

# DISORDINI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI DEFINIZIONE

QUADRI CLINICI, CORRELATI ALL'ETA',  
CARATTERIZZATI DA SINDROME CRONICA  
O RICORRENTE, NON ASSOCIATI A  
PATOLOGIA ORGANICA, BIOCHIMICA O  
STRUTTURALE

# DISORDINI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI (DFGI): LA STORIA

*1989 : nascono i "Rome Criteria"*

⇒ Primo tentativo nell'adulto di diagnosi in  
positivo  
dei DFGI

*1997: Prima Consensus Conference sui DFGI  
pediatrici*

*1999: "Pediatric Rome II Criteria"*

*(Gut 1999; 45 (Suppl II):II60-II68)*

# DISORDINI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI (DFGI): CRITERI DI ROMA II

## SCOPI

SVILUPPARE DEI CRITERI DIAGNOSTICI "BASATI SUL SINTOMO" APPLICABILI NELLA RICERCA E NELLA PRATICA CLINICA.

FORNIRE UNA REVISIONE RIGOROSA E SISTEMATICA DELLA LETTERATURA SU TALI CONDIZIONI CLINICHE

VALIDARE E/O MODIFICARE I CRITERI DIAGNOSTICI ATTRAVERSO UN PROCESSO BASATO SULL'EVIDENZA

(Gut 1999; 45 (Su:II60-II68))

# DISORDINI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI (DFGI): LA STORIA CONTINUA...

*ROMA 2004: Seconda Consensus Conference sui DFGI pediatrici*

Gastroenterology; Aprile 2006

## "CHILDHOOD FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS"

### Child/Adolescent

Rasquin A  
Di Lorenzo C  
Forbes D  
Guiraldes E  
Hyams J S  
Staiano A  
Walker L S

### Infants/Toddlers

Milla P  
Hyman P  
Davidson G  
Fleisher D  
Taminiau J  
Tomomasa T

# GASTROENTEROLOGY, APRILE 2005

Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child / Adolescent

1. Childhood Functional Abdominal Pain

1a. Childhood Functional Abdominal Pain Syndrome

2. Irritable Bowel Syndrome

3. Functional Dyspepsia

3a. Adult classification of dyspeptic disorders

4. Abdominal Migraine

5. Cyclic Vomiting Syndrome

6. Aerophagia

7. Adolescent Rumination Syndrome

8. Functional Constipation

9. Non-retentive fecal Incontinence

# DOLORE ADDOMINALE RICORRENTE DEFINIZIONE

Apley-Naysh      Almeno 3 episodi di dolore  
(1958)                invalidante in 3 mesi

Hyams              Almeno 3 episodi di dolore  
(1998)                in 2 - 3 mesi

# Dolore addominale

- Sindrome del colon irritabile
- Dispepsia funzionale
- Dolore addominale funzionale
- Eemicrania addominale

# SINDROME DEL COLON IRRITABILE DEFINIZIONE

Comprende un gruppo di disordini funzionali gastro-intestinali caratterizzati da disturbi o dolori addominali associati alla defecazione o a alterazioni di questa.



# SINDROME DEL COLON IRRITABILE: CRITERI DIAGNOSTICI

Almeno 2 mesi di

Disturbi o dolori addominali con 2 delle caratteristiche seguenti

- a. Migliorano con la defecazione
- b. Si associano a cambio della frequenza di evacuazione
- c. Si associano a cambio della forma (ed aspetto) delle feci
- d. No infiammazione né alterazioni anatomiche o malattia metabolica o tumorale

# SINDROME DEL COLON IRRITABILE

I sintomi che supportano una diagnosi di IBS sono:

- Anormalità della frequenza delle evacuazioni (4 o più feci/die o 2 o meno feci/settimana)
- Anormalità della forma delle feci (feci secche o feci molli/acquose)
- Anormalità del transito fecale (dolore, urgenza sensazione di evacuazione incompleta)
- Presenza di muco
- Meteorismo addominale

Questi sintomi consentono di classificare le IBS del bambino in forme con diarrea o con stipsi (utile nei clinical trials)

# COLON IRRITABILE - ROMA III LE DIFFERENZE

Riduzione della durata dei sintomi richiesti da 3 a 2 mesi (allo scopo di uniformare i criteri per il colon irritabile a quelli degli altri disordini funzionali secondo Roma III)

# COLON IRRITABILE VALUTAZIONE CLINICA

Non è una diagnosi per esclusione

La diagnosi si basa sulla sintomatologia dolorosa addominale che corrisponde ai criteri dati, con normale esame fisico e normale accrescimento, in assenza di segni di "allarme"

Ricercare nell'anamnesi: storia familiare di IBD, celiachia o altra malattia g.i; episodi infettivi o eventi stressanti all'inizio della sintomatologia; sintomi personali e familiari di ansia, depressione, somatizzazione

La diagnosi va chiarita (il dolore esiste, ma va vissuto meglio) e si instaura una "alleanza terapeutica"

Quando necessario: Emocromo, VES, coprocultura, esame parassitologico feci, BT per lattosio; ecografia addominale; endoscopia; sierologia per celiachia

# COLON IRRITABILE

## SEGNI DI ALLARME

1. Perdita di peso e di velocità di crescita; ritardo puberale
2. Diarrea cronica (specie durante il sonno)
3. Vomito cronico
4. Dolore notturno; dolore addominale a destra, quadrante superiore o inferiore
5. Sangue nelle feci
6. Febbre
7. Artrite
8. Storia familiare di IBD o mal. celiaca
9. Fissurazioni perianali, fistole

# COLON IRRITABILE

## TERAPIA (1)

### 1. MISURE GENERALI

- Rapporto medico paziente
- Dialogo e informazione
- Rassicurazione

### 2. ALLEANZA TERAPEUTICA

Vita attiva in ambiente familiare temporaneamente disattento al problema, ev.te placebo

RIVALUTAZIONE DEL CASO

3.

SINTOMA DOMINANTE

DOLORE

DIARREA

STIPSI

# COLON IRRITABILE

## TERAPIA (2)

### PREMESSE

- Pochi trials nel RAP, non nelle singole forme di dolore addominale
- "At the present there seems to be little justification for the use of these drugs other than in clinical trials" Cochrane
- Sono indispensabili clinical trials
- Le raccomandazioni di esperti, pochi trials, dati dell'adulto possono fornire le basi dell'eventuale terapia medica.

# COLON IRRITABILE

## TERAPIA (3)

- Dialogo e informazione - Rassicurazione
- Va riconosciuta l'importanza del dolore (che esiste!)
- La patofisiologia dello IBS (concetto di iperalgesia intestinale, importanza dei fattori psicologici etc) va illustrata ed i fattori scatenanti, se individuati, vanno corretti.
- La terapia va fatta a tappe, dopo una prima fase di "alleanza terapeutica" con rivalutazione del caso. La stessa visita medica fa parte della terapia
- Lo scopo della terapia (va chiarito) non è guarire dai sintomi, bensì migliorarli e vivere meglio con essi.



# COLON IRRITABILE TERAPIA (4)

## TERAPIA

- **Accorgimenti dietetici**
- **Antispastici**
  - Anticolinergici
  - Mioritici ad azione diretta
  - Calcio antagonisti
- **Antidepressivi**

# COLON IRRITABILE (FISIOPATOLOGIA)

- Fattori genetici e ambientali
- Iperalgesia intestinale
- Stato di ipereccitabilità dell'asse intestino - SNC (esito talvolta di infezioni, infiammazioni, allergia, stress)
- Periodo neonatale importante (modelli animali e aspirazione di succhi gastrici nell'uomo)
- Aspetti psicologici (ansia e depressione; social learning)

# Dispepsia Funzionale

# Dispepsia Funzionale

## Definizione

Dolore o disagio addominale persistente o ricorrente localizzato a livello dell'addome superiore

# Dispepsia Funzionale

## Criteri diagnostici (Roma II)

- Almeno 3 mesi di dolore o disagio a livello dell'addome superiore
- Assenza di evidenza biochimica, endoscopica o ecografica di malattia organica

# Dispepsia Funzionale (Roma II)

## *Ulcerο-simile*

Dolore localizzato all'epigastrio

Dolore alleviato dal cibo o  
da antiacidi

Dolore prima dei pasti

Dolore notturno

Dolore periodico

## *Dismotilita' Simile*

Sazieta' precoce

Nausea

Eruttazione e/o vomito

Gonfiore addominale

Dolore aggravato da cibo

# DISPEPSIA FUNZIONALE ROMA III-LE DIFFERENZE

- ✓ Eliminazione dei sottotipi ulcera-like e dysmotility-like
- ✓ Riduzione della durata richiesta dei sintomi da 3 a 2 mesi
- ✓ EGDS non più necessaria come criterio di esclusione  
ma riservata a bambini con sintomi di particolare allarme

# Dispepsia Funzionale

## Valutazione Clinica

- Anamnesi (come per IBS ricerca elementi per mal. Peptica familiare, H Pylori, gastroparesi post-virale)
- Gastroscoopia in periodo sintomatico, se necessaria (o dopo trial con antiacidi, se sospetto di GERD) per diagnosi di ulcera; H Pylori; GERD
- Emocromo, Glicemia, funzionalità epatica e pancreatiche
- Eco-addome



# Dispepsia Funzionale

## Fattori di rischio

- Irradiazione posteriore del dolore
- Rettorragia
- Perdita di peso
- Vomito persistente
- Febbre
- Diarrea
- Disfagia

# Dispepsia Funzionale

## Cause di dispepsia

- Gastrite da *Helicobacter Pylori*
- Gastroparesi post-virale

# Dispepsia Funzionale

## Terapia

- Rassicurazione
- Antiacidi o  $H_2$  antagonisti
- Pasti piccoli a basso contenuto di grassi
- Procinetici

# DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE:DIAGNOSI

Almeno 2 mesi di:

1. Dolore addominale episodico o continuo non localizzato esclusivamente nella parte superiore dell'addome
2. Criteri non sufficienti per porre diagnosi di altro disturbo funzionale gastrointestinale
3. Nessuna evidenza per una causa infiammatoria, metabolica, anatomica o neoplastica del disturbo

# SINDROME DEL DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE: DIAGNOSI

Se ai sintomi precedenti si aggiungono i seguenti criteri

4. Il dolore addominale interferisce con l'attività del soggetto e/o
5. Vi sono in aggiunta sintomi somatici, quali mal di testa, dolore agli arti e sonno disturbato

# DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE: VALUTAZIONE CLINICA

Valutazione della crescita

- Possibilità di distrarre il paziente dal dolore
- Ispezione dell'area perianale
- A giudizio del medico: Emocromo, VES, PCR, analisi urine e urinocultura

Profilo biochimico della funzione del rene, fegato e pancreas

Breath test per il lattosio

Cultura e parassitologico feci

Calprotectina fecale (o lattoferrina)

In pochi casi selezionati radiografia ed ecografia

# EMICRANIA ADDOMINALE

## DIAGNOSI

1. Nei precedenti 12 mesi, 2 o più episodi parossistici di dolore addominale intenso, acuto, periombelicale, che dura almeno un'ora intervallati da periodi di benessere per settimane o mesi, e, in aggiunta:
  2. Il dolore è tanto intenso da interferire con le normali attività del soggetto
  3. Il dolore è associato con due dei seguenti sintomi
    - ANORESSIA
    - NAUSEA
    - VOMITO
    - PALLORE
4. Non vi è evidenza che i sintomi riconoscano una causa infiammatoria anatomica, metabolica o neoplastica

La diagnosi è ulteriormente supportata se vi è mal di testa durante il dolore e/o se vi è storia di emicrania nel probando o nella famiglia

# EMICRANIA ADDOMINALE: VALUTAZIONE CLINICA

La natura parossistica del disturbo fa escludere la necessità di indagare su eventuali esofagite, gastrite, duodenite, ulcera o IBD. Può essere invece necessario escludere altre cause di dolore severo intermittente (per es. uropatia ostruttiva, malrotazione intestinale, intussuscezione, malattie delle vie biliari, pancreatite ricorrente, febbre mediterranea e disordini del metabolismo, quali porfiria).



# Aumento vertiginoso della incidenza della GERD in lattanti: vero o fittizio? Questi gli errori più frequenti:

- 1) Il pianto, l'irrequietezza, specie nel sonno, soprattutto se accompagnati ad atti deglutitori(?): = GERD
- 2) Poi, l'ecografia conferma la presenza del reflusso (fisiologico)
- 3) La terapia del reflusso viene condotta senza una valutazione critica della sua efficacia (in tempi brevi)
- 4) Viene ignorata la raccomandazione: non trattare il reflusso del lattante, che cresce bene e che non provoca malattia
- 5) Viene ignorata la differenza tra GER e GERD (reflusso e malattia)