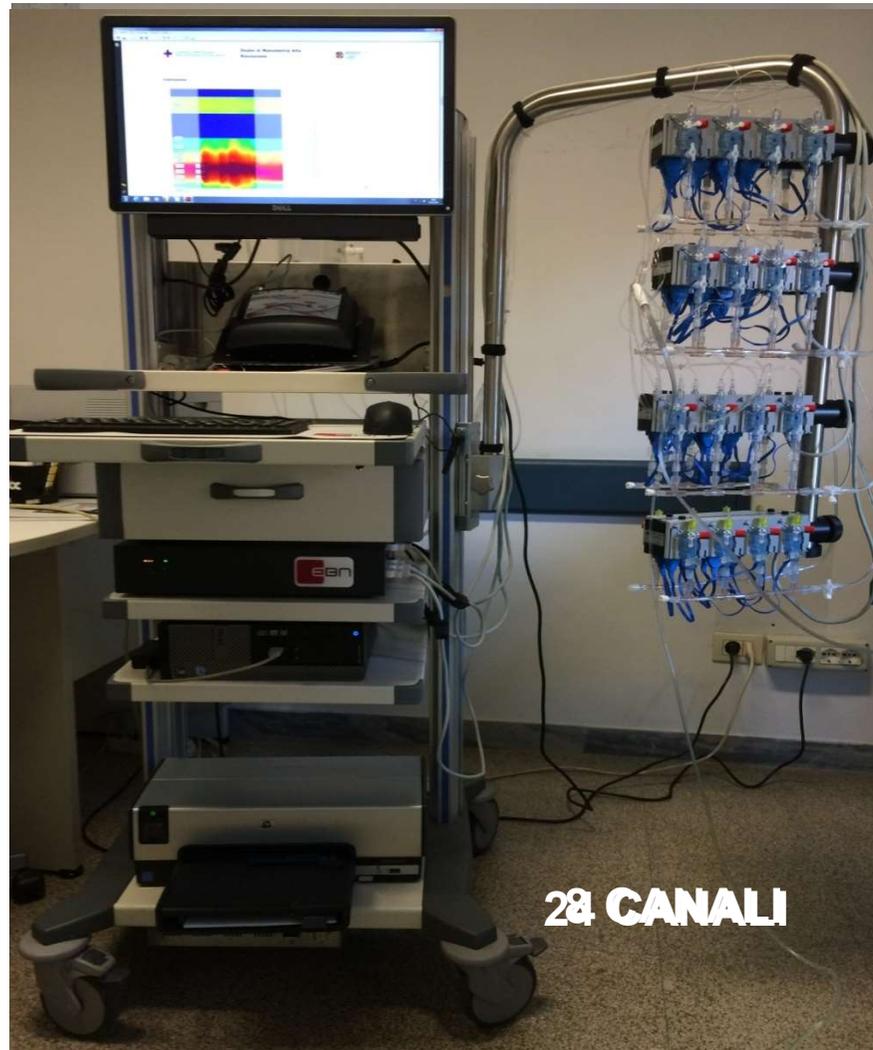
- ✓ MANOMETRIA ANO-RETTALE
- ✓ DEFECOGRAFIA E DEFECO-RMN
 - ✓ EMG PERINEALE
 - ✓ ENDOSONOGRRAFIA
- ✓ STUDIO DEI TEMPI DI TRANSITO
INTESTINALE

MANOMETRIA ANORETTALE



1. fornisce dati sulla fisio-patologia dell'atto defecatorio
2. studia le pressioni vigenti nel retto e nel canale anale a riposo, durante stimolazioni e prove dinamiche
3. dà informazioni sulle funzioni anorettali spendibili nella pratica clinica, ai fini diagnostici, valutativi e terapeutico-riabilitativi

SISTEMA MANOMETRICO PERFUSO



TECNICA D'ESECUZIONE



- Indagine eseguita a retto vuoto, previo clisterino evacuativo
- Posizione decubito laterale sinistro con cosce sovrapposte e flesse sul tronco a 90°

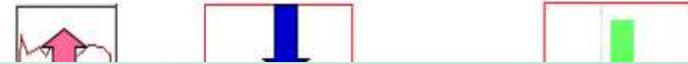
MANOMETRIA RETTO-ANALE



✓ Pressione (P) anale a riposo, basale

• Quadro manometrico normale

✓ P durante contrazione volontaria



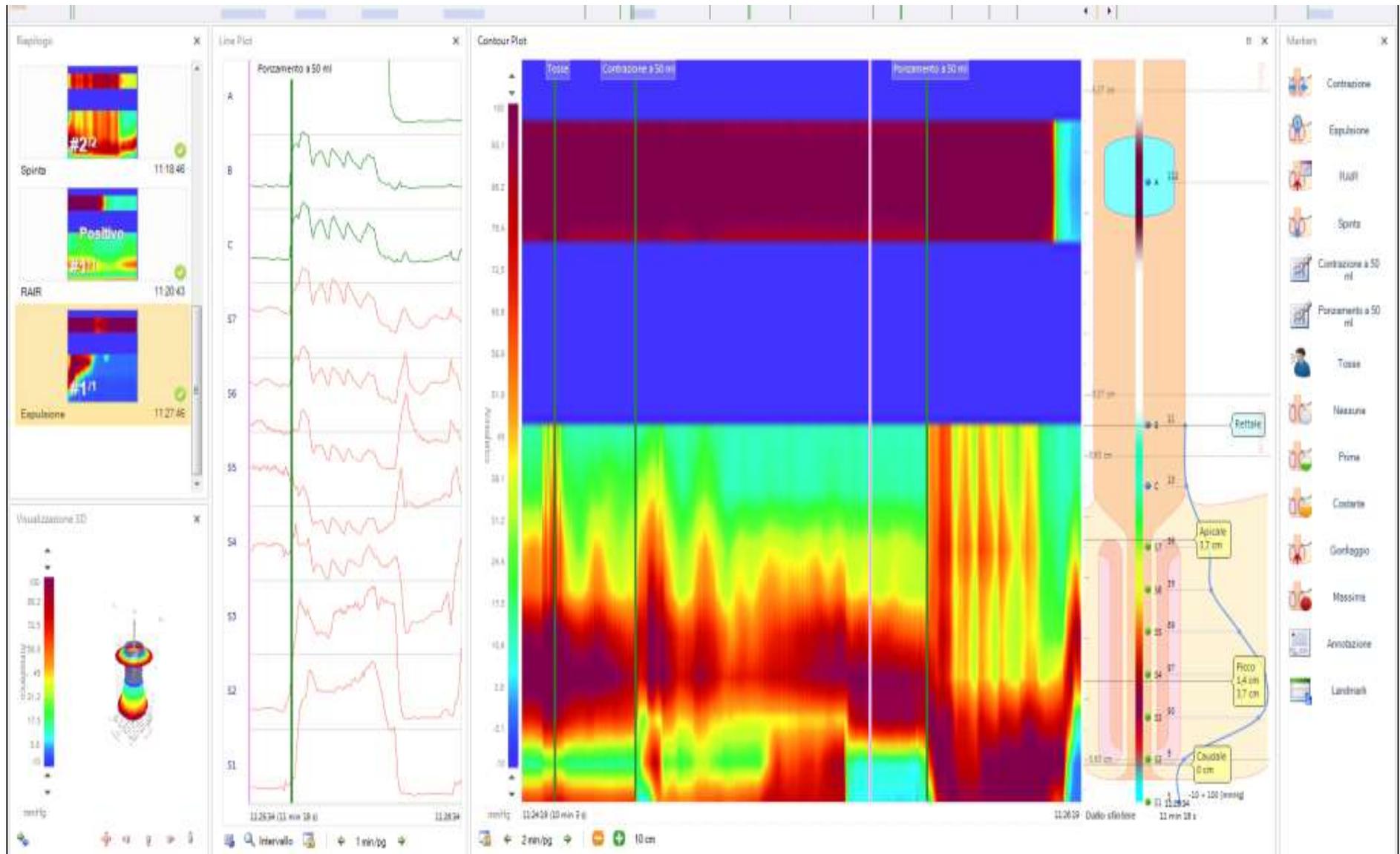
Test di espulsione del palloncino per valutare la capacità espulsiva nel sospetto di dissinergia addomino-pelvica

✓ Ponzamento



✓ Compliance e sensibilità rettale

MANOMETRIA CONVENZIONALE VS AD ALTA RISOLUZIONE (HR)



MANOMETRIA ANORETTALE



Osservazioni:

Contrazione paradossa
in ponzamento.

Conclusioni:

Aumentata soglia di
percezione dello stimolo
ad evacuare; mancato
rilasciamento anale
durante ponzamento
come da disfunzione
addomino-pelvica.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "LA SAPIENZA"
CATTEDRA DI GASTROENTEROLOGIA (IT)

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
IN GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA (IT)

18 FEB 95

DATA: 18 FEB 95

UFF. CLINICA MEDICA - PEDIATRICI UNIVERSITÀ
TELEF. 48.01.70 - 48.02.50 - 48.02.58
FAX: 48.02.78

Sig. anni 54 letto d. E

Esame praticato: MANOMETRIA RETTO-ANALE

REFERTO

Pressione massima nel canale anale
a riposo (vn 60-100): 80 mmHg
durante contrazione volontaria (vn > 115): 200 mmHg
Soglia riflesso inibitorio anale (vn < 80): 80 ml-aria
Soglia stimolo ad evacuare (vn < 50): 80 ml-aria
Compliance rettale (vn = 1-8, 5): 6.2 ml/mmHg
Rilasciamento anale durante ponzamento: [X] [SI]

Osservazioni: Contrazione paradossa durante ponzamento

CONCLUSIONI: Aumentata soglia di percezione dello stimolo ad evacuare; mancato rilasciamento anale durante ponzamento come da disfunzione addomino-pelvica

Dott. E. Copazziani

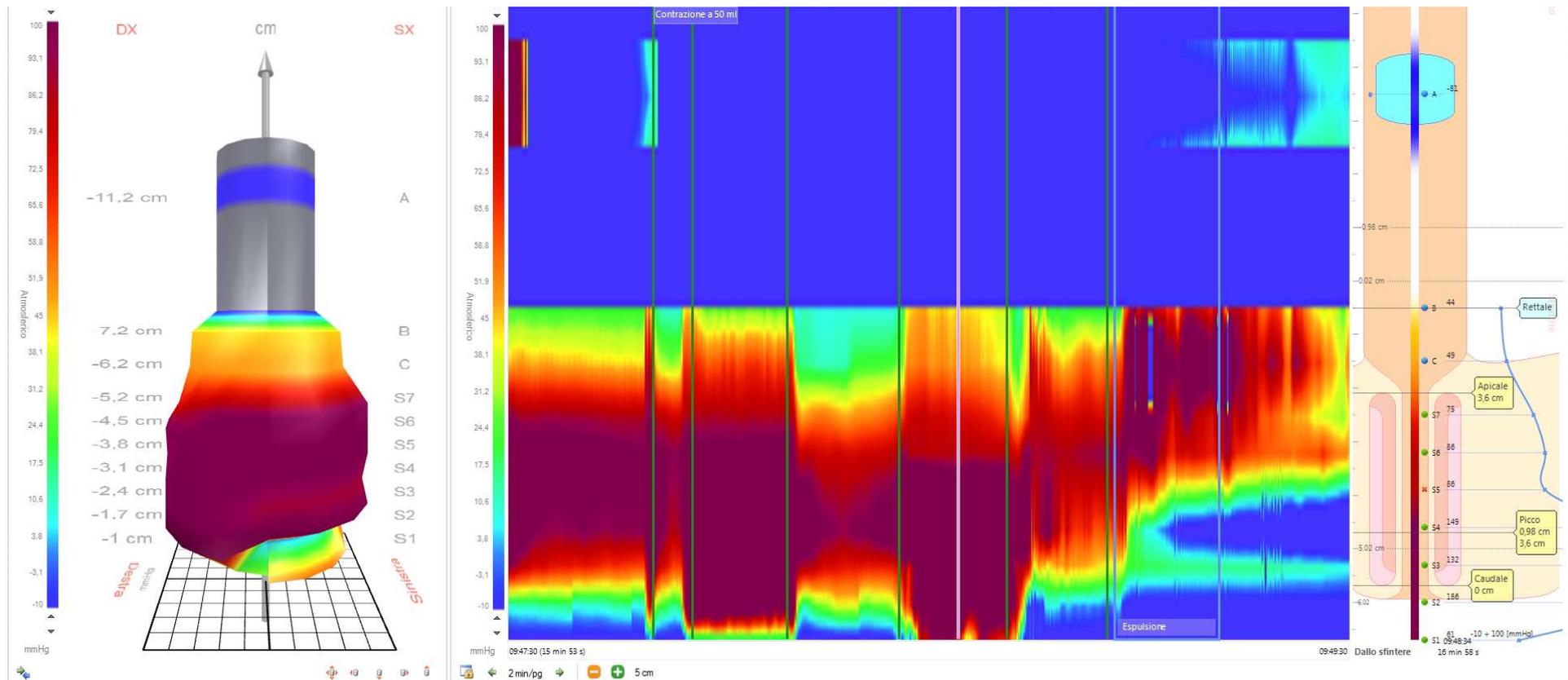
MANOMETRIA ANORETTALE HR

Conclusioni:

Ipertonia del canale anale.

Alterata sensibilità ed aumentata *compliance* rettale.

Quadro manometrico compatibile con dissinergia addomino-pelvica di I tipo.



DEFECAZIONE DISSINERGICA

Alterata dinamica evacuativa per cause organiche o disfunzionali

1. Mancata coordinazione fra funzione motoria del pavimento pelvico e sensitiva

(↓ sensibilità rettale alla distensione)

2. Dissinergia pelvi-perineale

(RIRA insufficiente – Contrattura spastica e paradossa della muscolatura pelvica (anismo) o del puborettale- Mancata apertura dell'angolo ano-rettale con ostruzione alla defecazione)

3. Ostruzione meccanica

(prolasso mucoso rettale, intussuscezione, enterocele, sigmoidocele, ecc.)

4. Dispersione del vettore forza

(rettocele, enterocele sindrome perineo discendente)



DEFECOGRAFIA

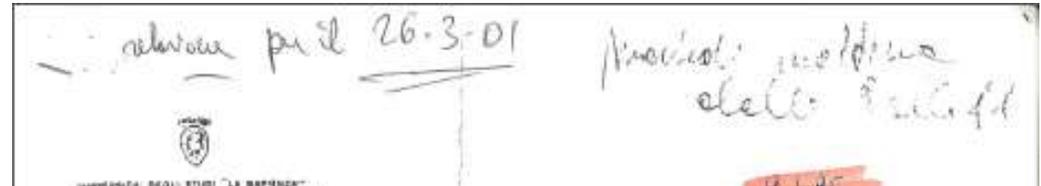


Registrazione video dell'evacuazione dopo riempimento rettale con bario; visualizzazione del PP e della parete del retto sia in condizioni basali che dinamiche.

Rilievo di alterazioni funzionali ed anatomiche che si evidenziano soltanto durante lo sforzo evacuativo.

Dissinergia addomino-pelvica
Rettocele
Prolasso rettale
Intussuscezione
Ulcera solitaria del retto
Perineo discendente

DEFECOGRAFIA



Perineo discendente, rettocele, prolasso anteriore del retto: il mancato rilasciamento della fionda del puborettale e dello sfintere anale potrebbero indicare una disfunzione addomino-pelvica.

Sarebbe opportuno integrare l'iter diagnostico con un'EMG ed una manometria anorettale.

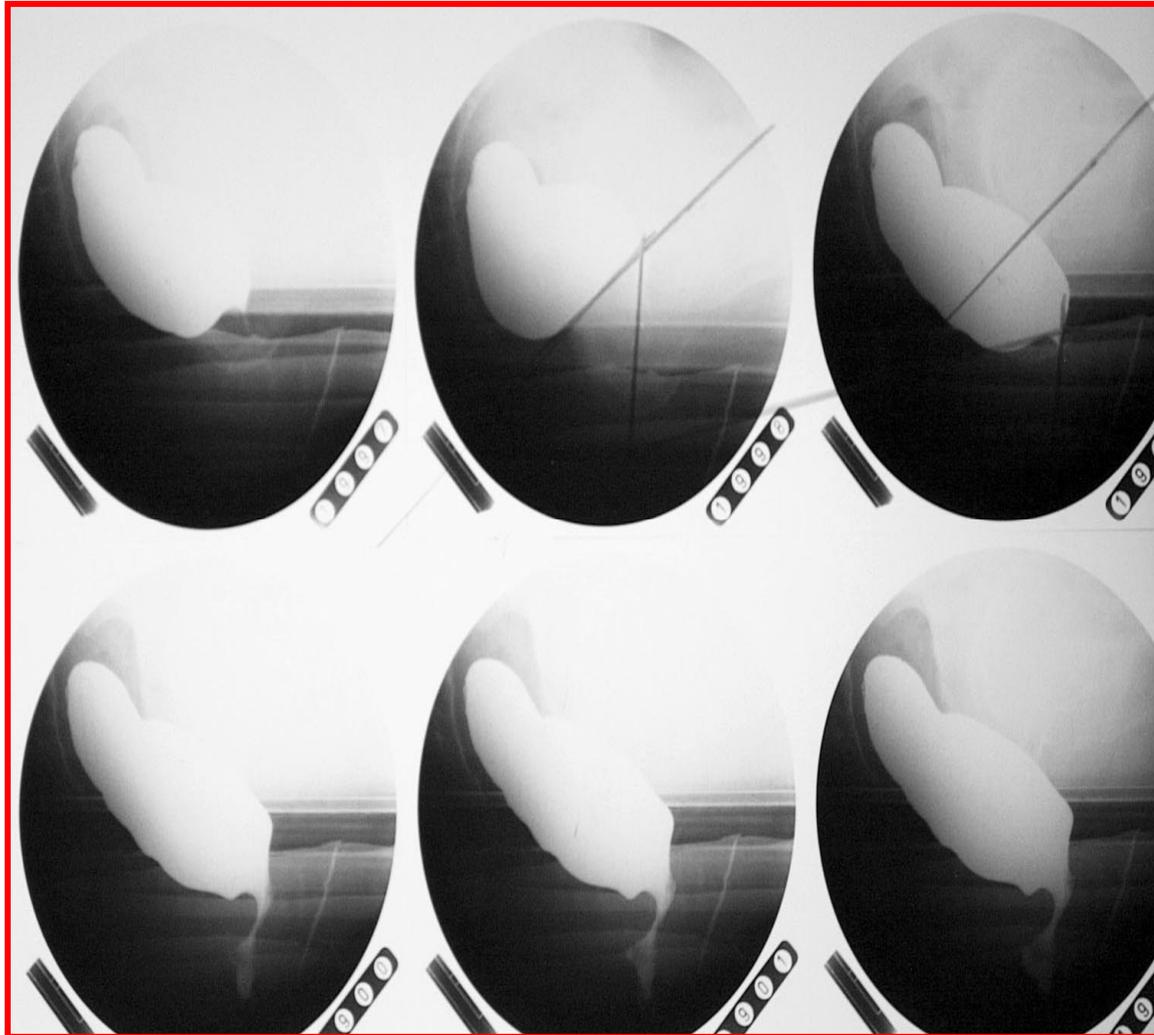


Incontinenza da stress.
4. Durante l'evacuazione si rendono ben apprezzabili un rettocele di discrete dimensioni (6cm di profondità), la formazione di prolasso intrarettale anteriore e l'aspetto a clessidra del canale anale, con porzione media ristretta (non supera mai i 5mm di diametro).
4. Residuo post-evacuativo discreto.

Conclusioni: Perineo discendente, rettocele, prolasso anteriore del retto; il mancato rilasciamento della fionda pubo-rettale e dello sfintere anale potrebbero indicare una disfunzione addomino-pelvica, sarebbe opportuno integrare l'iter diagnostico con un'EMG e una manometria ano-rettale.

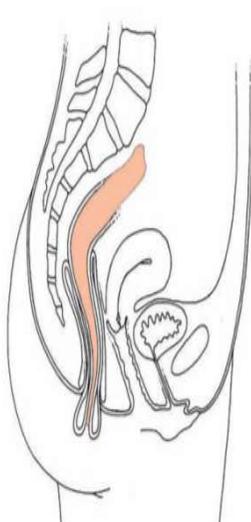
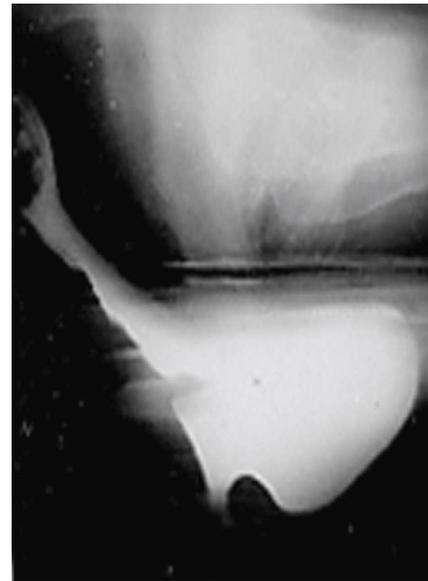
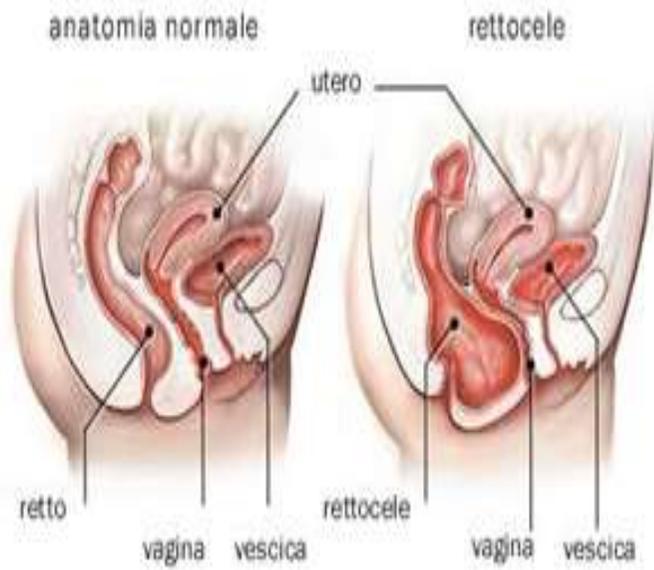

dr. FI Habib

DEFECOLOGRAFIA

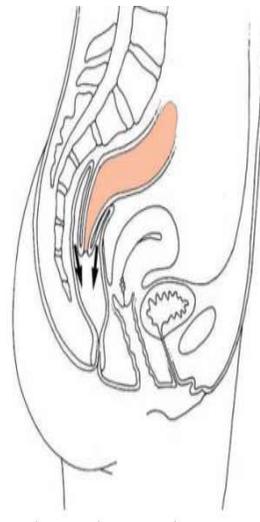


(cortesia Prof.ssa FI Habib)

Mancato rilasciamento del pubo-rettale e ridotta apertura del canale anale



Prolasso
rettale
completo



Prolasso rettale
interno o
intussuscezione



(cortesia Prof.ssa FI Habib)

DEFECO-RMN

- Indicato per la diagnosi di **patologia organica/funzionale del pavimento pelvico**
- Permette una valutazione morfologica con contemporaneo studio di vari segmenti della pelvi e dei tessuti molli sia in statica che in dinamica

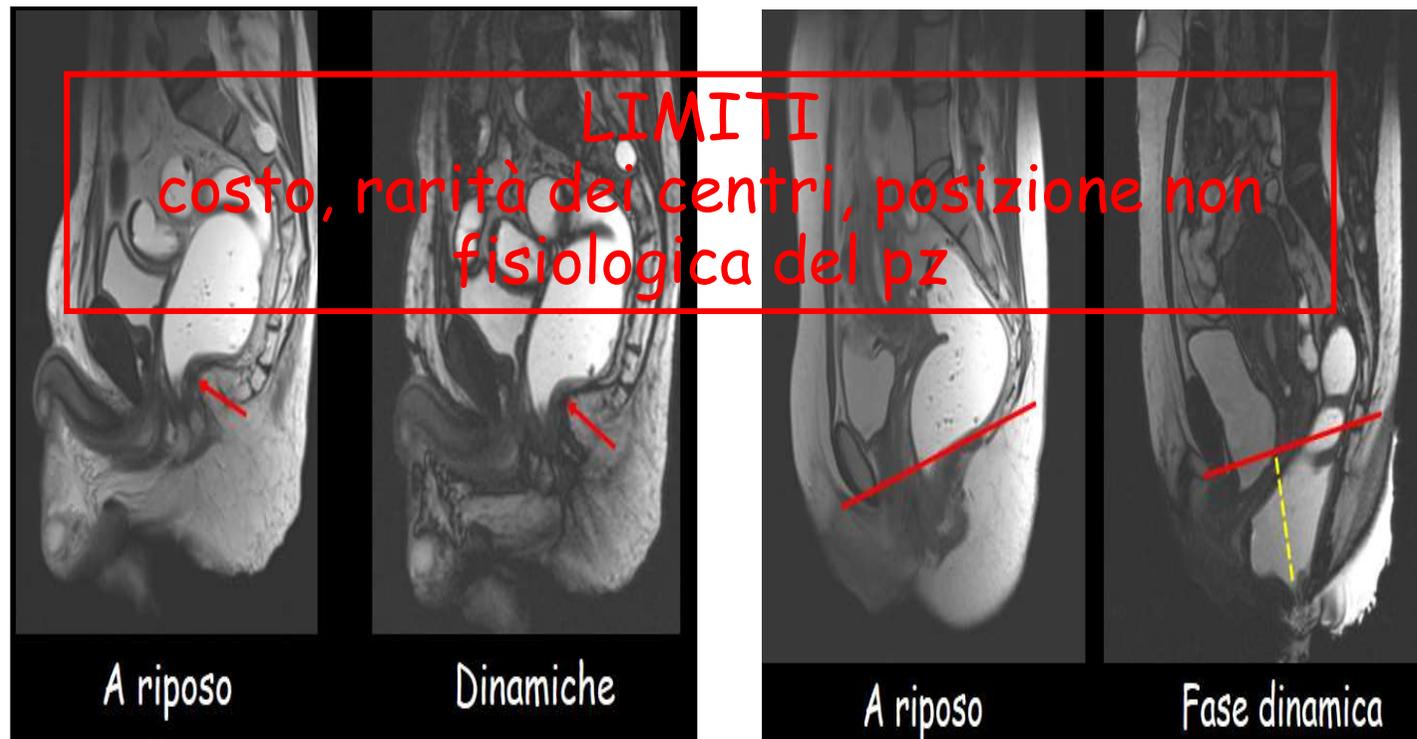


Immagine sagittale durante la defecazione, con espulsione di mdc con pz supino

DEFECO-RMN



UOC Radiologia - SSDC08 - Responsabile Prof. C. Catalano

Nome		Genere	F
DT Esame	12/11/2019 09:44	Data di nascita	07/03/1941
Esami	RM ADDOME INF. TOT. PELVICO SENZA E CON MDC	Codice Fiscale	
Prov	CUP-Ticket Pagante-Esente-SSDC08RM1.5.E	ID Paziente	PIDU000271046
Episodio		Barcode	E19RU001435920

Referto

RM ADDOME INF. TOT. PELVICO SENZA E CON MDC

Esame eseguito distensione del retto con gel, con sequenze T2 pesate haste e/o TRUE-FISP sagittali, ripetute in diverse fasi funzionali, anche in modo dinamico.

INDICAZIONE: approfondimento diagnostico in Paziente con SOD da prolasso rettale e rettocele con dissenergia AP.

Esiti di isterectomia.

L'esame mostra la giunzione ano-rettale lievemente al di sotto della linea pubo-coccigea nella fase di contrazione e di riposo (circa 1 cm); nella fase di ponzamento/evacuazione la giunzione scende notevolmente al di sotto di tale linea (circa 8-10 cm).

L'ampiezza dell'angolo ano-rettale appare conservata nella fase di riposo e di contrazione, misurando rispettivamente circa 97° ed 94°, mentre appare ampliata in fase di ponzamento (130°).

In fase di evacuazione si osserva un rettocele anteriore di circa 3,3 cm associato a minimo cistocele (1 cm).

Non versamento nello scavo del Douglas.

Scarsa eliminazione del gel nella fase di evacuazione come per persistente spasmo del muscolo PR ed inadeguata apertura del canale anale.

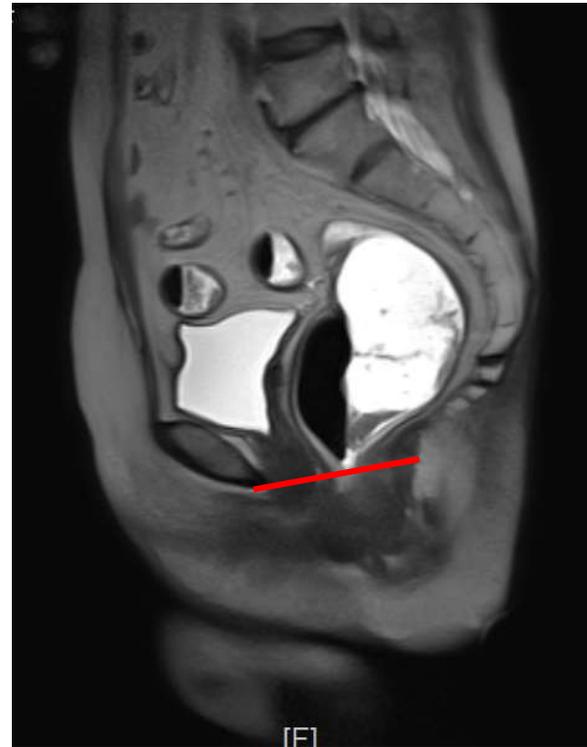
Conclusioni: prolasso severo del compartimento pelvico posteriore con modico rettocele e minimo cistocele, associato a spasmo del m. puborettale in evacuazione.

Prolasso severo del
compartimento pelvico
posteriore con modico
rettocele e minimo
cistocele, associato a
spasmo del muscolo
pubo-rettale in
evacuazione

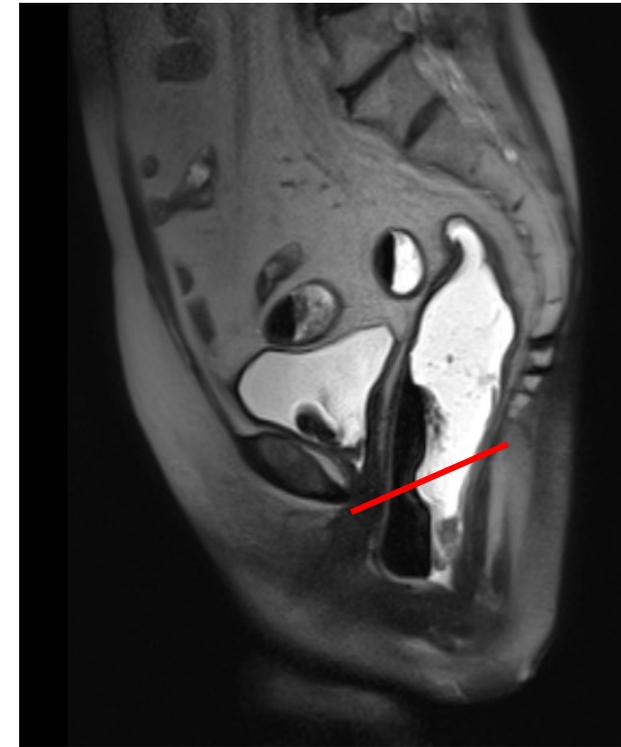
Defeco-RMN



A riposo



In contrazione



In ponzamento

DEFECO-RMN



EMG PERINEALE



Università degli Studi di Roma La Sapienza
POLICLINICO UMBERTO I

F. FORMI ERG-EMG

Primo 19/01/95
20000 N. del Pubblico. 168

Muscolo sfintere est. ano: a riposo non attivato
di deviazione in alto, a lieve sforzo
POM di normale ampiezza, durata e morfologia
Al massimo sforzo tracce interferenziali
Presenza di dissinergia addomino-pelvica
nelle manovre di "push" e "squeeze".
Riflesso clitorideo-anele: risposta dissinaptica lat: 17ms
risposta polisinnaptica lat: 61ms

Conclusioni: Quadro tipico di
dissinergia addomino
pelvica.

Dr. MAURIZIO FORMI

Quadro tipico di
dissinergismo
addomino-pelvico.

ENDOSONOGRAFIA

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Azienda Policlinico Umberto I



Segni di ipertrofia del muscolo puborettale e dello sfintere anale interno.

Alterata motilità dell'apparato sfinteriale come da **dissinergia del pavimento pelvico**.

Perineo discendente.

SAI (sfintere anale interno) mostra spessore di 5,9mm, poco demarcabile in sede anteriore a 3cm.

In sede sottocutanea lo SAE mostra uno spessore di 5,9mm ed appare asimmetrico perché schiacciato anteriormente.

Dura la contrazione solo in sede sottocutanea, non si distende in seguito a ponzamento.

MPR (muscolo puborettale)

Visualizzabile a 3,5cm dal margine anale

Il MPR mostra uno spessore di 10,7mm in sede posteriore e di 6,8mm a carico delle branche.

Durante ponzamento si rileva abbassamento del pavimento pelvico senza rilasciamento del muscolo

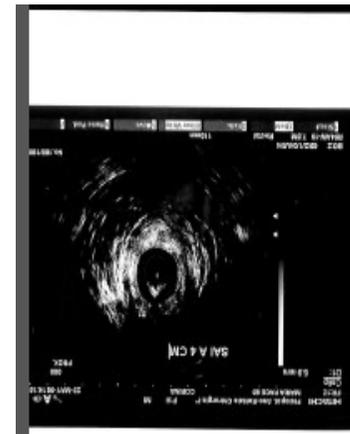
In contrazione si osserva sollevamento del pavimento pelvico senza adduzione delle branche.

Note conclusive

Segni di ipertrofia del MPR e dello SAI

Alterata motilità dell'apparato sfinteriale come da dissinergia del pavimento pelvico

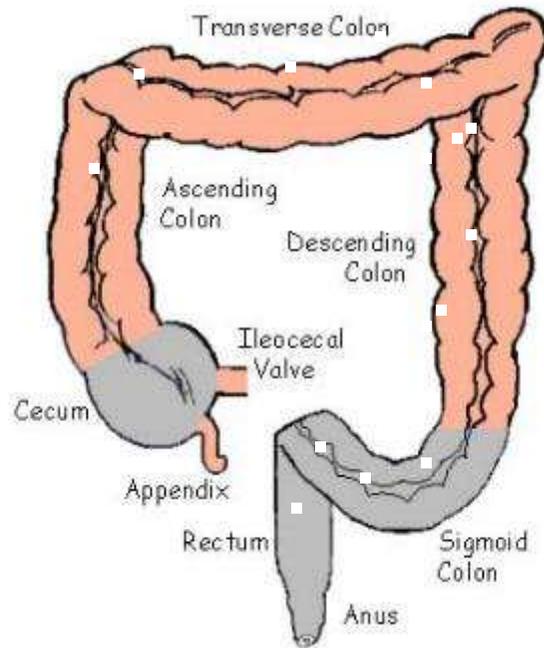
Perineo discendente



TEMPI DI TRANSITO COLICO



Misura la velocità con cui i residui fecali si muovono nel colon monitorando la progressione intestinale di marcatori radiopachi somministrati p.o. (20 markers x 3 ogni 24 ore) con Rx diretta dell'addome.



Hinton JM, 1969
Metcalf AM, 1987
Bouchouca M, 1995

.....

STUDIO DEL TRANSITO COLICO

Rx ogni 72 ore (VN: presenza di < 20% marcatori) sino all'evacuazione dell'80 % degli indicatori (v.n. ≤ 96 h)



Rallentato transito attraverso il colon

- TT > 120 h (v.n. ≤ 96 h)
- Alterazioni nella regolazione della motilità GI



(cortesia Prof.ssa FI Habib)

TEMPO DI TRANSITO COLICO

↑ T.T. tot e/o dx



SLOW
TRANSIT
CONSTIPATIO
N

“Un transito rallentato a livello del retto-sigma e/o del colon sn., da solo, non può dimostrare la presenza di una dissinergia del pavimento pelvico”

AGA, 1999

“La presenza di markers lungo tutto il colon non può escludere una defecazione dissinergica (DD)”

Lembo, 2003

“Non è raccomandato nelle fasi diagnostiche iniziali ma solo per i pazienti in cui sia stata esclusa una DD o che non abbiano risposto alla terapia riabilitativa”

AGA, 2013

↑ T.T retto-sigma

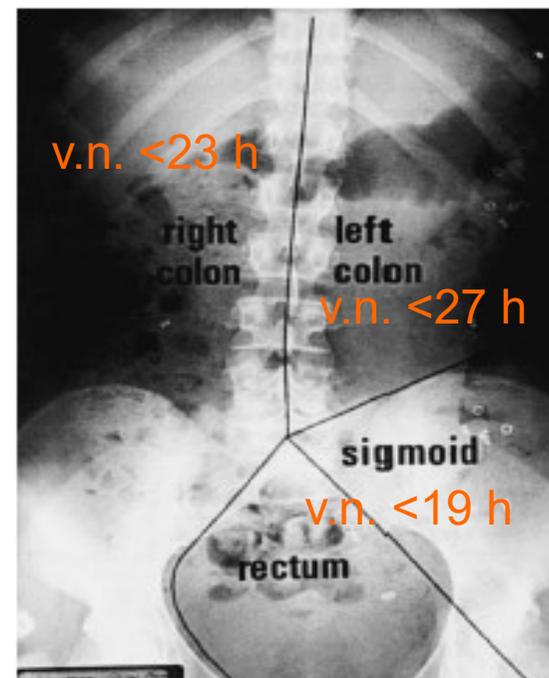


DEFECAZIONE
OSTRUITA

NORMALE



“MISPERCETTORI”
STIPSI normale
transito



STUDIO DEL TRANSITO COLICO



Stipsi da rallentato transito



Stipsi da disfunzione del pavimento pelvico

STUDIO DEI TEMPI DI TRANSITO INTESTINALI

- Gennaio 1995

Tempo di transito intestinale nella norma



P.P. Rubens (1636-39) "Susanna al bagno"

ALTRE INDAGINI ESEGUITE

COMUNE DI ROMA
 I. P. A.
 ISTITUTO DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA
 PER I DIPENDENTI DEL COMUNE DI ROMA
 Centro di Medicina Preventiva

SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Cognome _____
 Via 50
 Indicazione Baciami appetiti

Strumento Olympus GRS Q10 Medicazione Sal

REFERTO: Introduzione agevolata dello
Esophago: normale per estensione, coltura,
non dell'ADDS, funzione R.G. normale
STOMACO: presenza normale con
funz. Alla manovra di immersione e
incoercibile.
Diagnosi: placca bianca tuba difesa
nella mano.

Istologia (SI) -

Conclusioni polipi da esame in fase

Terapia consigliata Quasi nessun ops. 2004: 100%

Successivo controllo 1/1

UNIVERSITÀ DI ROMA
 SAPIENZA
 UNIVERSITÀ DI ROMA
 UMBERTO I
 FACOLTÀ DI SCIENZE

U.O.D. CHIRURGIA E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO (CVD01)
 Responsabile: Prof.ssa Mariela Indrino
 Tel. 06.4997.7262 - 06.4997.0438 - Fax. 06.4997.7269
 mariela.indrino@uniroma1.it

VISITA PROCTOLOGICA 1-1-015

Data di nascita 07/03/1941

Diagnosi DISSINERGIA DEL PAVIMENTO PELVICO

ISPEZIONE ano puntiforme non lesioni perianali
ESPLORAZIONE sfintere ipertonico, rilevanza mucosa posteriore
STRUTTURE SFINTERALI lieve ipertonia a riposo, contrazione valida -
 ponzamento con torchio addominale

VIDEOPROCTOSCOPIA N°113

INTRODUZIONE Agevole dello strumento
ESAME CONDOTTO FINO A 8 cm dal margine anale
ESAME OSTACOLATO DALLA PRESENZA DI FECE Sì a 8 cm che impediscono la
 progressione dello strumento
DI MUCO No
DI SANGUE No
LA MUCOSA DEL RETTO APPARE Liscia, rosea, scerevole
TENDENZA AL PROLASSO A RIPOSO Sì **DURANTE PONZAMENTO:** Sì

CANALE ANALE

INVAGINAZIONE RETTO-ANALE Sì
EMORROIDI INTERNE: circonfereziali, congeste e prolassanti in ponzamento,
 senza note di disepitelizzazione
EMORROIDI ESTERNE: moderatamente congeste
ALTRO polipo fibroso posteriore su emorroide interna

Diagnosi emorroidi prolasso polipo fibroso

Roma 14/01/15

TERAPIA



"WORST CASE OF CONSTIPATION I'VE EVER SEEN."

Consensus statement AIGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (Part II: Treatment)

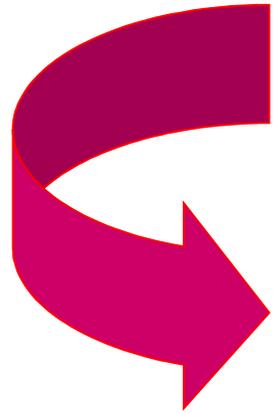
Antonio Bove, Massimo Bellini, Edda Battaglia, Renato Bocchini, Dario Gambaccini, Vincenzo Bove, Filippo Pucciani, Donato Francesco Altomare, Giuseppe Dodi, Guido Sciaudone, Ezio Falletto, Vittorio Piloni



Table 2 Levels of evidence and grades of recommendation of medical treatment in chronic constipation

	Level of evidence	Grade of recommendation
<u>Life style</u>		
Physical exercise	V	C
Toilet training	V	C
Increased fluid intake	V	C
<u>Bulking laxatives</u>		
Insoluble fibre	III	C
Soluble fibre: Psyllium	II	B
<u>Osmotic laxatives</u>		
Lactulose	II	B
Sorbitol	V	C
Magnesium hydroxide/magnesium salts	V	C
Polyethylene glycol	I	A
<u>Stimulant laxatives</u>		
Sodium picosulfate, bisacodyl	I	B
Senna, aloe, cascara	V	C
<u>Softening laxatives</u>		
Docusate	V	C
<u>Serotonergic enterokinetics</u>		
Tegaserod	I	A ¹
Prucalopride	I	A
<u>Prosecretory agents</u>		
Lubiprostone	I	B ²
Linaclotide	I	B ³
<u>Gastrointestinal μ-opioid antagonists</u>		
Methylnaltrexone	I (no effect)	A (not used)
Alvimopan	I (no effect)	A (not used) ²
<u>Probiotics</u>	V	C
<u>Colchicine</u>	III	C
<u>Procedures to empty the rectum-sigma</u>		
Peristeen [®]	V	C

TRATTAMENTO DELLA STIPSI



Modificare lo stile di vita

Attività fisica
Toilette training
Dieta (fibre alimentari)



STIPSI E ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica può influenzare la funzione intestinale, ma **non costituisce certamente il fattore prevalente nella stipsi.**

Il rapporto tra attività fisica e stipsi sembra essere più evidente negli anziani, anche se altri fattori sembrano giocare un ruolo predominante: farmaci, dieta, disturbi cognitivi ...

In anziani con attività fisica regolare
2 settimane di inattività raddoppiano
il tempo di transito colico



SUGGERIMENTI CIRCA LO STILE DI VITA

È importante non reprimere
lo stimolo all'evacuazione

L'inibizione dello stimolo all'evacuazione può determinare ristagno ed ulteriore disidratazione delle feci con conseguente maggior difficoltà all'espulsione.



TOILETTE TRAINING

- Non reprimere mai lo stimolo
- Visite in wc alla stessa ora, dopo la



- Posizione corretta sulla tazza
- Permanenza fino a 30' in attesa stimolo
- Provare qualche lieve spinta anche senza stimolo



STIPSI E APPORTO IDRICO



Non esistono dati in letteratura che la stipsi possa essere migliorata da un incremento dei liquidi per bocca
se non nei pazienti disidratati

Un' idratazione adeguata è importante per modulare la motilità intestinale



Muller-Lissner et al, Am J Gastroenterol, 2005

Locke GR et al: AGA Technical Review on Constipation, Gastroenterology, 2000

STIPSI E FIBRE



Azione meccanica, osmotica, stimolano crescita batterica, sequestrano sali biliari

FIBRE IDROSOLUBILI

pectine, gomme, mucillagini,
alcune emicellulose (tipo B) -
inulina, gomma arabica,
oligofruttosio,
FOS, Psyllium, PHGG

***Avena e orzo, legumi,
frutta, verdure, carote***

FIBRE NON IDROSOLUBILI

cellulose, alcune emicellulose
(tipo A), lignine –
polisaccaridi di soia,
amidoresistente

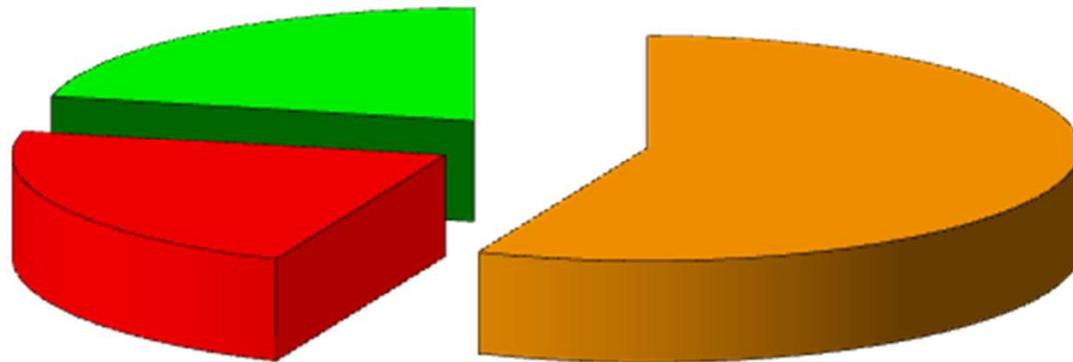
***Cereali integrali (crusca),
verdura a foglia verde,
frutta secca, semi di lino***

STIPSI E FIBRE

149 Pazienti con stipsi cronica crusca, frutta e verdura per almeno 6 settimane.

- **Nessun effetto**
- **Peggioramento**
- **Asintomatici**

“Alcuni pazienti possono beneficiare delle fibre, ma in molti casi con stipsi grave le fibre possono indurre peggioramento dei sintomi”



Il 50% pz. che non rispondono a dieta con fibre hanno una SRT

FIBRE ALIMENTARI E STIPSI



- nelle stipsi funzionale con transito normale e/o in presenza di una dieta eccessivamente raffinata
- talvolta nella SOD dove possono migliorare lo stimolo defecativo aumentando la sensibilità rettale

Muller-Lissen Am J gastroenterol 2005

Wald, Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol, 2006



QUANDO NON BASTA?



LASSATIVI

CLASSE DI FARMACI	MECCANISMO D'AZIONE	PRINCIPI ATTIVI	
LASSATIVI			
Formanti massa (fibre insolubili e solubili)	Legando acqua aumentano la massa fecale e ne riducono la consistenza. Le fibre solubili aumentano anche la massa batterica	Crusca Psillio Metilcellulosa	III C IIB
Osmotici	Legano acqua osmoticamente	Lattulosio Sorbitolo Idrossido di magnesio Sali di Magnesio Polietilenglicole	IIB VC IA
Emollienti	Legando acqua aumentano ed ammorbidiscono la massa fecale	Paraffina liquida Ducosati Glicerina	VC
Stimolanti	Stimolano la peristalsi agendo sul plesso nervoso della muscolatura viscerale e riducono l'assorbimento di acqua ed elettroliti dal colon	Derivati antrachinonici: <i>senna, aloe, cascara</i> Derivati difenilmetano: <i>bisacodile, picosolfato</i>	VC
PROCINETICI SEROTONINERGICI	Gli agonisti dei recettori 5-HT4 aumentano la motilità intestinale	Tegaserod Prucalopride	IA
PROSECRETORI	Gli attivatori dei canali del cloro favoriscono secrezione di cloro ed acqua	Lubiprostone	IB
	Gli attivatori dei recettori guanilato-ciclasa favoriscono secrezione di bicarbonati, cloro e acqua	Linacotide	IB
ALTRI FARMACI			
Antagonisti Oppioidi	Antagonizzano i recettori μ -oppioidi intestinali	Alvimopan Metilnatrexone	IA
Probiotici	Non chiarito	Bifidobacterium e Lactobacillus	VC
Colchicina	Non chiarito. Si ipotizza aumentata secrezione di liquidi per attivazione AMP-ciclico e Prostaglandine		IIIC

Consensus statement su diagnosi e terapia: stipsi cronica e defecazione ostruita (AIGO, SICCR 2012)

MACROGOL/POLIETILENGLICOLE (PEG)

- **CONSISTENZA FECI**
- + **FREQUENZA EVACUAZIONI**
- + **FACILITA' ESPULSIONE FECI**

Efficacia Grado A



No effetti collaterali
No diarrea

Remissione completa della stipsi
senza aumento delle dosi anche
a lungo termine

***NELLA STIPSI FUNZIONALE
DA RALLENTATO TRANSITO E DA
DISSINERGIA ADDOMINO-PELVICA***

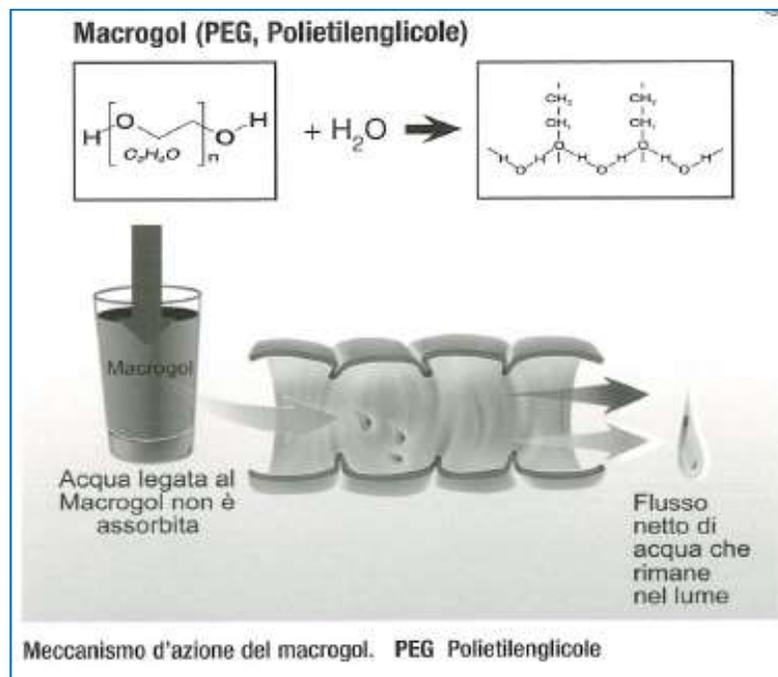
MACROGOL

- **POLIETILENGLICOLE (PEG):** polimero organico non degradato dalla flora batterica

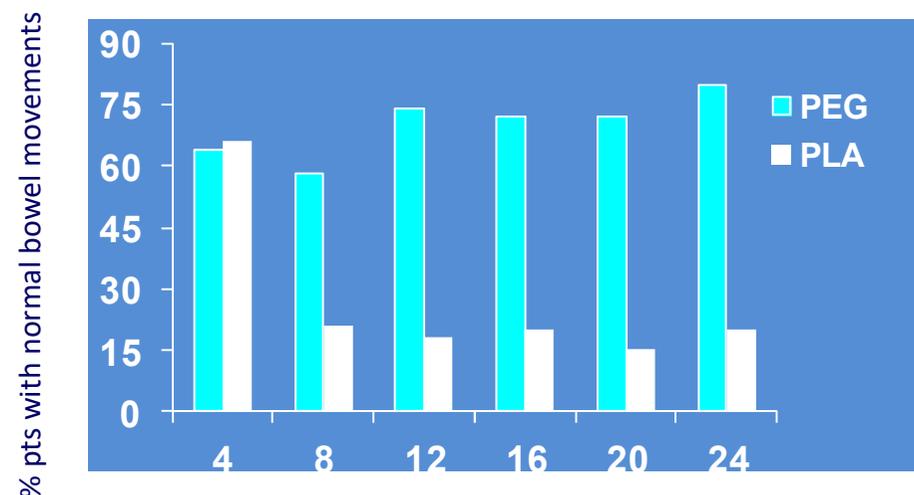
Trials vs placebo: N 5 in tutti aumento frequenza evacuazioni

Riduzione consistenza feci e g lattulosio. *Attar et al Gut 1999**

Soluzioni iso o ipo osmotiche migliorano l'evacuazione



LONG-TERM EFFECT OF PEG (17.5 gr. bid) vs PLACEBO ON BOWEL FREQUENCY IN 70 PTS WITH CHRONIC FUNCTIONAL CONSTIPATION



PRUCALOPRIDE

Efficacia Grado A

- procinetico a prevalente azione sul colon, dotato di buona efficacia e limitati effetti collaterali
- agonista potente e altamente selettivo del recettore 5-HT4 della Serotonina
- indicata nel trattamento sintomatico della stipsi cronica non responsiva alla terapia con i comuni lassativi
- aumenta la frequenza dell'alvo ed attenua la sintomatologia associata alla stipsi cronica

LINACLOTIDE

Efficacia Grado B

- agonista della guanilato ciclasi c (GC-C)
- agisce localmente e selettivamente sulla superficie del lume intestinale
- indicata nel trattamento sintomatico della sindrome dell'intestino irritabile moderata/grave con stipsi



**Aumenta la
secrezione di
fluidi intraluminale**

**Aumenta
transito GI**

**Riduce la
sensibilita'
viscerale**

**Riduce
dolore
viscerale**

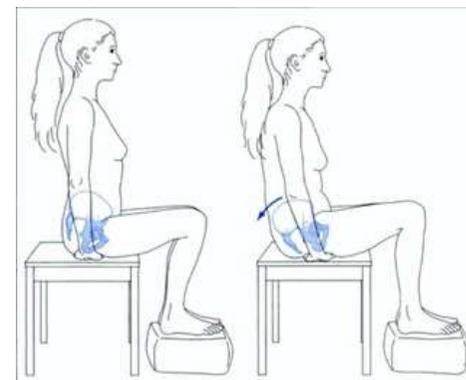
BIOFEEDBACK

Efficacia
Grado IB

Indicazioni: dissinergia addomino-pelvica

Obiettivi:

- ✓ ottenere il rilassamento del sistema muscolare striato sincrono alla spinta defecatoria
- ✓ ripristino un corretto *pattern* di attivazione motoria sequenziale per l'innescio del normale meccanismo di defecazione



➤ Alterazioni organiche

(sindrome del perineo discendente, rettocele, invaginazione retto-anale, prollasso mucoso del retto, sindrome dell'ulcera solitaria del retto non associata a prollasso, sigmoidocele di II grado)

➤ In supporto alla chirurgia anorettale

RIABILITAZIONE PELVICA: chiesiterapia e biofeedback

Biofeedback

Strumento che aiuta il paziente a correggere il reclutamento scorretto di alcuni muscoli pelvici, resi apprezzabili visivamente o acusticamente, migliorandone le prestazioni → es. pressione anale, addominale, attività sfinterica.

Utilizza sonde elettromiografiche o manometriche

Indicazione:

- **defecazione dissinergica**
- **controllo ipertonia (rilascio sfintere)**
- **aumento sensibilità anale (controllo sensazioni)**



RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

Processo terapeutico che permette il maggior recupero possibile di una funzione perduta o alterata nel suo svolgersi attraverso:

1. presa di coscienza della muscolatura
2. potenziamento della muscolatura
3. attivazione e corretto uso (automatizzazione)



TECNICHE DI RIABILITAZIONE

- FISIOCHINESITERAPIA
- *BIOFEEDBACK* MANOMETRICO
- RIABILITAZIONE VOLUMETRICA
- ELETTROSTIMOLAZIONE

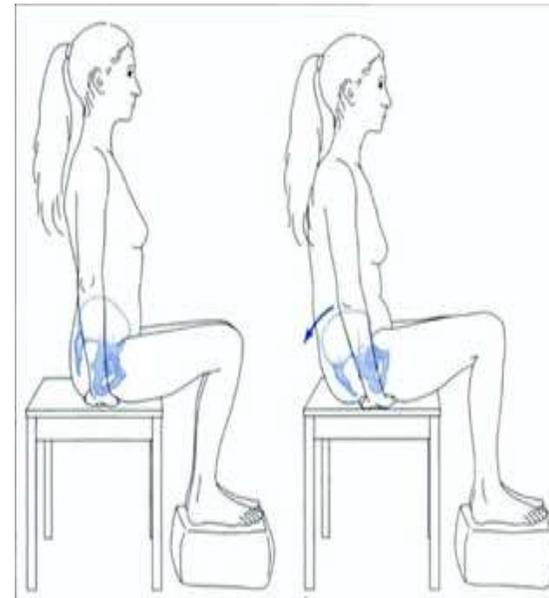
“TERAPIA DEL MOVIMENTO”

approccio al paziente

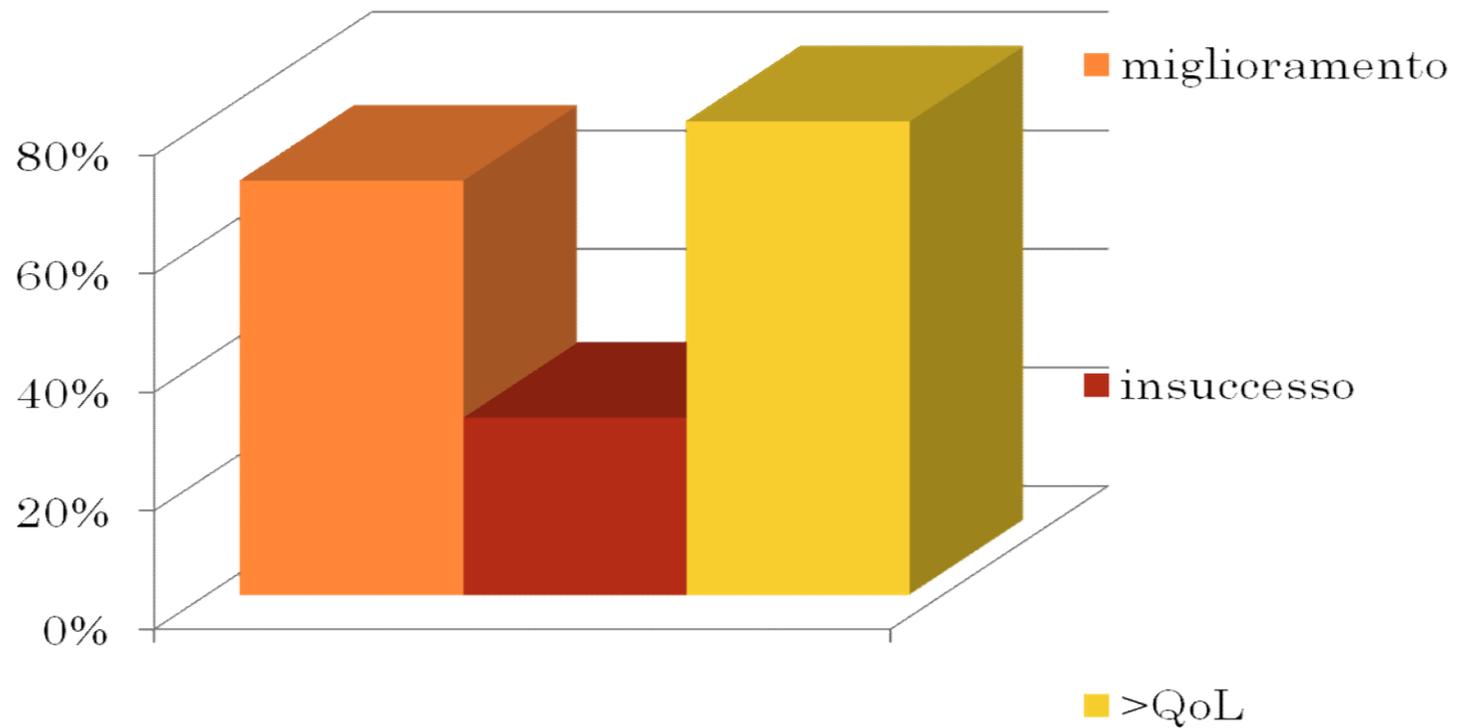
esercizio terapeutico

modalità anale
Ripristino della normale sensibilità e

modalità intravaginale
compliance rettale tramite palloncino rettale

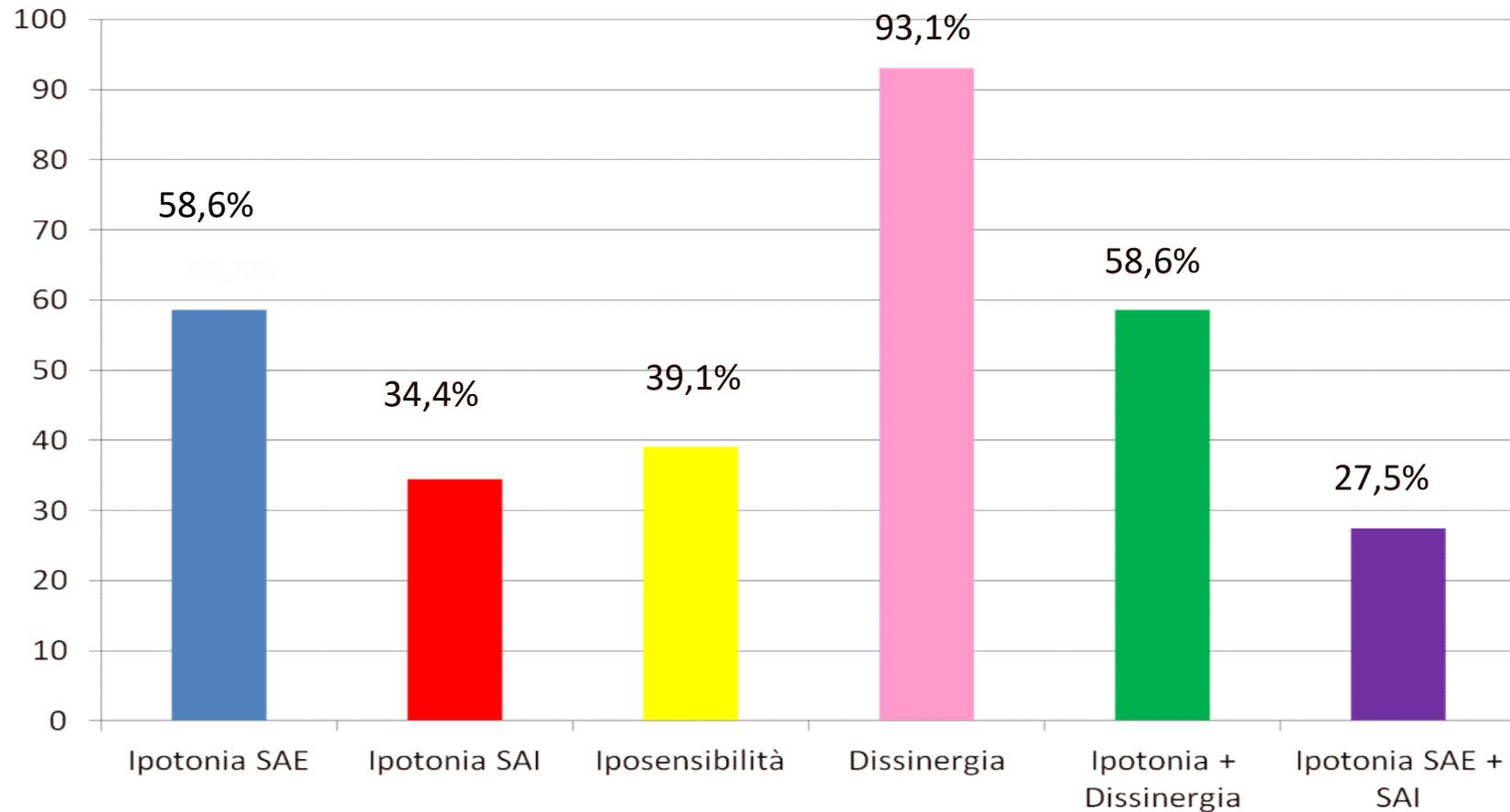


RISULTATI DELLA RIABILITAZIONE



50% successo
a lungo termine

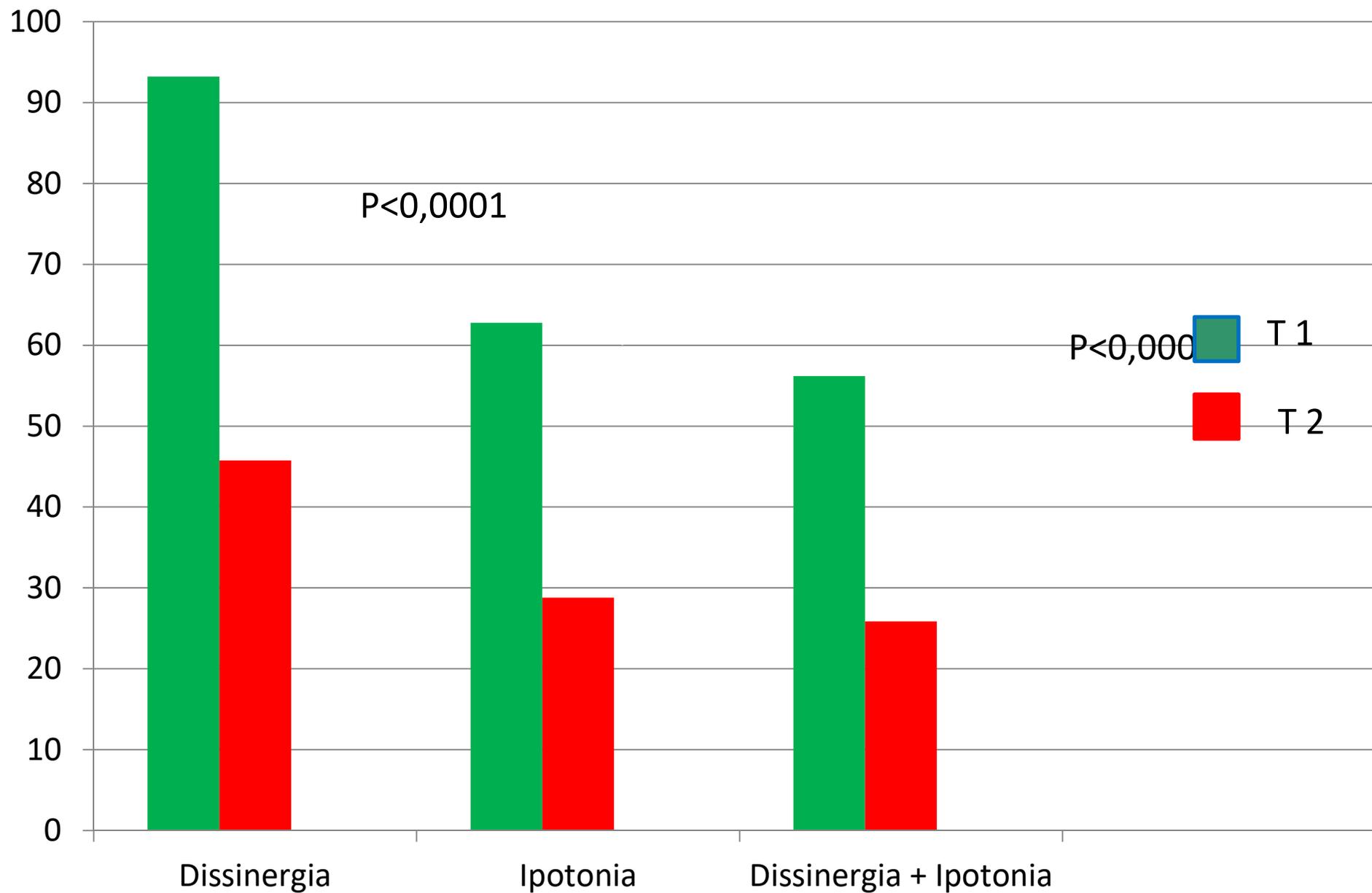
RISULTATI DELLA NOSTRA CASISTICA



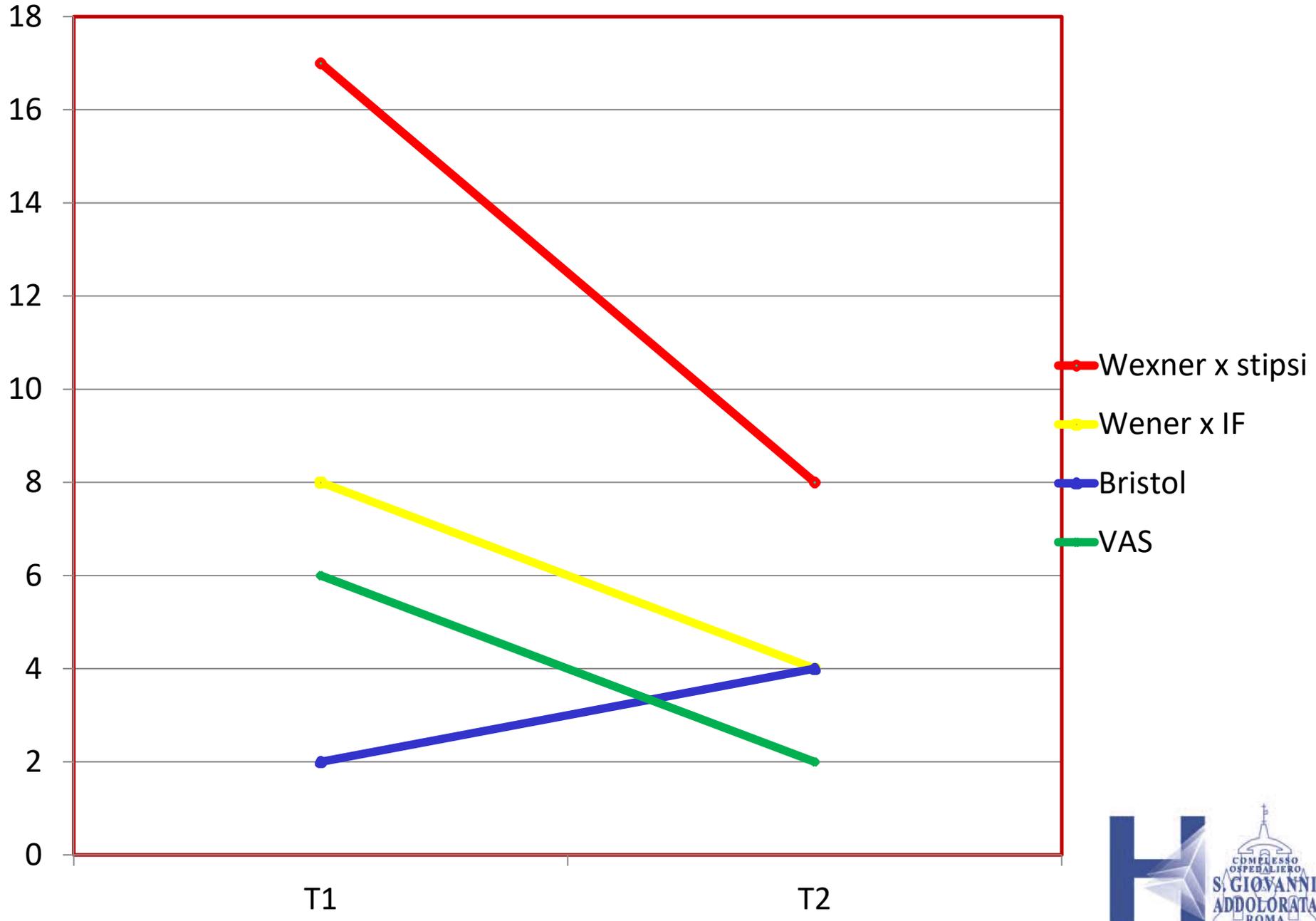
L. d'Alba, M.C. Neri, C. Corrado, E. Ribichini et al.
Effects of biofeedback therapy on clinical and Manometric parameters in pelvic floor dysfunctions.

UEG journal Volume 6 Suppl. 1 October 2018

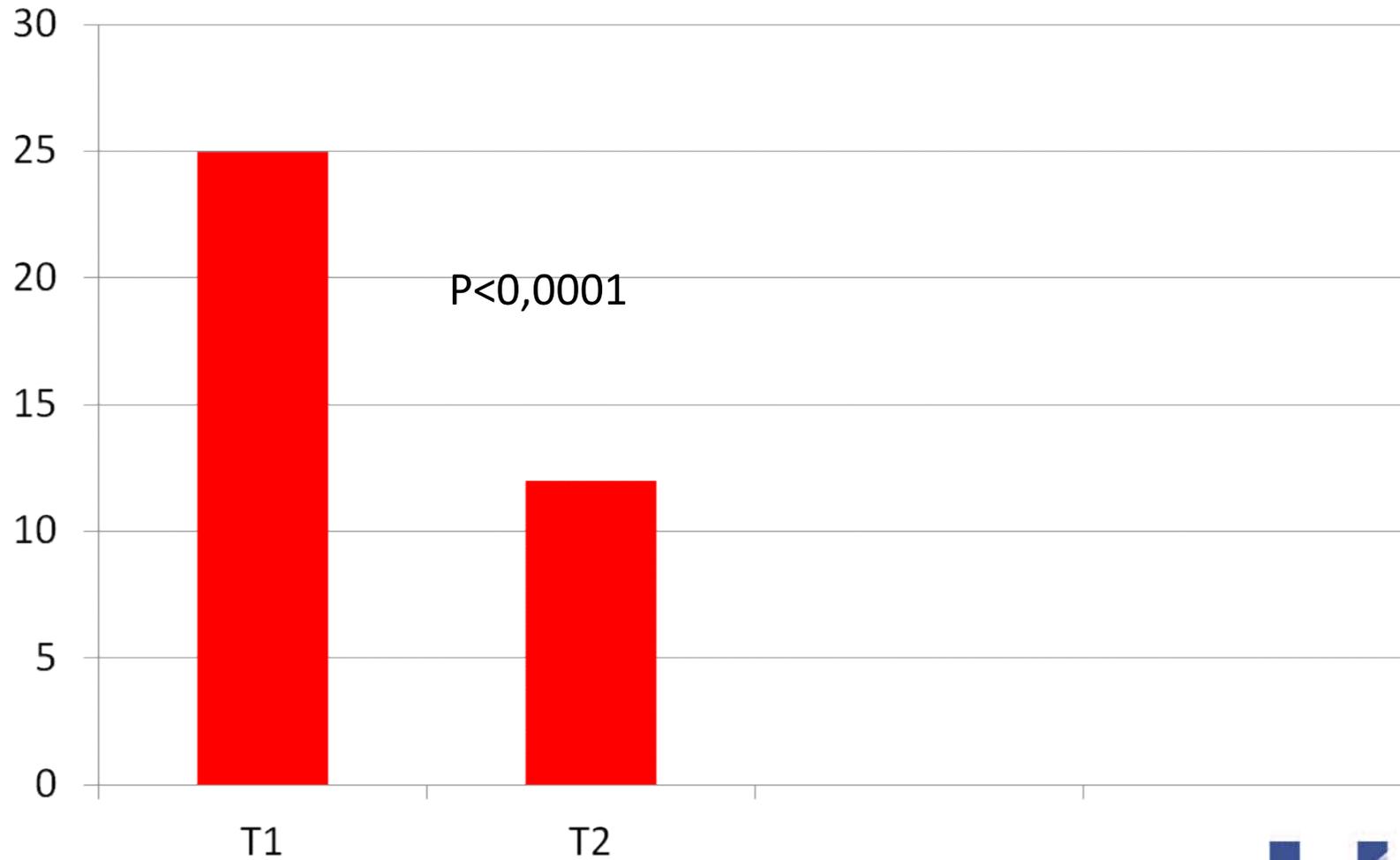
RISULTATI DELLA NOSTRA CASISTICA

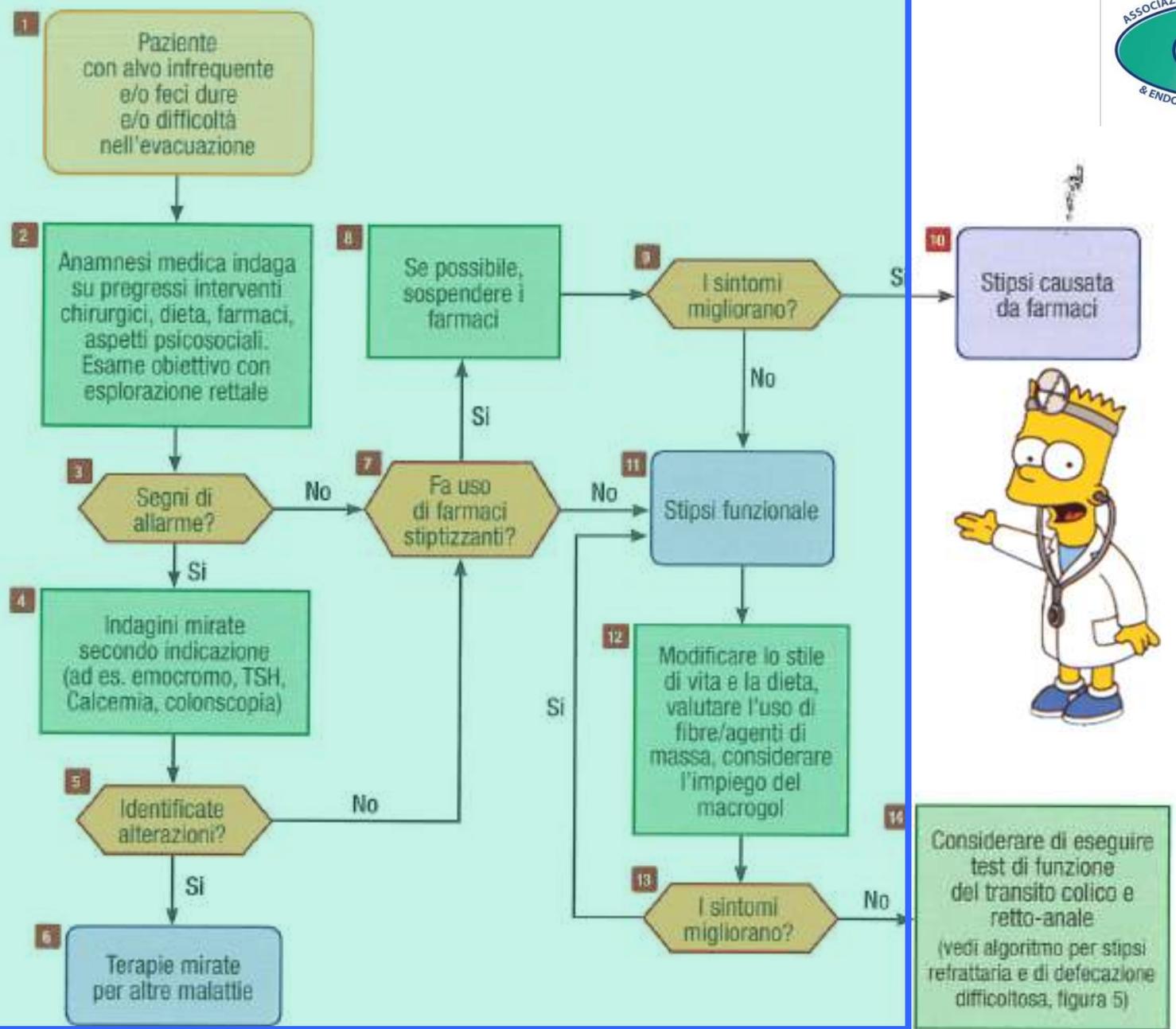


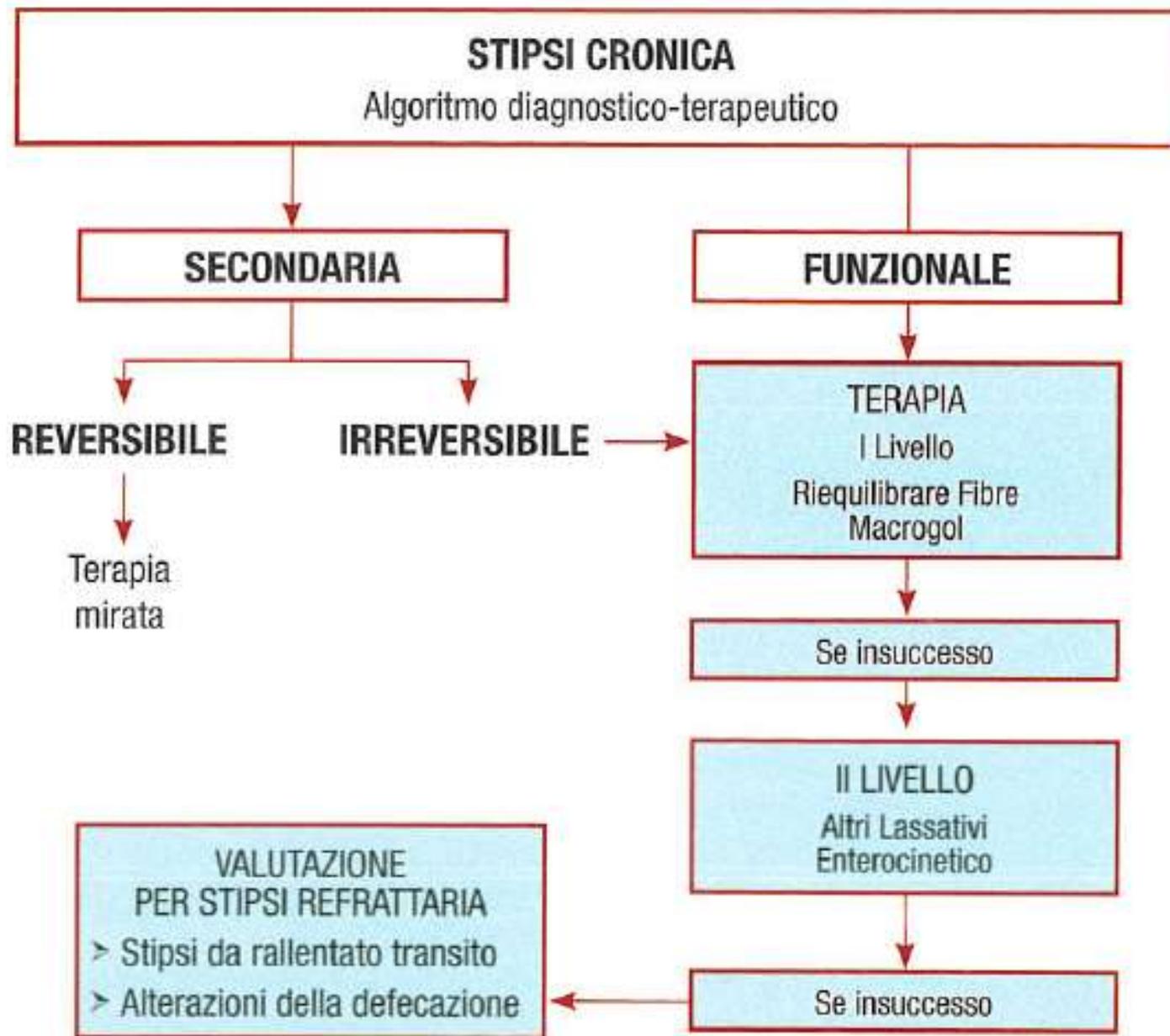
Variazione scala di Wexner x stipsi, IF, Bristol e VAS a T1 e T2



Variazione terapia con Macrogol (gr.) a T1 e T2



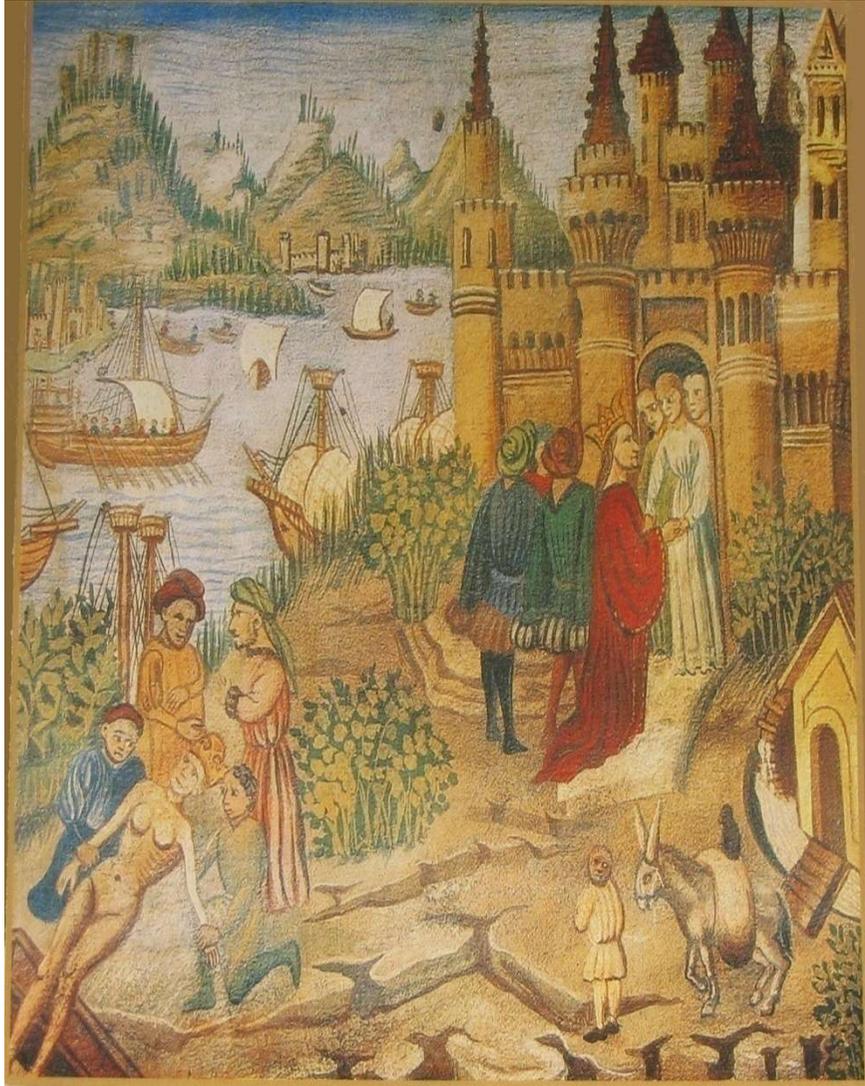




Take Home Messages



- La stipsi non è un'entità unica (più forme possono coesistere)
- Anamnesi (stipsi secondaria/stipsi primitiva; segni di allarme attenzione alle abitudini e allo stile di vita)
- Rassicurare il paziente
- Esame obiettivo (sempre esplorazione rettale!)
- Assenza segni di allarme > approccio diagnostico «morbido»
- La terapia deve essere “personalizzata”



Defecatio mattutina
est bona quam medicina,
defecatio meridiana,
neque bona, neque sana,
defecatio vespertina
est corporis ruina!

Scuola Medica Salernitana
XI secolo

Grazie per l'attenzione

DOMANDE????

