AIGO Lazio
incontra i medici del territorio

24 Gennaio 2020, 7 Febbraio 2020, 21 Febbraio 2020, 3 luglio 2020

LAZIO

IL CONSIGLIO DIRETTIVO 2019-2021

Maria Carla Di Paolo	Presidente
Stefano Brighi	Past President
Marco Ferrara	Presidente Eletto
Lucia d'Alba	Consigliere Segretario
Paolo Fedeli	Consigliere
Maurizio Giovannone	Consigliere
Giovanna Margagnoni	Consigliere
Emanuela Ribichini	Consigliere
Gianfranco Tammaro	Consigliere
Costantino Zampaletta	Consigliere

Scopo di questi incontri

Dare informazioni pratiche
Rispondere agli interrogativi dei medici del territorio
Creare un canale di comunicazione bilaterale
Dialogo informale ed interattivo

Infezione da Virus SARS-Cov2

Come è cambiata la nostra vita negli ultimi mesi

AIGO Lazio incontra i medici del territorio:		
24 gennaio	Guida ad un uso appropriato dell'endoscopia digestiva a 40 anni dalla sua diffusione	**Costantino Zampaletta**
	L'anemia sideropenica cronica: un rompicapo per il MMG	**Stefano Brighi**
7 febbraio	Uso appropriato degli IPP	**Paolo Fedeli**
	Infezione da Helicobacter Pylori: tutto chiaro?	**Gianfranco Tammaro**
21 febbraio	Stipsi cronica: diagnosi e terapia nella pratica clinica	**Lucia d'Alba**
	Cosa bisogna sapere e quali errori evitare nella gestione della malattia diverticolare	**Emanuela Ribichini**

AIGO Lazio incontra i medici del territorio:		
24 gennaio	Guida ad un uso appropriato dell'endoscopia digestiva a 40 anni dalla sua diffusione	**Costantino Zampaletta**
	L'anemia sideropenica cronica: un rompicapo per il MMG	**Stefano Brighi**
7 febbraio	Uso appropriato degli IPP	**Paolo Fedeli**
	Infezione da Helicobacter Pylori: tutto chiaro?	**Gianfranco Tammaro**
21 febbraio	**Stipsi cronica: diagnosi e terapia nella pratica clinica**	**Lucia d'Alba**
	Cosa bisogna sapere e quali errori evitare nella gestione della malattia diverticolare	**Emanuela Ribichini**

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.

Kamm MA, Neurogastroenterologia 2006

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

ASSOCIAZIONE ITALIANA GASTROENTEROLOGI
aigo
& ENDOSCOPISTI DIGESTIVI OSPEDALIERI

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

5. STUDI FUNZIONALI

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

TRATTAMENTO DELLA STIPSI

Modificare lo stile di vita

Attività fisica
Toilette training
Dieta (fibre alimentari)

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

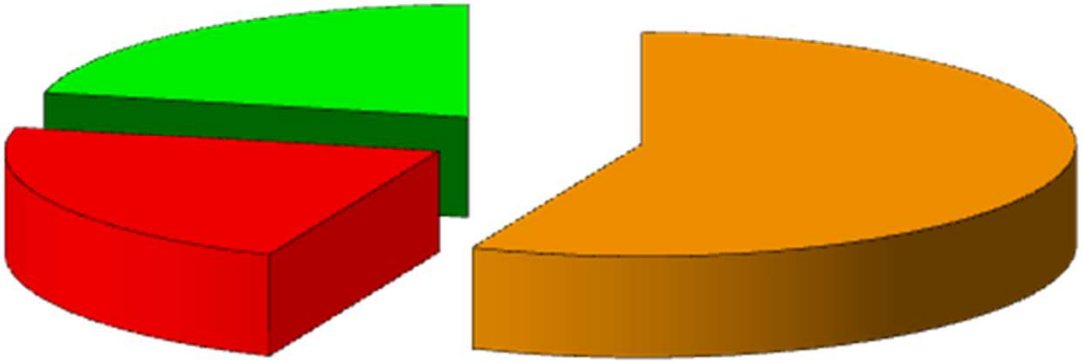
cellulose, alcune emicellulose (tipo A), lignine – polisaccaridi di soia, amidoresistente

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

Tack J, Neurogastroenterol Motil,2011
Muller Lissner, Am J Gastroenterol,2005
Wald, Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol,2006

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 gastrenterol 2005
Wald, Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol,2006

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 magnesia 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: *senna, aloe, cascara* Derivati difenilmetano: *bisacodile, picosolfato*	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 guanililato-ciclasi favoriscono secrezione di bicarbonati, cloro e acqua	Linaclotide	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)

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»
- <u>La terapia deve essere "personalizzata"</u>

AIGO Lazio
incontra i medici del territorio

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

Cosa bisogna sapere e quali errori evitare nella gestione della malattia diverticolare

Emanuela Ribichini

Unità di Fisiopatologia Digestiva I.R.C.S.S San Raffaele Milano

Università La Sapienza, Roma

DIVERTICOLOSI

Presenza di diverticoli colici ;

può evolvere in sintomatica o complicata 1C B

MALATTIA DIVERTICOLARE SINTOMATICA NON COMPLICATA (SUDD) ibs like

Sintomi addominali ricorrenti attribuiti ai diverticoli

in assenza di evidenti alterazioni macroscopiche oltre ai diverticoli

1C B

DIVERTICOLITE ACUTA

episodio di dolore addominale acuto severo e prolungato, cambiamenti dell'alvo, febbricola, leucocitosi 1C B

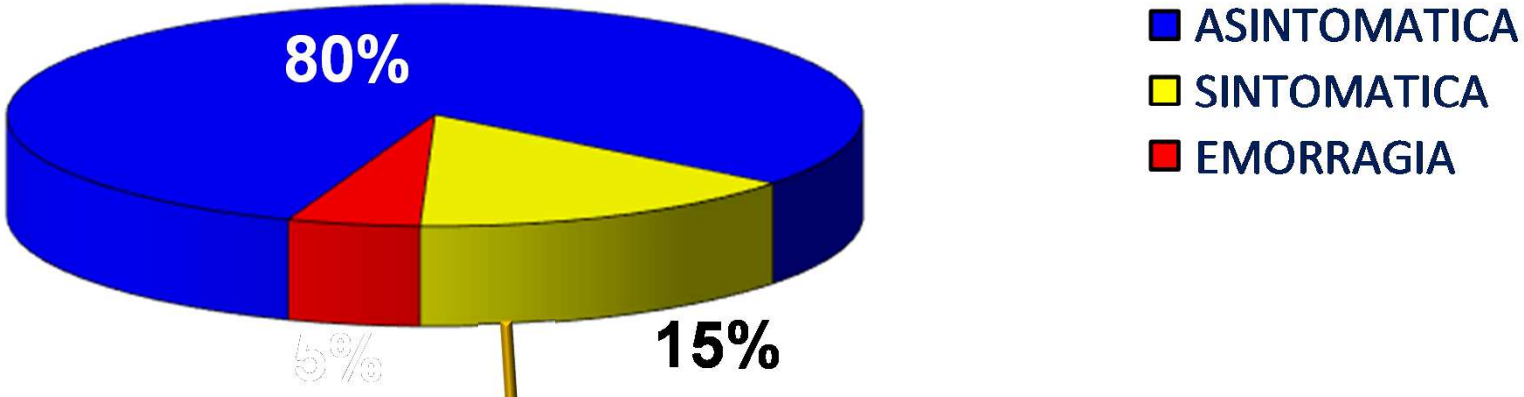
SCAD ibd like

pz. con diverticolosi che sviluppano colite segmentaria

Con infiammazione della mucosa interposta tra i diverticoli (retto e colon destro indenni)

4 C

LA MALATTIA DIVERTICOLARE



SUDD

Symptomatic Uncomplicated Diverticular Disease

Ibs-like

DIVERTICOLITE ACUTA O CRONICA

Diverticolite acuta ricorrente

SCAD

Ibd-like

DIVERTICOLITE COMPLICATA

- **Ascessi**
- **Perforazione**
- **Fistole**
- **Stenosi**
- **Occlusioni**

Strate LL. et al. AmJ Gastroenterol 2012;107:1486-1493

Diverticolite

Acuta

dolore addominale (diffuso in 2/3 dei casi, in FI sn in
Febbre, flogosi (PCR>50)
alvo chiuso ne 50%
diarrea nel 20%
nausea e vomito nel 20-60%
disturbi urinari nel 10-20%
complicanze (emorragia, ascessi, perforazione, etc) nel

Cronica

sintomatologia sfumata, flogosi di basso grado
possibile sviluppo colite segmentaria (SCAD)
>>piccolo numero

Diverticolite acuta

Laboratorio:

Emocromo e PCR
· Leucocitosi
· ↑ PCR

Esami strumentali:

TC con mdc *(gold standard)*
· diagnosi (se. 95%, sp. 96%)
· stadiazione
· rispetto a US sensibilità 81 vs 61%

NON COMPLICATA

COMPLICATA

HINCHEY CLASSIFICATION CRITERIA

Stadio Ia: flemmone
Stadio Ib: ascesso pericolico
Stadio II: ascesso pelvico, intra-add., intraper.
Stadio III: peritonite generalizzata purulenta
Stadio IV: peritonite stercoracea, fistola

QUANDO OSPEDALIZZARE in caso di AUD

- **LIEVE:**
- età superiore agli 80 anni
- presenza di immunosoppressione o comorbidità (diabete, insufficienza renale cronica, malattie ematologiche maligne, infezione HIV, chemioterapia, trapianto, terapia steroidea cronica, ect.)
- ospedalizzazione e uso di antibiotici è consigliato

QUANDO OSPEDALIZZARE in caso di AUD

- **AUD severa e complicata**

Ospedalizzazione raccomandata da tutte le linee guida europee ed americane con digiuno

Reidratazione con liquidi per via parenterale e una terapia antibiotica sistemica

SCAD

Segmental colitis associated with diverticulosis syndrome

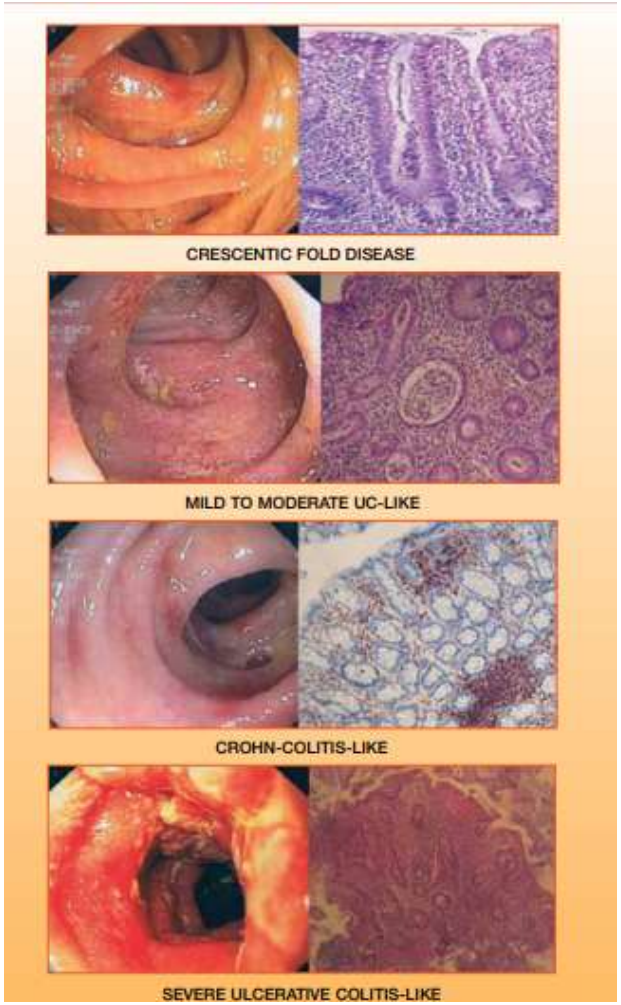
	Aspetto endoscopico	Aspetto istologico
A Crescentic fold disease	Lesioni tonde rosse (di 0.5-1.5 cm) sull'apice delle pliche in assenza di ulcere o segni di sanguinamento	Infiltrato infiammatorio linfocitario e neutrofilo in assenza di significativa alterazione della struttura ghiandolare
B Mild to moderate UC-like	Lesioni simili a quelle nella CU lieve o moderata con scomparsa della vascolarizzazione, edema della mucosa, iperemia ed erosioni diffuse	Alterazioni simili a CU lieve o moderata: infiltrato infiammatorio attivo, distorsione ghiandolare, riduzione delle goblet cells, ascessi intraepiteliali
C Crohn-colitis-like	Lesioni simili a quelle nella malattia di Crohn lieve o moderata con ulcere aftoidi isolate ma mucosa con aspetto endoscopico normale	Flogosi transmucosale attiva o cronica con follicoli linfoidi, a volte microfistole nella mucosa. Diversamente dal Crohn non si repertano reali granulomi
D Severe ulcerative colitis-like	Lesioni simili a quelle nella CU severa con scomparsa della vascolarizzazione, iperemia, ulcerazioni diffuse e riduzione del calibro del lume viscerale	Alterazioni simili a CU severa: infiltrato infiammatorio massivo, distorsione ghiandolare, severa deplezione di goblet cells, criptite con ascessi criptici

SCHEMA TERAPEUTICO PROPOSTO

per le forme più lievi (A e C): 2,4 gr/die di mesalazina per 4 settimane, seguito da 1,6 gr/die per mantenere la remissione;

per le forme più severe (B e D): beclometasone dipropionato (BDP) 10 mg/die per un mese associato a VSL#3 per 15 giorni, seguito da BDP 5 mg/die per le successive 4 settimane sempre associato a VSL#3 per altri 15 giorni;

per il mantenimento della remissione mesalazina 1,6 gr/die e VSL#3 per 15 giorni al mese



remissione clinica e endoscopica
forme più lievi di SCAD

75% di quelli con la forma D ha richiesto un trattamento aggiuntivo con prednisone

Tursi A, Int J Colorectal Dis 2012;27:179-85

Approccio chirurgico AUD

Modifiche nell'ultimo decennio

Recidiva AUD fino al 20% dei pazienti con episodi successivi più rischiosi in termini di complicanze

intervento chirurgico dopo 1 o 2 episodi di AUD
giovani e negli obesi

Studi più recenti

Outcome della recidiva non peggiore del primo episodio

Una revisione sistematica ha rilevato che solo il 6% dei pazienti perforazione coperta aveva bisogno di un intervento chirurgico di emergenza

Decisione personalizzata
fattori di rischio
(immunosoppressione, uso di FANS, collagenopatie)
stenosi, fistole o emorragie diverticolari ricorrenti

Gastroenterology. 2019 Apr; 156(5):1282-1298.e
Surg Infect (Larchmt). 2018 May/Jun; 19(4):362-368.

CONCLUSIONI

- I probiotici, 5-ASA, rifaximina (da soli, in combinazione, o in sequenza) possono avere un ruolo nella gestione di SUDD ma che necessita di essere meglio definito con RCT
- L'assunzione di fibre riduce le complicanze della malattia diverticolare
- I FANS devono essere evitati in pazienti con anamnesi di diverticolite; semi e noci non devono essere evitati
- La cardioASA, anticoagulanti possono essere ripresi dopo un sanguinamento diverticolare, una volta accertata l'emostasi
- Limitare l'uso di antibiotici nella diverticolite acuta non complicata
- La colonscopia deve essere eseguita dopo la risoluzione della diverticolite acuta se non eseguita di recente
- La necessità della chirurgia elettiva dopo diverticolite deve essere valutata caso per caso

AIGO Lazio incontra i medici del territorio: seminario Web		
3 luglio	Diarrea cronica: come riconoscerla, quando trattarla	**Maurizio Giovannone**
	La gestione del paziente con IBD: quello che il medico di famiglia deve sapere	**Giovanna Margagnoni**

- Grazie della vostra partecipazione !

Il CD AIGO Lazio

mariacarladipaolo@gmail.com

luciadalba@tiscali.it per chiarimenti o suggerimenti