

Università di Parma-Az. Ospedaliero-Univ di Parma
UOC di Gastroenterologia e Scuola di Specializzazione
in Gastroenterologia
Dipartimento Materno-Infantile
Direttore Prof Gian Luigi de'Angelis

IL DOLORE ADDOMINALE RICORRENTE

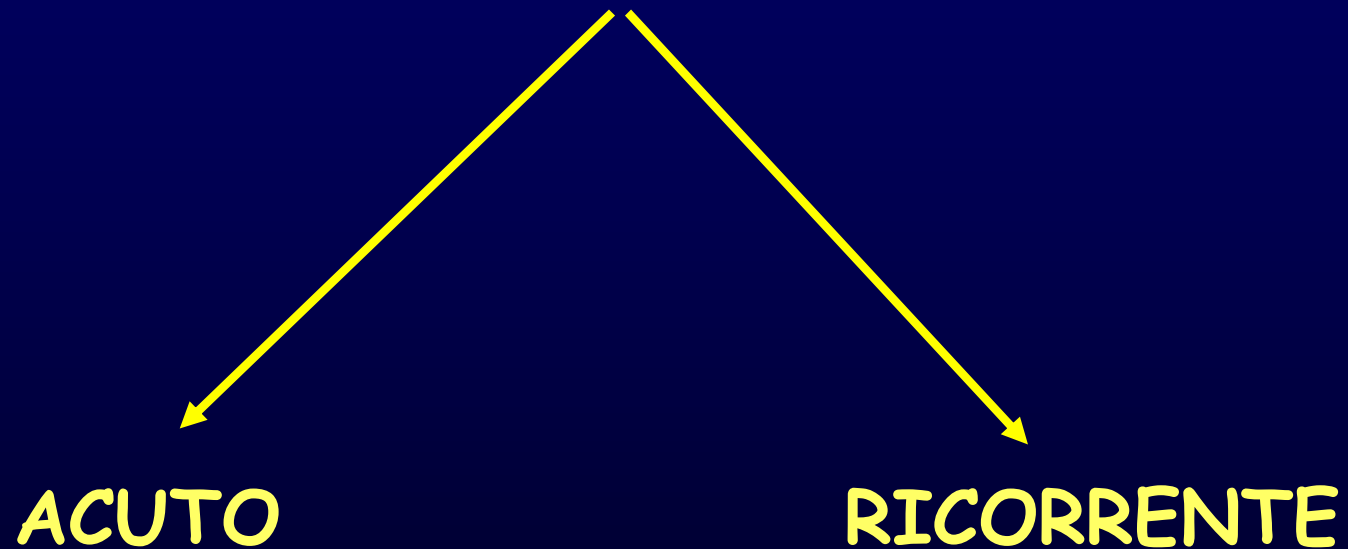
SIPPS & FFIMPAGGIORNA 2012

Caserta, 02/02/2012

Gian Luigi de'Angelis



DOLORE ADDOMINALE



DOLORE ADDOMINALE RICORRENTE



ASPETTI FISIOPATOLOGICI DEL DOLORE ADDOMINALE IN ETA' PEDIATRICA

Dolore PERIOMBELICALE per mancanza di collegamento con metameri cutanei corrispondenti (immaturità delle fibre afferenti viscerali)

Mancanza di riferimenti di sintomatologia soggettiva nel bambino piccolo

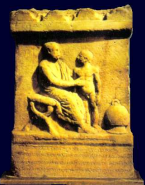
Possibilità di dolore "riferito" (es.pleurico)



DOLORE FUNZIONALE

3 EPISODI DI DOLORE ABBASTANZA SEVERI
DA INFLUENZARE LE NORMALI ATTIVITA'
IN UN PERIODO DI DURATA
NON INFERIORE A 3 MESI
CON PERIODI INTERCRITICI
COMPLETAMENTE ASINTOMATICI
E PRESENTI NELL'ANNO PRECEDENTE L'OSSERVAZIONE

Definizione di Apley e Naish 1958



TEORIE EZIOPATOGENETICHE

CAUSE ORGANICHE
(10%)

CAUSE FUNZIONALI
(90%)

Vademecum Neonatologia; II Edizione 1999. F. Rubaltelli Edizione SEE Firenze



EPIDEMIOLOGIA

10-17% bambini tra 5-15 aa

Preferenza per sesso femminile
(5:3)

Definizione di Apley e Naish 1958

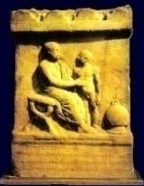


DOLORE FUNZIONALE secondo i criteri di Roma III:

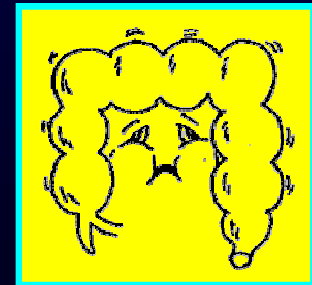
Dolore o fastidio addominale ricorrente presente per almeno 3 giorni al mese negli ultimi 3 mesi e con almeno 2 delle seguenti caratteristiche:

- Miglioramento con la defecazione;
- Alterazione della frequenza dell'alvo;
- Alterazione della consistenza delle feci (dure, molli, mucose)

→ I sintomi devono essere insorti almeno 6 mesi prima della diagnosi



Rome III Diagnostic criteria for functional
gastrointestinal disorder Rome Foundation 2006



ATTUALMENTE DOLORE FUNZIONALE

**Dolore presente per più di 2 mesi
Si risveglia almeno una volta la settimana
Senza nessuna apparente causa organica**



Con la attuali tecniche diagnostiche.....

CAUSE ORGANICHE

(10-82%)

In centri di II-III livello

CAUSE FUNZIONALI

(73%)



Devanarayana MN, et al Recurrent abdominal pain in children *Indaina Pediatr* 2009;46(5):389-99

Walker, et al Recurrent abdominal pain: symptom subtypes based on the Roem criteria II for pediatric abdominal disorders *JPGN* 2004;38(2):187-91

EPIDEMIOLOGIA

13-38% bambini tra 5-15 aa

> Preferenza per sesso femminile



Chiou E, Nurko S Management of functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescent Expert rev Gastroenterol and Hepatol 2010;4(3):293-304

ASPETTI CLINICI

ORGANICO

Dolore localizzato con
o senza irradiazione
Risveglio notturno
Tenesmo
Sintomi sistemici
Cefalea
Vomito

FUNZIONALE

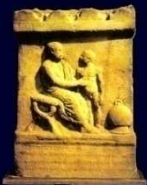
Dolore migratorio
non ben localizzabile
Non risveglio notturno
Attenuato dalla defecazione
Sintomi sistemici



RED FLAGS del dolore funzionale



Dolore notturno
Diarrea notturna
Sintomi e segni sistemici
Persistenza dei sintomi nei quadranti superiore destro o inferiori
Disfagia
Calo ponderale >10%
Scarso accrescimento
Vomito ricorrente
Sangue visibile nelle feci
Febbre di origine sconosciuta
Pubertà ritardata
Anamnesi familiare positiva per patologie organiche
Artrite
Disturbi della diuresi
Disturbi dell'apparato genitale femminile



Bufler P, Gross M, Uhlig HH.
Recurrent abdominal pain in
children. Dtsch Arztebl
2011;108(17):295-304

CLASSIFICAZIONE secondo Roma III

Assenza di una compromissione anatomica del tubo digerente



**SINDROME
DELL' INTESTINO
IRRITABILE
(SII) 65%**



**DOLORE ADDOMINALE
FUNZIONALE
35%**



**Migraine
addominale**



**Dispepsia
funzionale**



DISPEPSIA FUNZIONALE

- Dolore o discomfort persistente o ricorrente *nei quadranti alti*, senza beneficio con la defecazione, senza alterazioni della frequenza defecatoria
- Caratterizzata da nausea, vomito, senso di sazietà precoce
- Prevalenza 0,3% fra i bambini tra 0-12 anni
- Cause: alterazione della motilità gastrica, rallentato svuotamento gastrico
- Non associata con Hp

Bufler P, Gross M, Uhlig HH.
Recurrent abdominal pain in
children. Dtsch Arztebl
2011;108(17):295-304

ABDOMINAL MIGRAINE

- Attacchi parossistici di dolore periombelicale che interferisce con le normali attività quotidiane ed è associata a 2 o più di questi sintomi:
 - Nausea, vomito, mal di testa, fotofobia e pallore
- I sintomi durano da un'ora a più giorni
- La diagnosi si effettua quando si manifestano 2 o più episodi di dolore negli ultimi 12 mesi e le cause organiche sono state escluse (IBD; cause chirurgiche, tumori cerebrali)
- Non si associa ad alterazioni della defecazione
- 1-4% bambini , > sesso femminile

DOLORE ADDOMINALE FUNZIONALE

Il dolore presenta una *diversa localizzazione* rispetto all'IBS e alla dispepsia funzionale e non vi sono alterazioni della defecazione sia nella frequenza che nella consistenza

Dolore episodico o persistente almeno una volta la settimana per 2 mesi

Dolore periombelicale senza irradiazione, che perdura per almeno il 25% del tempo, interferisce con le normali attività quotidiane ed è accompagnato da ulteriori sintomi funzionali



NELLA SII:

**Particolare sensibilità a normali stimoli
Mancata coordinazione motoria
(arresto momentaneo/eccessivo movimento)**

Movimenti di propulsione

(spinge in avanti il contenuto del lume)

Movimenti di segmentazione

(rallenta il contenuto del lume)

NON VENGONO PERCEPITI!!!



LE CAUSE DELLA S. DA INTESTINO IRRITABILE

MULTIFATTORIALE

Disfunzione asse
Cervello-intestino

Ipotesi ormanale

Alterata sensibilità
viscerale

Alterata motilità



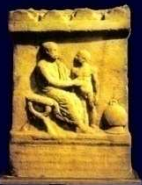
Serotonina

Fattori genetici

Overgrowth
batterica

Allergia alimentari

Fattori ambientali



I SINTOMI

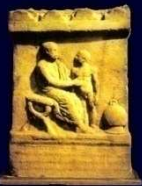
secondo i criteri di Roma III:

Cambiamento della frequenza o consistenza della defecazione, con miglioramento dei sintomi dopo la defecazione. I sintomi tipici sono:

- Cambiamento nella frequenza della defecazione (meno di 3 evacuazioni a settimana o più di 3 evacuazioni al giorno)
- feci dure o caprine o acquose;
- sensazione post-defecatoria di incompleto svuotamento intestinale;
- stimolo impellente/urgenza defecatoria;
- presenza di muco nelle feci;
- tensione o distensione addominale

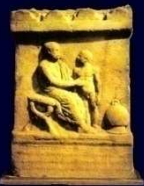


Rome III Diagnostic criteria for functional
gastrointestinal disorder Rome Foundation 2006



ESISTONO DIVERSI SOTTOTIPI DI IBS SULLA BASE DELL'ASPETTO PREDOMINANTE DELLE FECI

- Diarrea-prevalente (IBS-D)
- Stipsi prevalente (IBS-C)
- Alvo alterno (IBS-A)
- Inclassificata
- Post-infettiva (IBS-PI)



E' la S da Intestino Irritabile qualcosa di frequente ?



Circa il 10-20% degli adulti ne soffrono con una incidenza del 1-2% annuo di nuovi casi.

Circa il 20-50% delle visite del gastroenterologo sono dovute a questo problema.

Le donne sembrano esserne le più colpite.

Nel corso della vita, ognuno ha circa il 30-50% di probabilità di sviluppare un colon irritabile almeno per un certo periodo.

Una volta diagnostica il 75% dei pazienti rimane sintomatico per almeno 5 anni



IL DECORSO DEL COLON IRRITABILE

Generalmente ha un esordio progressivo, persiste per alcuni anni e poi scompare spontaneamente.

Il decorso è tipicamente alterno con periodi di forti sintomi e periodi senza sintomi.

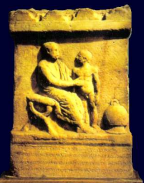
Raramente i disturbi si manifestano in modo continuo e con forte intensità.



IL DECORSO DEL COLON IRRITABILE

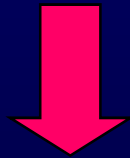
In determinate circostanze si possono manifestare sintomi più o meno intensi (ad es. in periodi di stress, con l'assunzione di alimenti come caffè, alcol, piatti di difficile digeribilità, alimenti grassi, e dopo infezioni intestinali *Campylobacter* o *Salmonelle*).

La manifestazione, i sintomi e la loro localizzazione possono cambiare nel tempo (ad es. alternare da forti e dolorosi crampi a senso di gonfiore o di costipazione)



ESAMI DIAGNOSTICI

In primis escludere cause organiche



DIAGNOSI DI
ESCLUSIONE



CAUSE ORGANICHE

GASTROINTESTINALI

Malattie acido correlate (esofagite, gastrite, duodenite)

Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali

Stipsi

Infezioni/Infestazioni

Polipi/poliposi

Malattie epato-biliari

Malformazioni anatomiche (Meckel, malrotazione, duplicazione)

Pancreatiti

ALLERGIE/INTOLLERANZA

Allergia alle proteine del latte vaccino

Malattia celiaca

NEOPLASIE

APPARATO GENITALE

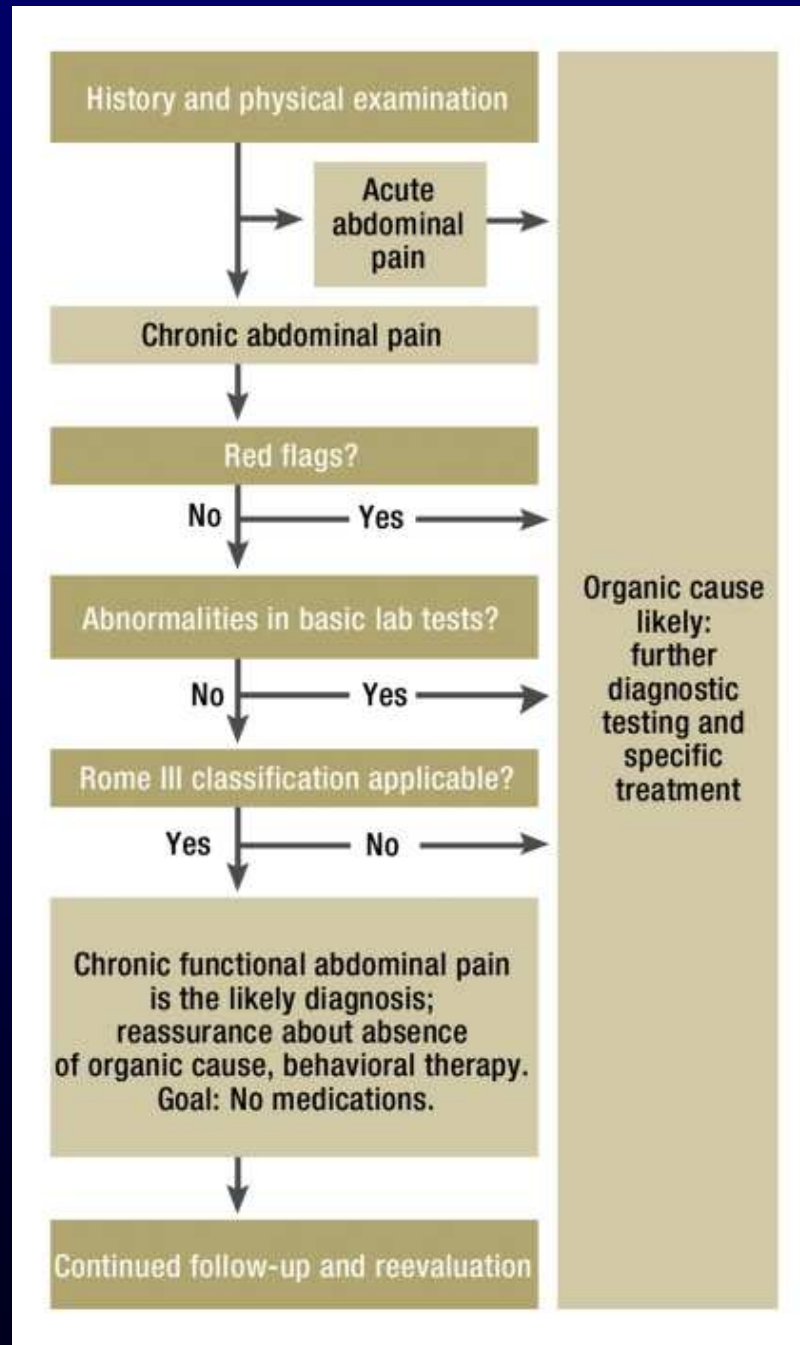
(cisti ovariche,
infiammazione pelvica,
dismenorrea)

APPARATO
URINARIO
(IVU, nefrolitiasi...)





Bufler P, Gross M, Uhlig HH.
Recurrent abdominal pain in
children. Dtsch Arztebel
2011;108(17):295-304



ANAMNESI

domande chiave

- dove è il dolore e dove si irradia ?
- da quanto tempo è presente ?
- che effetto hanno sul dolore cibo e antiacidi ?
- l'alvo alvo è regolare ? (stipsi, diarrea, ematochezia)
- ha viaggiato recentemente ?
- ha subito interventi chirurgici addominali (appendice) ?
- ha ernie ?
- Familiarità

ESAME OBIETTIVO

- Addominalgia
- Massa addominale
- Epatomegalia
- Splenomegalia
- Lesione palpabile
- Febbre
- Esplorazione rettale (?)



ESAMI DIAGNOSTICI

ESAMI DI PRIMO LIVELLO

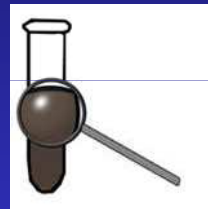
- Esami ematochimici

Emocromo con formula, PCR, VES, pColinesterasi, CPK, Bilirubinemia, AST, ALT, Amilasi, Lipasi, Glicemia, Elettroliti, AGA IgA, EMA, tTG, PCR, procalcitonina, Prealbumina, ASCA, p e c-ANCA)



- Esame urine:

Standard



-Esame feci:

Coproculture, SOF, Ricerca dell'Ag fecale dell'Helicobacter Pylori, Calprotectina fecale

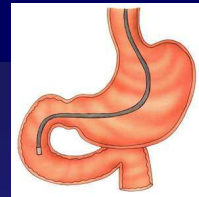
- Ecografia addominale-pelvica



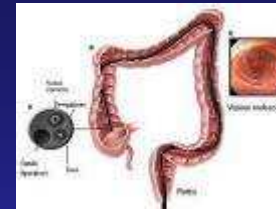
ESAMI DIAGNOSTICI

ESAMI DI SECONDO/TERZO LIVELLO

- **Esami Endoscopici:**
EGDS, Pancoloscopia



- pH impedenzometria



- **Esami Radiologici:**

Rx Torace, Addome Diretto, Rx clisma opaco (?),
Entero-RM, TAC



GLI ALIMENTI

L'effetto della dieta varia da persona a persona.

Cibi che spesso scatenano la patologia sono:

caffè (con o senza caffeina)
cibi grassi cotti alla griglia
alcol

dolcificanti artificiali

fruttosio (zucchero di frutta)

verdure e altri alimenti (anche crudi)

ad alto contenuto di fibre che fanno

gonfiare l'addome (pere, prugne, cavoli, spinaci, leguminose)



latticini
cioccolato
bevande gassate
spezie forti
legumi



Nessuno studio ha documentato gli effetti
dell'eliminazione di alcuni cibi

CONSIGLI PER IL PAZIENTE:



Dieta sana ed equilibrata consumata ad orari regolari, non frettolosamente, non in piedi, con il corretto quantitativo di **fibre** in relazione, soprattutto alla tipologia di alvo stitico o diarroico. (controversia efficacia di un aumento dell'apporto di fibre, poiché il 40-60% dei pazienti trattati ottiene lo stesso effetto dei pazienti di controllo trattati con placebo)



Adeguate introduzione di **liquidi** nella dieta

Ridurre l'assunzione di **caffeine**

Riduzione dei **legumi** nella dieta (per il gonfiore addominale)

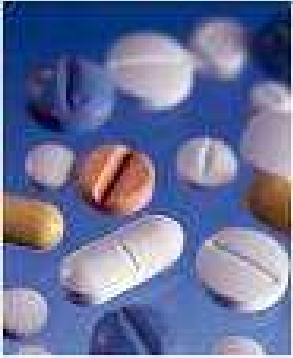


Attività fisica regolare



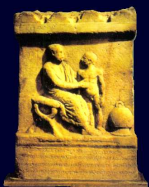
La terapia farmacologica
si fonda sull'utilizzo di
farmaci sostanzialmente
sintomatici



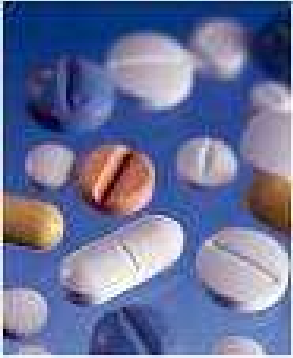


→ Solitamente la terapia farmacologica non è indispensabile nel paziente con dolore funzionale

→ Nessun beneficio con l'utilizzo di probiotici



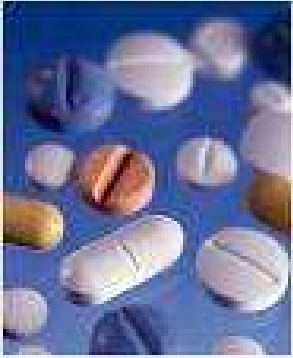
Bufler P, Gross M, Uhlig HH.
Recurrent abdominal pain in
children. Dtsch Arztebl
2011;108(17):295-304



Migraine addominale:

Studi con la Flunarizine, un Calcio Antagonista, sembra ridurre la frequenza degli attacchi, ridurre il numero di vomiti e accelerare lo svuotamento gastrico





ANTICOLINERGICI: i cosiddetti **antispastici** inibiscono la ipereccitabilità della muscolatura liscia dell'intestino, mancano studi pediatrici

ANTIDIARROICI: oppioidi sintetici non assorbibili dalla mucosa intestinale, riducono la motilità ed il transito intestinale delle feci, riducono le secrezioni mucose intestinali, riducono la cosiddetta "sensibilità" viscerale percepita dal paziente come "dolore", senza miglioramento nel dolore funzionale

ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI: azione antidepressiva ed analgesica come amitriptilina, non significativi effetti benefici in 2 studi pediatrici;

PROCINETICI: azione sulla motilità (specie nelle forme con stipsi), non vi sono attualmente dati che ne supportino l'uso

FARMACI SEROTONINERGICI: azione di antagonisti sui recettori della serotonina e conseguentemente sul Sistema Nervoso Enterico; attualmente mancano dati pediatrici (alcuni con parziale beneficio, altri no)

CIPROEPTADINA: meccanismi multipli: anticolinergico, anti serotoninergico, calcio antagonista sembrano promettenti

IPP: non vi sono studi controllati su dolore funzionale

*Chiu E, Nurko S
Management of functional
abdominal pain and irritable
bowel syndrome in children
and adolescent Expert rev
Gastroenterol and Hepatol
2010;4(3):293-304*



CONCLUSIONI

Il dolore addominale ricorrente

E' una affezione benigna, che può comunque incidere in maniera fortemente negativa sulla qualità di vita sia del giovane paziente sia della sua famiglia

Nella maggior parte dei pazienti non sottende una patologia organica alla base che va comunque esclusa

Non esiste a tutt'oggi una sicura strategia terapeutica in parte dovuta alla multifattorialità del DAR





**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE!**