

Il percorso gastroenterologico nei pazienti con sclerosi multipla e lesioni midollari

30/01/2020, Villa il Sorriso
a cura di Habilia Onlus, www.associazionehabilia.it

Dr.ssa Caterina Violanti

S.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva AUSL TC-Firenze

Di cosa ci occupiamo nei nostri pazienti?

1. alvo neurologico

2. dolori addominali o equivalenti dolorosi

3. sintomi da alterazione del transito superiore

4. disfunzioni anorettali e perineali

Cosa facciamo per i nostri pazienti?

1. Diagnosi clinica dei disturbi del paziente tramite colloquio e visita
2. Richiesta ulteriori accertamenti strumentali funzionali alla migliore definizione diagnostica
3. Definizione del programma per il miglior trattamento possibile della disfunzione, anche multidisciplinare e secondo percorsi dedicati

Ma soprattutto...

- 4. Confronto col paziente ed ascolto, in merito alla gestione globale della patologia, che sia:**
- **la più rispettosa possibile della Sua qualità di vita**
 - **la più corretta scientificamente**
 - **la più conservativa della funzionalità residua**

Alvo Neurologico

- Allungamento dei tempi di transito intestinale
- Diminuzione della motilità del colon
- Distensione addominale, stipsi e/o incontinenza.

LESIONE CERVICOTORACICA: la stipsi è dovuta all'aumentato tempo di transito del colon destro per ipertonia e ridotta distensibilità, che col passare degli anni si trasforma in atonia.

LESIONE LOMBOSACRALE: il colon sinistro perde peristalsi e diviene atonico, con ristagno fecale e rischio di incontinenza.

Dolori addominali

- Rallentato transito con ristagno fecale
- Dismicrobismo e distensione addominale
- Perdita di tono del colon
- Perdita di tono della muscolatura addominale e del diaframma
- Effetti collaterali di terapie farmacologiche o elettrostimolatori

In molti pazienti, soprattutto con lesioni incomplete, si verificano degli **equivalenti dolorosi o DISREFLESSICI**, come contrazioni della muscolatura addominale, clonìe degli arti, sudorazione, reazioni neurovegetative complesse.

Alterazioni del tratto digestivo superiore

Tutti i pazienti:

- rallentato svuotamento gastrico
- sintomi di malattia da reflusso

Lesioni cervicali complete/incomplete, sclerosi multipla:

- alterazioni motorie dell'esofago cervicale: problemi della deglutizione e della coordinazione fonatoria/deglutitoria
- alterazioni della motilità dell'intero corpo esofageo, disfagia

Disfunzioni perineali

1.LESIONI DEL MOTONEURONE SUPERIORE (sup. a S2): STIPSI

- Sfintere anale interno ipertonico, sfintere anale esterno ipertonico
- Assente controllo volontario della SAE
- Muscolatura perineale ipertonica
- Assenza di sensibilità rettale

2.LESIONI DEL MOTONEURONE INFERIORE (sacrali e della cauda): STIPSI e INCONTINENZA

- Sfintere anale interno nomotonico, sfintere anale esterno ipototonico
- Assente controllo volontario della SAE
- Muscolatura perineale ipotonica
- Assenza di sensibilità rettale

Colloquio anamnestico

- **Tipo di lesione midollare: congenita o acquisita, traumatica o non, livello, grado di completezza, data e modalità di insorgenza**
- **Storia dell'intestino dal primo ricovero fino alla attuale modalità evacuativa, grado di soddisfazione da parte del paziente**
- **Altri disturbi gastroenterologici associati**
- **Terapie farmacologiche o meccaniche in corso**
- **Modalità di svuotamento vescicale (spontaneo, CV intermittente)**
- **Funzionalità sessuale (capacità erettile ed eiaculatoria per l'uomo, sensibilità e orgasmo nella donna)**

Visita medica

- Esame obiettivo generale e addominale
- Esplorazione rettale per lesioni del retto
- Valutazione digitale del tono sfinteriale globale, basale e di contrazione
- Esecuzione manovra di ponzamento, di continenza, valutazione dell'escursione del pavimento pelvico
- Valutazione della sensibilità anorettale e perineale
- Evocazione riflessi anocutaneo e bulbocavernoso
- Ricerca patologia emorroidaria, ragadi, prolasso rettale

Ulteriori esami

- **Esami di laboratorio**
- **Esami endoscopici (EGDS, colonscopia)**
- **Esami manometrici**
- **Esami radiologici (defecografia, RMN pelvi e rettale)**
- **Elettromiografia perineale**
- **Valutazione chirurgica**

TRATTAMENTO.1

RIEDUCAZIONE INTESTINALE

E' fondamentale cercare di conservare e valorizzare la sensibilità e la funzionalità residua post-lesionale, adeguando il più possibile il trattamento ad una modalità evacuativa parafisiologica!

TRATTAMENTO.2

- trattamenti comportamentali: ritmo nelle evacuazioni, corretta postura e posizione
- dieta ricca di fibre solubili, adeguata idratazione
- evitare lassativi irritanti ed usare il macrogol a dosaggio personalizzato
- massaggio addominale
- stimolo esterno perineale
- stimolo interno rettale di tipo volumetrico, non irritante (clisma fleet, no supposte o microclismi)

TRATTAMENTO.3

IRRIGAZIONE TRANSANALE

Consiste nell'introduzione di acqua nel colon attraverso cannule anali e con l'aiuto di palloncini intrarettali, in volumi variabili e con frequenza variabile («Peristeen»- trademark)

VANTAGGI: -feci liquide con facilità evacuativa

-pulizia colon sinistro

-autonomia oraria e personale

SVANTAGGI: -lunga durata del processo

-perdita fecale prolungata

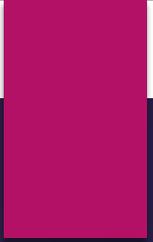
-peggioramento dell'atonia colica e delle ipotonie anorettali

Minor volume efficace con frequenza di circa 2-3 vv/settimana

TRATTAMENTO.4

MISURE AGGIUNTIVE IN CASO DI INEFFICACIA

- **Lassativi procinetici (es. prucalopride)**
- **Riabilitazione pelvica (biofeedback) in casi selezionati**
- **Neuromodulazione sacrale (SES)**
- **Trattamento chirurgico della complicanze**



Domande?

***Grazie a tutti per
l'invito e la cortese
attenzione!!***