

Alterazione di funzioni digestive e dell'alvo

Anoressia, disfagia, nausea e vomito,
dispepsia, stipsi e diarrea

ANORESSIA

RIDUZIONE DELL'APPETITO O MANCANZA DEL DESIDERIO DI MANGIARE

E' UN IMPORTANTE SINTOMO DI UN'AMPIA GAMMA DI MALATTIE INTESTINALI ED EXTRAINTESTINALI; COME SINTOMO ISOLATO E' DI SCARSO VALORE DIAGNOSTICO

L'ASSUNZIONE DI CIBO E' REGOLATA DAL CENTRO IPOTALAMICO LATERALE (DELLA FAME) E DAL CENTRO IPOTALAMICO VENTROMEDIALE (DELLA SAZIETA') NELLA REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE SEMBRA COINVOLTO IL PEPTIDE NEUROINTESTINALE COLECISTOCHININA, CHE ESERCITEREBBE UN EFFETTO DI SAZIETA' .

SI OSSERVA PIU' COMUNEMENTE :

A IN CORSO DI MALATTIE EPATICHE E DEL TRATTO GASTROINTESTINALE (EPATITE ACUTA, CARCINOMA GASTRICO ECC.)

B IN CORSO DI MALATTIE EXTRA INTESTINALI (DOLORE CRONICO, SCOMPENSO CARDIACO, UREMIA, INSUFFICIENZA RESPIRATORIA, ENDOCRINOPATIE DISTURBI PSICHICI)

C IN PAZIENTI CANCEROSI (ANSIA, DEPRESSIONE, DOLORE, RIDOTTA SENSIBILITA' GUSTATIVA ED OLFATTIVA, OSTRUZIONI INTESTINALI PARZIALI, CHEMIOTERAPICI, SOSTANZE ANORESSIZZANTI)

D PER CAUSE IATROGENE (ANTIIPERTENSIVI, DIURETICI, DIGITALE, ANALGESICI).

SITOFOBIA: PAURA DI MANGIARE A CAUSA DEL SUSSEGUENTE DISTURBO ADDOMINALE

DISFAGIA

CONDIZIONE CARATTERIZZATA DA UNA SENSAZIONE DI INCEPPAMENTO O DI OSTACOLATO TRANSITO DEL CIBO ATTRAVERSO LA BOCCA, IL RINOFARINGE L'ESOFAGO.

ODINOFAGIA

DOLORE DURANTE LA DEGLUTIZIONE

FISIOLOGIA DELLA DEGLUTIZIONE

FASE INIZIALE VOLONTARIA O ORALE

FASE INVOLONTARIA FARINGEA ED ESOFAGEA (RIFLESSO DELLA DEGLUTIZIONE)

FISIOPATOLOGIA DELLA DISFAGIA

IL TRANSITO DEL CIBO INGERITO ATTRAVERSO GLI ORGANI DELLA DEGLUTIZIONE DIPENDE DA:

- 1** DIMENSIONI DEL BOLO ALIMENTARE
- 2** DIAMETRO LUMINALE DEI VISCERI DEPUTATI ALLA FUNZIONE
- 3** CONTRAZIONI PERISTALTICHE
- 4** EVENTI DI INIBIZIONE MOTORIA CHE COMPREDONO IL NORMALE RILASCIAMENTO DEGLI SFINTERI ESOFAGEI, SUPERIORE ED INFERIORE DURANTE LA DEGLUTIZIONE

A **DISFAGIA MECCANICA**

B **DISFAGIA MOTORIA**

DISFAGIA MECCANICA

1. DISFAGIA POSSIBILE SE IL LUME NON PUO' DISTENDERSI OLTRE 2.5 CM

1. IL LUME ESOFAGEO PUO' DISTENDERSI FINO A 4 CM DI DIAMETRO MASSIMO

2. DISFAGIA CERTA SE IL LUME ESOFAGEO NON PUO' DISTENDERSI OLTRE 1.3 CM

3. LE LESIONI CIRCONFERENZIALI SONO QUELLE CHE PROVOCANO DISFAGIA PIU' MARCATA.

CAUSE DI DISFAGIA MECCANICA:

I Intraluminali

A bolo voluminoso

B corpo estraneo

II Stenosi intrinseche:

A processi infiammatori determinanti edema e gonfiore (stomatite, faringite, epiglottite , esofagite)

B membrane (faringea:sindrome di Plummer-Vinson, esofagea: congenita, infiammatoria)

C stenosi benigne (peptica, da farmaci e caustici, infiammatoria, ischemica, secondaria ad int. ch. e radiazioni, congenita)

D tumori maligni (primitivi o secondari)

E tumori benigni

III Compressioni estrinseche:

- A** spondilite cervicale
- B** osteofiti vertebrali
- C** ascesso e masse retrofaringee
- D** ingrossamento della tiroide
- E** diverticolo di Zenker
- F** compressioni vascolari
- G** masse del mediastino posteriore
- H** tumore pancreatico, pancreatite
- I** ematoma e fibrosi postvagotomica

DISFAGIA MOTORIA

PUO' ESSERE DOVUTA A DIFFICOLTOSO AVVIO DELLA DEGLUTIZIONE , DA ANOMALIE DELLA PERISTALSI ESOFAGEA E DEI FENOMENI DI INBIZIONE MOTORIA ASSOCIATI, OPPURE SECONDARIA A MALATTIE DELLA MUSCOLATURA SCHELETRICA O LISCIA DELL'ESOFAGO.

CAUSE DI DISFAGIA MOTORIA (NEUROMUSCOLARE)

I Avvio difficoltoso della deglutizione

A lesioni orali e paralisi della lingua

B anestesia orofaringea

C assenza di secrezione salivare (S. di Sjogren)

D lesioni della componente sensitiva del vago e del glossofaringeo)

E lesioni del centro della deglutizione

CAUSE DI DISFAGIA MOTORIA (NEUROMUSCOLARE)

II Malattie della muscolatura striata del faringe e dell'esofago

A astenia muscolare

- 1 lesione del motoneurone inferiore (paralisi bulbare)
- 2 affezioni neuromuscolari
- 3 alterazioni muscolari

B presenza di contrazioni simultanee e alterati meccanismi di inibizione motoria associati alla deglutizione

- 1 faringe ed esofago superiore (rabbia, tetano, mal. extrapiramidali)
- 2 sfintere esofageo superiore

CAUSE DI DISFAGIA MOTORIA (NEUROMUSCOLARE)

III Malattie della muscolatura liscia dell'esofago

A paralisi del corpo esofageo determinante deboli contrazioni

- 1 sclerodermia e collagenovasculopatie correlate
- 2 miopatia dei visceri cavi
- 3 distrofia miotonica
- 4 neuromiopia autonoma (amiloidosi, diabete?)
- 5 acalasia classica

B presenza di contrazioni simultanee e alterati meccanismi di inibizione motoria associati alla deglutizione

- 1 corpo esofageo (spasmo esofageo diffuso, acalasia vigorosa)
- 2 sfintere esofageo inferiore (acalasia primitiva e secondaria; anello esofageo inferiore.

ANAMNESI

TIPO DI CIBO

SOLO SOLIDO: DISFAGIA MECCANICA;

LIQUIDO E SOLIDO INIZIALMENTE: ACALASIA

DURATA E MODALITA' DI EVOLUZIONE DELLA
DISFAGIA

LOCALIZZAZIONE DEL PUNTO STENOTICO

SINTOMI DI ACCOMPAGNAMENTO : rigurgito nasale ed aspirazione nell'albero tracheobronchiale (paralisi o fistola), calo ponderale, raucedine, singhiozzo, dispnea, dolore toracico, odinofagia.

NAUSEA E VOMITO

NAUSEA: SENSAZIONE DI UN DESIDERIO IMMEDIATO DI VOMITARE, RIFERITA PER SOLITO ALLA GOLA O ALL' EPIGASTRIO

VOMITO (EMESI) : ESPULSIONE FORZATA DALLA BOCCA DEL CONTENUTO GASTRICO

ERUTTAZIONE: CONTRAZIONE RITMICA DELLA MUSCOLATURA RESPIRATORIA ED ADDOMINALE CHE FREQUENTEMENTE PRECEDE O ACCOMPAGNA IL VOMITO

NAUSEA

- 1** PRECEDE O ACCOMPAGNA IL VOMITO
- 2** ASSOCIATA A RIDUZIONE ATTIVITA' GASTRICA (IPOTONIA, IPOPERISTALSI E IPOSECREZIONE)
- 3** ASSOCIATA AD ALTERAZIONI DELLA MOTILITA' DEL TENUE (IPERTONIA, RETROPERISTALSI DUODENALE)
- 4** ACCOMPAGNATA SPESSO DA ALTERAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO SPECIE PARASIMPATICO (PALLORE CUTANEO, AUMENTO PERSPIRAZIONE, IPERSALIVAZIONE, DEFECAZIONE E OCCASIONALMENTE IPOTENSIONE E BRADICARDIA)

VOMITO

COMPOSTO DA UNA SEQUENZA ALTAMENTE INTEGRATA DI EVENTI MOTORI INVOLONTARI VISCERALI E SOMATICI: IL RUOLO DELLO STOMACO E' RELATIVAMENTE PASSIVO, PERCHE' LA MAGGIOR FORZA ESPULSIVA E' FORNITA DALLA MUSCOLATURA ADDOMINALE.

RILASCIAMENTO FONDO GASTRICO E CARDIAS > IMPROVVISO E NETTO INCREMENTO DELLA PRESSIONE ENDOADDOMINALE PER CONTRAZIONI FORZATE DEL DIAFRAMMA E DEI MUSCOLI DELLA PARETE ADDOMINALE > CONCOMITANTE CONTRAZIONE ANULARE DEL PILORO > ESPULSIONE CONTENUTO GASTRICO IN ESOFAGO > AUMENTO PRESSIONE ENDOTORACICA E INVERSIONE DELL'ONDA PERISTALTICA SPOSTANO IL CONTENUTO VERSO LA BOCCA > SOLLEVAMENTO RIFLESSO DEL PALATO MOLLE, CHIUSURA RIFLESSA DELLA GLOTTIDE, INIBIZIONE DELLA RESPIRAZIONE EVITANO INGRESSO DEL MATERIALE ESPULSO IN RINOFARINGE E IN TRACHEA.

MECCANISMO DEL VOMITO

L'ATTO DEL VOMITO E' CONTROLLATO DAL **CENTRO DEL VOMITO** LOCALIZZATO NELLA PORZIONE DORSALE DELLA FORMAZIONE RETICOLARE LATERALE E DALLA **ZONA "GRILLETTO" CHEMORECETTORALE (TRIGGER ZONE)** LOCALIZZATA NELL'AREA POSTREMA DEL PAVIMENTO DEL IV VENTRICOLO

IL CENTRO DEL VOMITO CONTROLLA ED INTEGRA L'ATTO REALE DEL VOMITO:

1) RICEVE STIMOLI AFFERENTI DAL TRATTO GASTROINTESTINALE, DA ALTRE PARTI DEL CORPO, DA CENTRI TRONCOENCEFALICI E CORTICALI, SPECIE DAL SISTEMA LABIRINTICO, DALLA ZONA GRILLETTO CHEMORECETTORIALE;

2) LE VIE EFFERENTI DEL CENTRO DEL VOMITO SONO COSTITUITE DAI NERVI FRENICI (DIRETTI AL DIAFRAMMA), DAI NERVI SPINALI (DIRETTI ALLA MUSCOL. INTERCOSTALE E ADDOMINALE), DALLE FIBRE VISCERALI EFFERENTI DEL VAGO (DIRETTE AL LARINGE, FARINGE, ESOFAGO E STOMACO) E DELL'IPOGLOSSO (MUSCOLI DELLA LINGUA).

VICINANZA CON CENTRI CHE REGOLANO LE FUNZIONI RESPIRATORIE, VASOMOTORIE E AUTONOME

LA **ZONA GRILLETTO CHEMORECETTORIALE** DETERMINA IMPULSI EFFERENTI DIRETTI AL CENTRO DEL VOMITO, CHE INIZIA L'EMESI. LA ZONA GRILLETTO E' COSTITUITA DA UN CHEMORECETTORE CHE PUO' ESSERE ATTIVATO DA VARI STIMOLI O DA FARMACI:

- DIGITALE, APOMORFINA, LEVODOPA, CHEMIOTERAPICI
- TOSSINE BATTERICHE,
- RADIAZIONI,
- ANOMALIE METABOLICHE COME UREMIA ED IPOSSIA

CAUSE DI NAUSEA E VOMITO

- 1 CENTRALI
- 2 TOSSICHE
- 3 VISCERALI
- 4 CARENZIALI
- 5 OTOVESTIBOLARI

CAUSE CENTRALI

- NEUROSÌ E PSICOSÌ (ANORESSIA NERVOSA,
VOMITO ISTERICO)
- EVENTI EMOTIVI ACUTI (PAURA, DOLORE)
- CAUSE AMBIENTALI (CALDO AFOSO)
- AUMENTO DELLA PRESSIONE ENDOCRANICA:
VOMITO A GETTO NON PRECEDUTO DA NAUSEA

CAUSE TOSSICHE

- FARMACI: PER AZIONE DIRETTA SUI CENTRI DEL VOMITO O PER EFFETTO IRRITATIVO SULLA MUCOSA GASTRICA
- TABACCO
- MALATTIE FEBBRILI ACUTE
- MALATTIE INTERNISTICHE: UREMIA, ACIDOSI DIABETICA, INSUFFIC. EPATICA, M. DI ADDISON

CAUSE VISCERALI

- OSTRUZIONE AL TRANSITO DI ALIMENTI
(PILORICA, INTESTINALE,
PERITONITE, STIPSI)
- MALATTIE DELLO STOMACO
- FLOGOSI ACUTE ORGANI ADDOMINALI E
PELVICI
- GRAVIDANZA
- CARDIOPATIE

CAUSE CARENZIALI

- AVITAMINOSI SEVERE
- DIGIUNO

CAUSE OTOVESTIBOLARI

- CINETOPATIE: MAL D'ARIA, AUTO
- S. DI MENIERE

TIPI DI VOMITO

- ACQUOSO
- ALIMENTARE
- BILIARE
- EMORRAGICO (EMATEMESI)
- FECALOIDE
- MUCOSO

RIGURGITO

EMISSIONE DI MATERIALE GENERALMENTE NON DIGERITO ATTRAVERSO IL CAVO ORALE: A TALE FENOMENO NON PARTECIPA LA CONTRAZIONE DELLA MUSCOLATURA ADDOMINALE E DEL DIAFRAMMA

TURBE DISPEPTICHE

DEFINIZIONE DI **INDIGESTIONE O DISPEPSIA** :

DOLORE O FASTIDIO ADDOMINALE PERSISTENTE
O RICORRENTE, LOCALIZZATO AI QUADRANTI
SUPERIORI DELL'ADDOME.

POSSONO COESISTERE DOLORI ANCHE IN ALTRE
SEDI ADDOMINALI.

STABILIRE: 1 SEDE E DURATA DEI DISTURBI
2 RAPPORTO TEMPORALE DEI SINTOMI
CON IL PASTO
3 LA POSSIBILE RELAZIONE TRA
SINTOMI E CIBI O FARMACI

TURBE DELL'ALVO

PESO FECALE NORMALE DI UN UOMO ADULTO E' INFERIORE AI 200 GRAMMI; L'ACQUA CONTENUTA NELLE FECI E' IL 60-85% DEL LORO PESO

LA FREQUENZA DEFECATORIA VARIA DALLE TRE VOLTE ALLA SETTIMANA A TRE VOLTE AL GIORNO

DIARREA: AUMENTO DEL PESO FECALE QUOTIDIANO CHE SUPERA I 200 GRAMMI, SPESSO CON ANOMALO AUMENTO DELLA FREQUENZA DELLE DEFECAZIONI E CON DIMINUZIONE DELLA CONSISTENZA DELLE STESSE

- DIARREA ACUTA: DURATA INFERIORE AI 7-14 GIORNI
- DIARREA CRONICA: DURATA SUPERIORE ALLE 2-3 SETTIMANE

PSEUDODIARREA O IPERDEFECAZIONE: AUMENTATO NUMERO DELLE DEFECAZIONI SENZA CONCOMITANTE AUMENTO DEL PESO FECALE

STIPSI: CONDIZIONE NELLA QUALE LE EVACUAZIONI SETTIMANALI SONO INFERIORI A TRE E SPESSO ACCOMPAGNATE SOGGETTIVAMENTE DA SFORZO ECCESSIVO, FECI DURE, RIPIENEZZA ADDOMINALE

DISCHEZIA: DEFECAZIONE INADEGUATA CON NORMALE AFFLUSSO DI FECI NEL COLON PELVICO

DIARREA

DIARREA ACUTA

- INFETTIVA (BATTERI, VIRUS, PARASSITI) :
 - TOSSINFEZIONE ALIMENTARE STAFILOCOCCICA
 - SALMONELLOSI
 - SHIGHELLOSI
 - ELMINTIASI ED AMEBIASI
 - GASTROENTERITI VIRALI
- NON INFETTIVA:
 - ECESSI DIETETICI (ALCOOL, GRASSI)
 - AVVELENAMENTO DA CIBI (FUNGHI)
 - AVVELENAMENTO DA TOSSICI (SOSTANZE CHIMICHE)
 - SUPERINFEZIONI INTESTINALI DA ANTIBIOTICI

DIARREA

DIARREA CRONICA

- DA DISTURBI GENERALIZZATI:

- MALATTIE SISTEMICHE (IPERTIROIDISMO, UREMIA, DIABETE SCOMPENSATO, DISVITAMINOSI
- IATROGENA (ANTIBIOTICI E CHEMIOTERAPICI, CATARTICI, GASTRECTOMIA SUBTOTALE, RESEZIONE INTESTINALE, TRATTAMENTO RADIANTE)

- DA MALATTIE DEL COLON:

- AMEBIASI INTESTINALE
- COLITE ULCEROSA
- CARCINIMA DEL COLON E DEL RETTO

- DA MALATTIE DEL PICCOLO INTESTINO:

- ENTERITE REGIONALE
- SINDROMI DA MALASSORBIMENTO

- DA DISTURBI EMOTIVI:

- NEUROSIS DEL COLON SECRETIVE (COLITE MUCOSA) O MOTORIE (COLON IRRITABILE)

CLASSIFICAZIONE DIARREA

Diarrea Infiammatoria

Diarrea Osmotica

Diarrea Secretoria

STIPSI

RALLENTAMENTO DEL TRANSITO INTESTINALE CON
DEFECAZIONE CHE SI SVOLGE NORMALMENTE

CLASSIFICAZIONE

- A STIPSI CENTRALE
- B STIPSI RIFLESSA
- C STIPSI MECCANICA

A STIPSI CENTRALE

- DA MANCANZA DI REGOLARITA' O
NONCURANZA ABITUALE DELLO STIMOLO
DELLA DEFECAZIONE
- STIPSI SPASTICA (ENTEROSPASMO)
- PSICOGENA
- DA MALATTIE NERVOSE (TUBE DORSALE, SCLEROSI
MULTIPLA, TUMORI)
- DA FARMACI

B STIPSI RIFLESSA

- DA INSUFFICIENTE VOLUME FECALE
(DISIDRATAZIONE, SCARSO INTROITO DI LIQUIDI)
- DA ABUSO DI LASSATIVI (DILATAZIONE ED
ATONIA DEL COLON)
- DA FLOGOSI VISCERI ADDOMINALI E PELVICI)
- DA LESIONI INTRINSECHE DELL'INTESTINO
INFERIORE (EMORROIDI CON SPASMO RETTALE,
ASCESSI PERIRETTALI, STENOSI ORGANICHE
ANORETTALI)

SPESSE QUESTA FORMA DI STIPSI E' ASSOCIATA A
DISCHEZIA

C STIPSI MECCANICA

- DA ATONIA DEI MUSCOLI INTESTINALI (IPOTIROIDISMO, IPOKALIEMIE)
- DA ATONIA MUSCOLATURA VOLONTARIA ADDOMINALE (OBESITA', GRAVIDANZA, ASCITE)
- DA DISIDRATAZIONE (FECI SECCHHE DI SCARSO VOLUME)
- MEGACOLON
- OSTRUZIONE MECCANICA (INTRINSECA, ESTRINSECA)

ESAMI STRUMENTALI