

# PATOLOGIE FUNZIONALI ESOFAGO-GASTRO-ENTERICHE

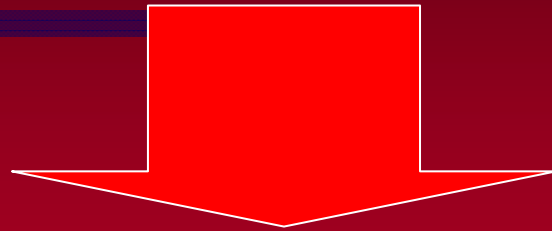
PROBLEMA CLINICO e PESO SOCIOECONOMICO RILEVANTI  
NE E' AFFETTO IL 35% DELLA POPOLAZIONE

"COMBINAZIONE VARIABILE DI SINTOMI GASTROENTERICI  
CRONICI E RICORRENTI, NON SPIEGABILI DA ANORMALITA'  
BIOCHIMICHE E STRUTTURALI"

## DISORDINI FUNZIONALI DELL'APPARATO GASTROENTERICO

- 1) ESOFAGEI
- 2) GASTRO-DUODENALI
- 3) INTESTINALI
- 4) ANO-RETTALI
- 5) BILIARI

GLI STESSI SINTOMI POSSONO PERO' ESSERE PRESENTI IN CORSO DI MALATTIE ORGANICHE



VALUTAZIONE CLINICA

**DIAGNOSI**

**DIAGNOST.STRUMENTALE** -escludere patologie organiche  
-valutazioni funzionali

RADIOLOGICA  
ULTRASONOGRAFICA  
ENDOSCOPICA  
MANOMETRICA etc

[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)

# 1) PATOLOGIE FUNZIONALI ESOFAGEE

**SINTOMI** — DOLORE RETROSTERNALE, RIGURGITO, DISFAGIA, PIROSI

## SITUAZIONI CLINICHE

**BOLO FARINGEO** (costriz. e “nodo in gola” non att alla deglutiz.)

**SINDROME DA RUMINAZIONE** (rigurgito e rimasticazione)

**DOLORE TORACICO FUNZIONALE** (dolore retrosternale similanginoso)

**PIROSI FUNZIONALE** (non lesioni né reflusso GE patologico)

**DISFAGIA FUNZIONALE** (non lesioni organiche)

**DIAGNOSTICA RADIOLOGICA** VANNO ESCLUSE PATOLOGIE ORGANICHE  
(stenosi - esofagite da reflusso - alteraz. cardiache etc.)

**ESOFAGOGRAFIA CON BARIO** doppio contrasto (studio della mucosa)  
tecnica bifasica tecnica tradizionale (studio dinamico)

# 1) PATOLOGIE FUNZIONALI ESOFAGEE

**PROGRESSIONE DEL BOLO:** PERISTALSI PRIMARIA  
E SECONDARIA; COORDINAMENTO SFINTERI ESOFAGEI SUP ED INF

QUESTI MECCANISMI POSSONO ALTERARSI IN MODO ANALOGO  
ANCHE IN PRESENZA DI ALTERAZIONI ORGANICHE:

**NEUROPATIE:** distrofia musc. miastenia, dermatomiosite, scler. lat. amiot.

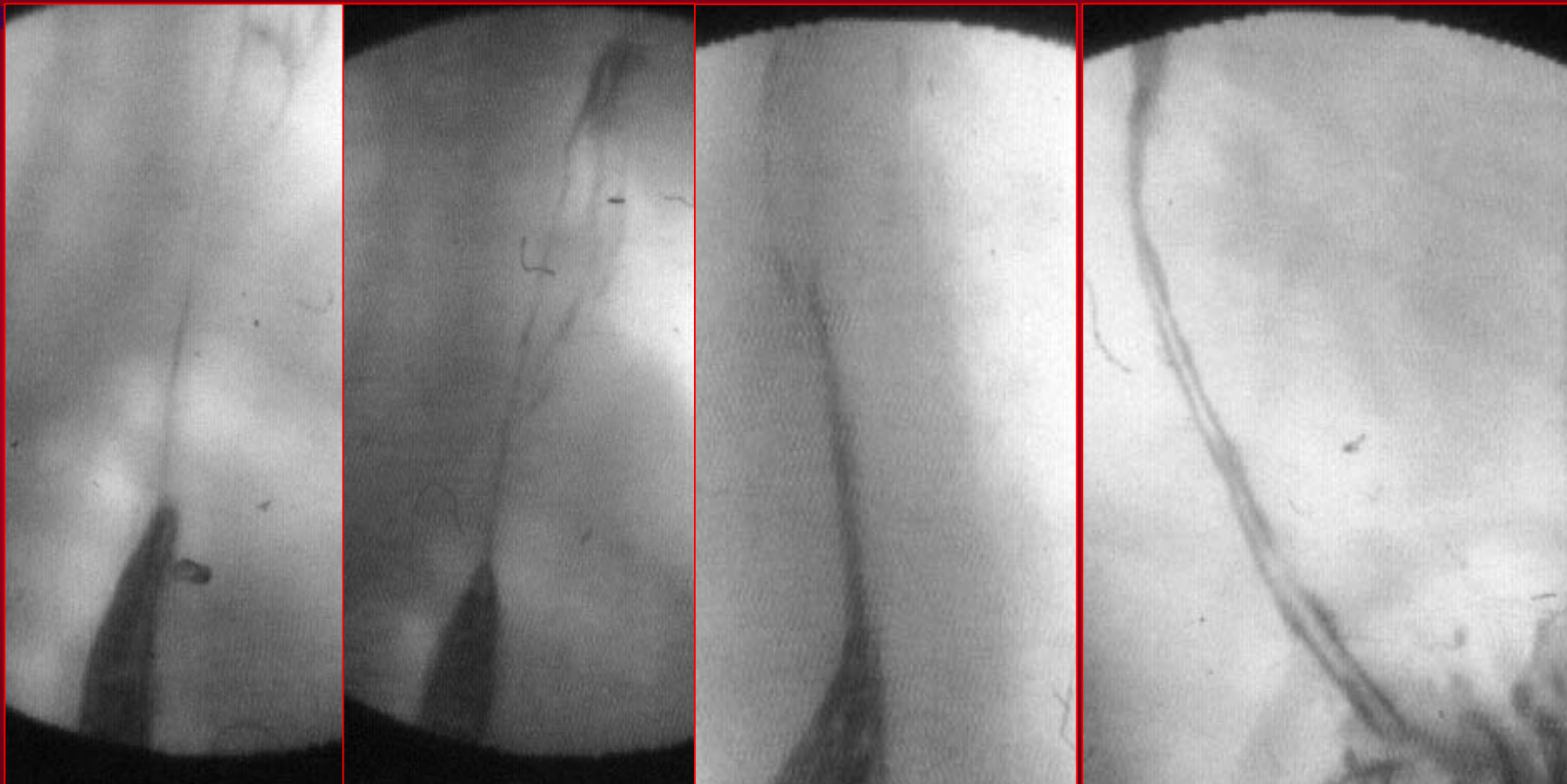
**COLLAGENOPATIE:** sclerodermia

**CONDIZIONI VARIE:** alcolismo, diabete, mixedema, ipertiroidismo

**ALTERAZIONI MOTORIE** DISCINESIA IPERTONICA SEGMENTARIA  
SPASMO ESOFAGEO DIFFUSO  
DISCINESIA IPOTONICA DIFFUSA



# PROGRESSIONE DEL BOLO: PERISTALSI PRIMARIA E SECONDARIA; COORDINAMENTO SFINTERI ESOFAGEI SUP ED INF



**DISCINESIA IPERTONICA SEGMENTARIA  
o PERISTALSI TERZIARIA**

**INCISURE MARGINALI VARIABILI  
PIU' FREQUENTI AL 3° DISTALE**

**SCARSA RILEVANZA FUNZIONALE**



**SPASMO ESOFAGEO DIFFUSO  
(esofago a cavaturaccioli)**

**SPASMI ANULARI MULTIPLI,  
VARIBILI, ALTERNATI A  
DILATAZIONI**

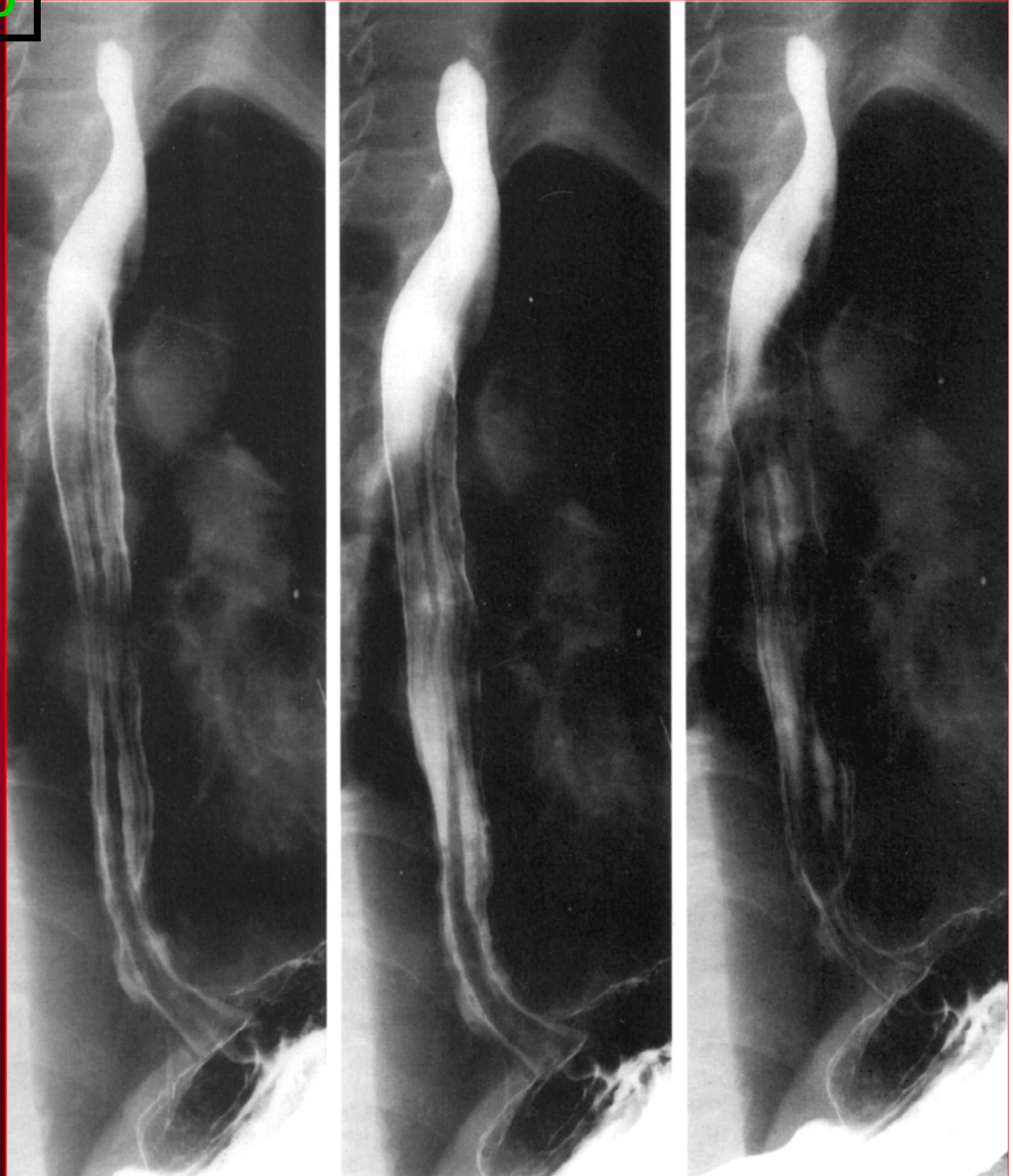
**esofago accorciato con  
transito rallentato**



# ESOFAGO SCLERODERMICO

DISCINESIA IPOTONICA DIFFUSA

E.UNIF. DILATATO, IPOTONICO  
PERISTALSI ASSENTE  
CARDIAS BEANTE



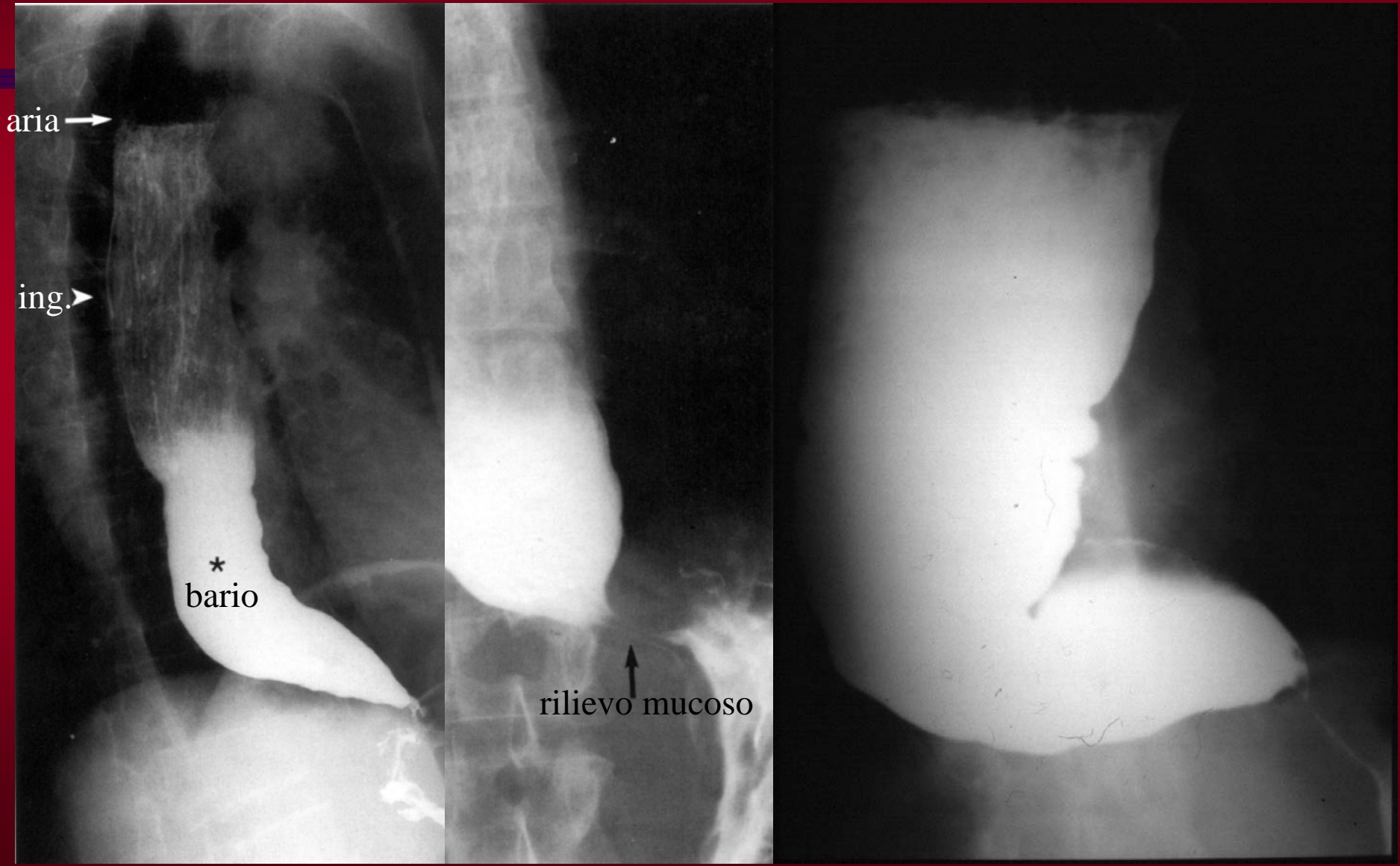


# ACALASIA ESOFAGEA

megaesofago o dilataz.idiop.

MANCATO RILASCIAMENTO  
RITARDATA APERTURA

GIUNTO E.G.



## 2) PATOLOGIE FUNZIONALI GASTRO-DUODENALI

**SINTOMI** AEROFAGIA, DISPEPSIA FUNZIONALE (FASTIDIO-DOLORE EPIG.RICORR.O CR.)

### SITUAZIONI CLINICHE

**DISPEPSIA** SIMIL-ULCEROSA (SINT. SIMILI A QUELLI DELL'ULCERA PEPTICA)  
SIMIL-MOTORIA (ALTERAZ. MOTILITA' GASTRICA)  
SIMIL-REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO (PIROSI E RIGURGITO ACIDO)  
FUNZIONALE NON SPECIFICA (SINT. DISPEPTICI GENERICI)

### DIAGNOSTICA RADIOLOGICA (PER ESCLUDERE PATOLOGIE ORGANICHE)

**ECOGRAFIA- ADD SUP** (non alteraz. epatobiliari o pancreatiche)

**PASTO BARITATO** (reflusso GE, lesioni ulcerose)  
tecnica bifasica

**MOTILITA' GASTRICA** QUALITATIVA (pasto baritato)  
QUANTITATIVA (markers radioopachi, scintigrafia)

# DIAGNOSTICA RADIOLOGICA :

MOTILITA' GASTRICA

QUALITATIVA (pasto baritato)

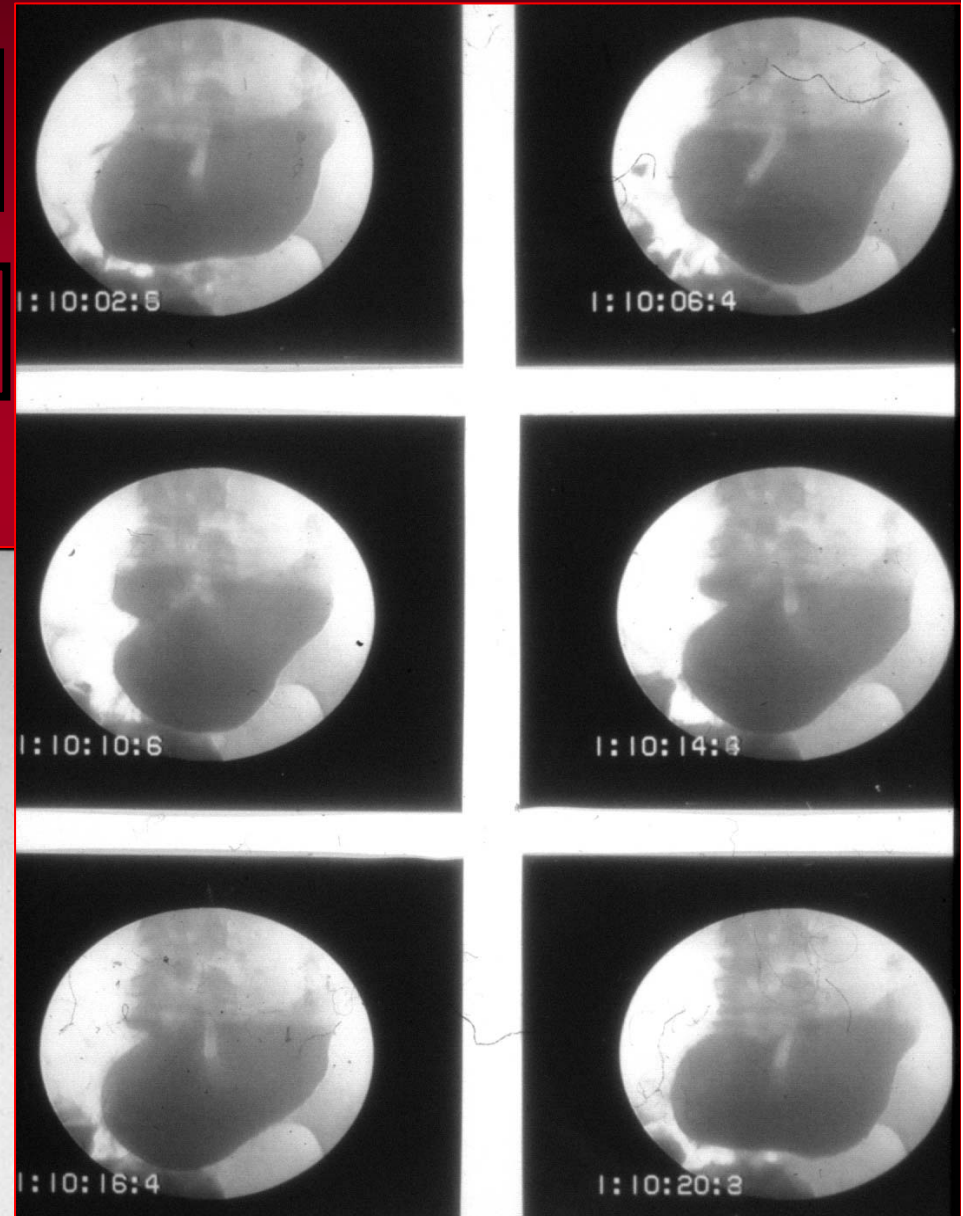
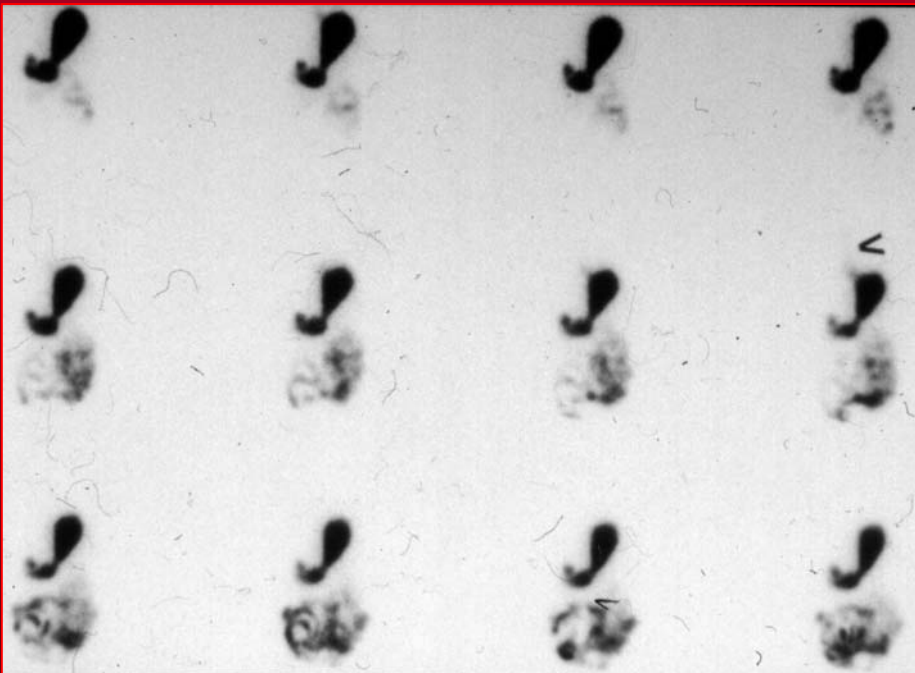
QUANTITATIVA (markers radioopachi, scintigrafia)

## PASTO PARAFISIOLOGICO

(volume-protidi-glucidi-lipidi)

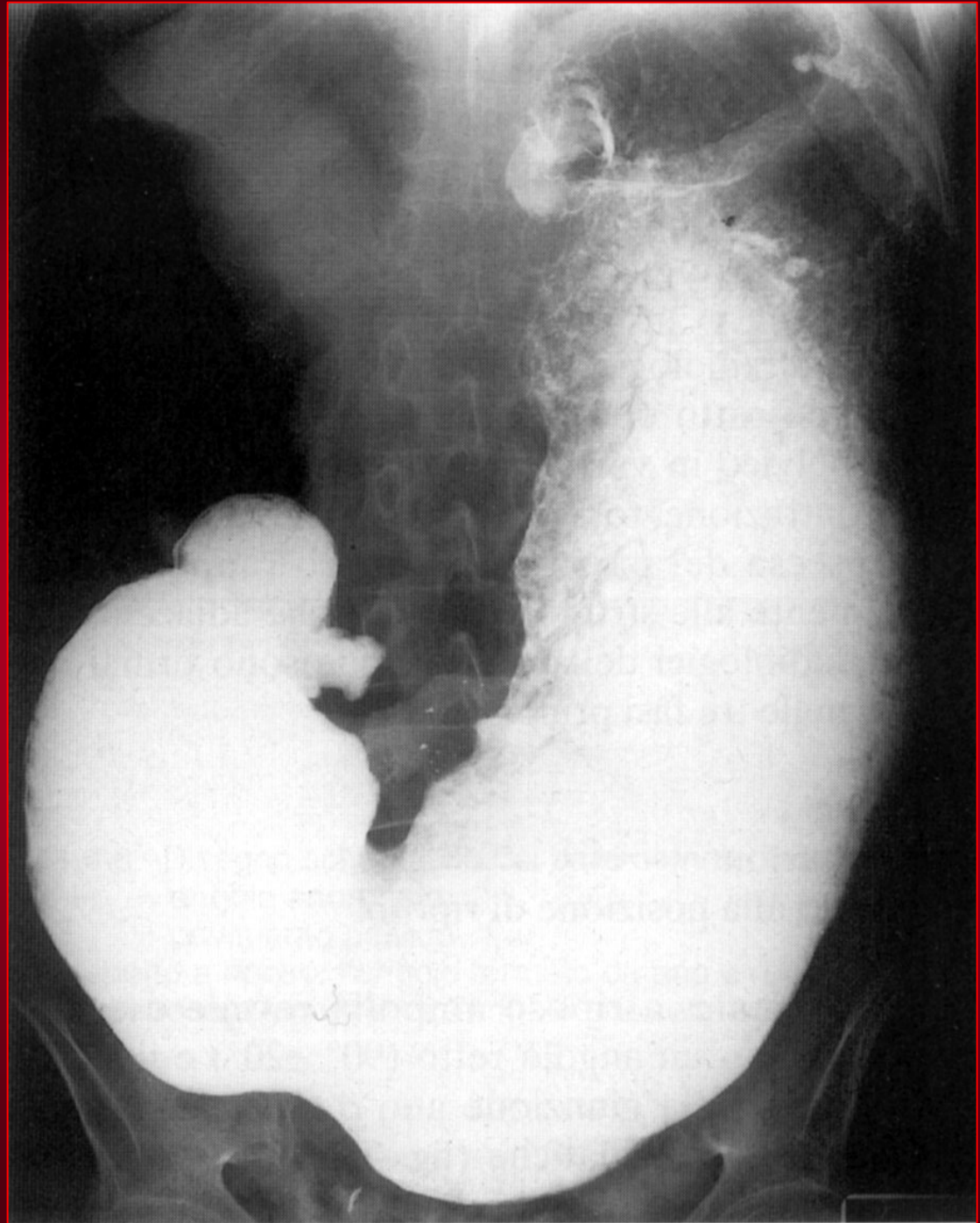
BaSO<sub>4</sub>  
radiologia

RADIONUCLIDE (99m Tc)  
medicina nucleare



**PSEUDOOSTRUZIONE  
(gastroparesi diabetica)**

**STOMACO UNIF. DILATATO,  
IPOTONICO PERISTALSI ASSENTE  
non evidenti ostacoli meccanici  
al vuotamento gastrico**





### 3) PATOLOGIE FUNZIONALI INTESTINALI

**SINTOMI** — **DOLORE ADDOMINALE, METEORISMO, ALTERAZIONI ALVO**

#### SITUAZIONI CLINICHE

**SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE**  
**FLATULENZA** o distensione gassosa  
**STIPSI FUNZIONALE**  
**DIARREA FUNZIONALE**  
**DOLORE FUNZIONALE ADDOMINALE CRONICO**

#### TENUE-DIAGNOSTICA RADIOLOGICA :

esclusione patologie organiche; analisi funzionale.

**ADDOME DIRETTO** (DISTRIBUZIONE ARIA-CONTENUTO INT.)  
**ESAME BARITATO** (CLISMA DEL TENUE: costi, esposiz. radiante)  
**MARKERS RADIOOPACHI** (TEMPO DI TRANSITO 3-4 ore)

# Addome diretto



**PSEUDOOSTRUZIONE**  
(da abuso di farmaci)

# Clisma del tenue



**MORBO DI CROHN**

## 3) PATOLOGIE FUNZIONALI INTESTINALI

### COLON-DIAGNOSTICA RADIOLOGICA :

esclusione patologie organiche; analisi funzionale.

**ADDOME DIRETTO** (DISTRIBUZIONE ARIA-CONTENUTO INT.)

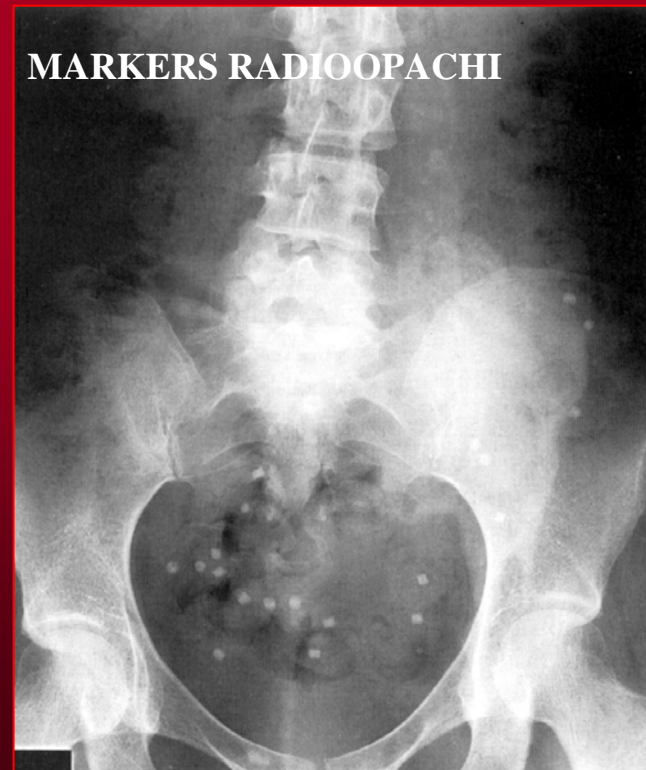
**ESAME BARITATO** (CLISMA A DOPPIO CONTRASTO: pat. org.frequente)

**MARKERS RADIOOPACHI** (TEMPO DI TRANSITO 31-39 ore)

Studio dei **TEMPI DI TRANSITO**

tenue: 3-4 ore

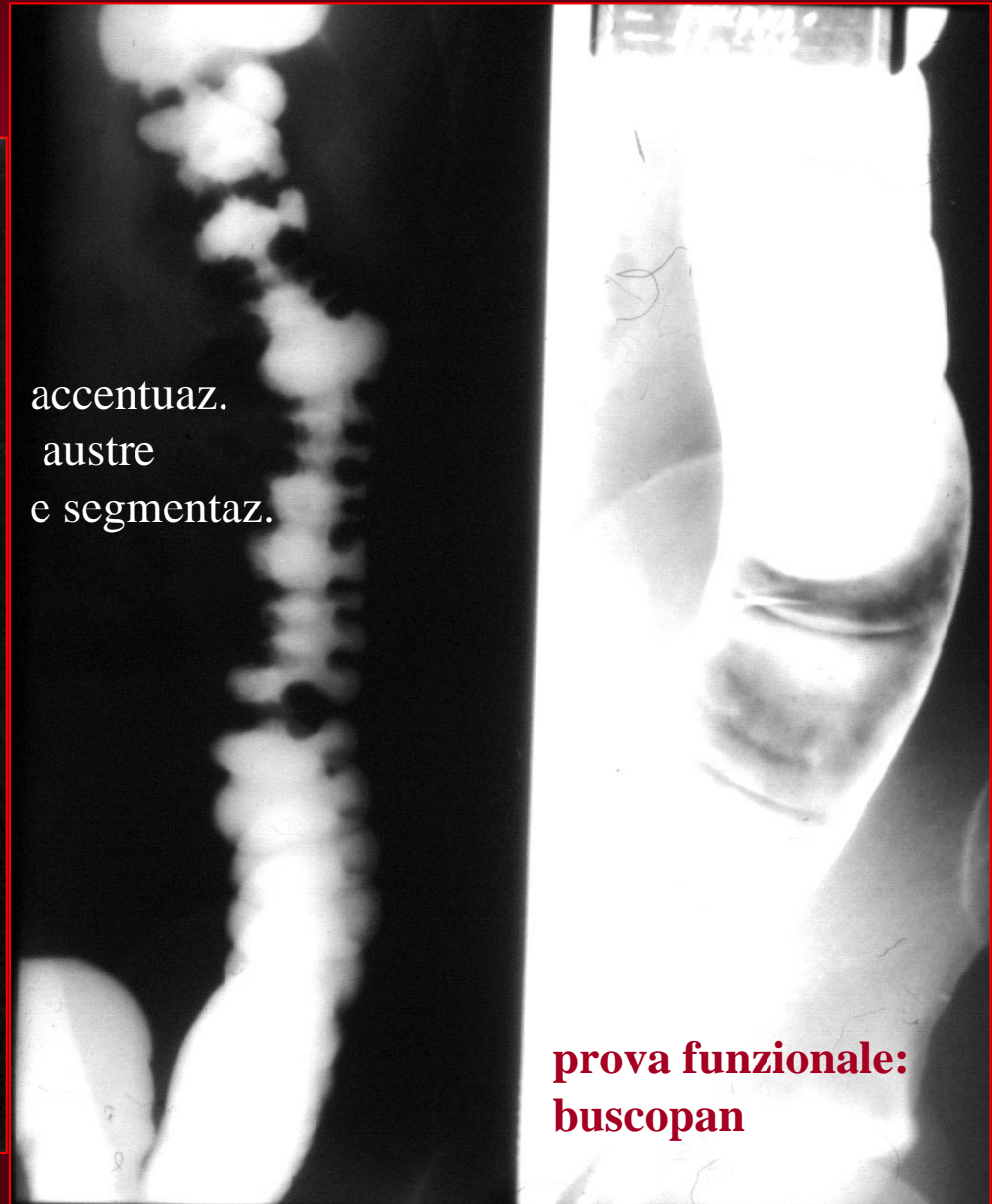
colon: 31-39 ore



# COLON IRRITABILE    RISPOSTA FUNZIONALE ESAGERATA A STIMOLI DI VARIA NATURA



Assenza rilievo plicale



accentuaz.  
austre  
e segmentaz.

**prova funzionale:  
buscopan**

## 4) PATOLOGIE FUNZIONALI ANO-RETTALI

**SINTOMI** DOLORE O FASTIDIO ANO-RETTALE, DIFFIC. ALLA DEFECAZ., INCONT.

### SITUAZIONI CLINICHE

INCONTINEBZA FUNZIONALE  
DOLORE FUNZ. ANO-RETTALE (S. DELL'ELEVATORE DELL'ANO)  
DISSINERGIA DEL PAVIMENTO PELVICO

**DIAGNOSTICA RADIOLOGICA** (PER ESCLUDERE PATOLOGIE ORGANICHE)

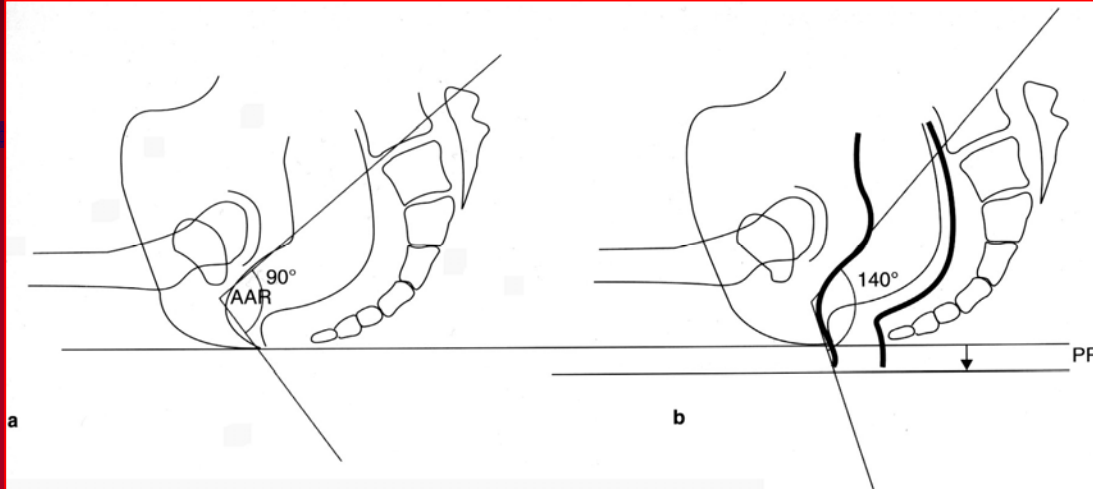
**CLISMA OPACO A DOPPIO CONTRASTO** (O RETTOSCOPIA)

**DEFECOGRAFIA** : RIEMPIMENTO DEL RETTO CON PASTA DI BARIO SEMISOLIDA  
PAZ. SEDUTO, PROIEZ LL.

- 1- RIPOSO
- 2- EVACUAZIONE
- 3- RITORNO ALLA POSIZIONE DI RIPOSO



# 4) PATOLOGIE FUNZIONALI ANO-RETTALI



## Defecografia

Semeiotica elementare nel soggetto normale

- a riposo:
  - angolo ano-rettale =  $90^\circ$
  - giunzione ano-rettale all'altezza delle tuberosità ischiatiche
  - canale anale chiuso
- fase di evacuazione:
  - angolo ano-rettale =  $140^\circ \pm 20^\circ$
  - discesa del pavimento pelvico (circa 3.5 cm)
  - canale anale aperto
- ritorno alla posizione di riposo:
  - angolo ano-rettale =  $90^\circ$
  - risalita del pavimento pelvico
  - chiusura dello sfintere anale

## Disordini funzionali ano-rettali

### Segni radiologici

Canale anale aperto  
incapacità a trattenere  
il mdc o di interrompere  
la defecazione

Pliche mucose, aumento  
dello spazio  
retto-sacrale (per  
possibile mesoretto)

Discesa eccessiva  
del pavimento pelvico

Rallentata apertura  
del canale anale,  
mancato rilasciamento  
dello sfintere  
anale e del pavimento  
pelvico, aumento  
del tempo di evacuazione

Stravasi extraluminali  
di mdc, pliche  
rettali abnormi

### Orientamento diagnostico

Insufficienza sfinterale,  
incontinenza fecale  
idiopatica

Possibilità di  
intussuscezione

Sindrome del perineo  
discendente

Sindrome del  
pavimento pelvico  
spastico

Patologia organica  
(fistole, ascessi, ulcera  
solitaria del retto)

## 5) PATOLOGIE FUNZIONALI BILIARI

**SINTOMI** — **DOLORE IPOCONDRIO DESTRO** con sint. di tipo biliare

**CLINICA:** legata ad iper od ipotonia (iper o ipocinesia)  
della colecisti o dello sfintere di Oddi

**DIAGNOSTICA STRUMENTALE-RADIOLOGICA :**  
esclusione patologie organiche

analisi funzionale.

**MANOMETRIA PERENDOSCOPICA**

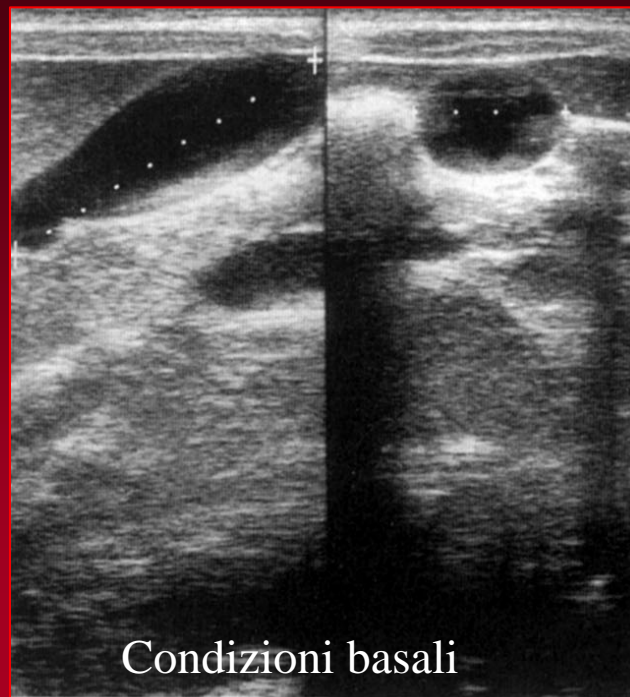
**ECOGRAFIA**

**COLESCINTIGRAFIA  
(COLECISTOGRAFIA)**

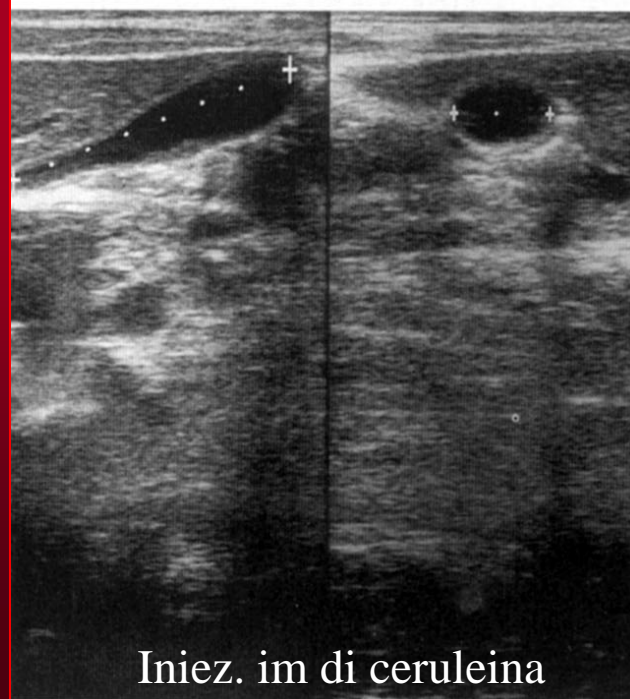
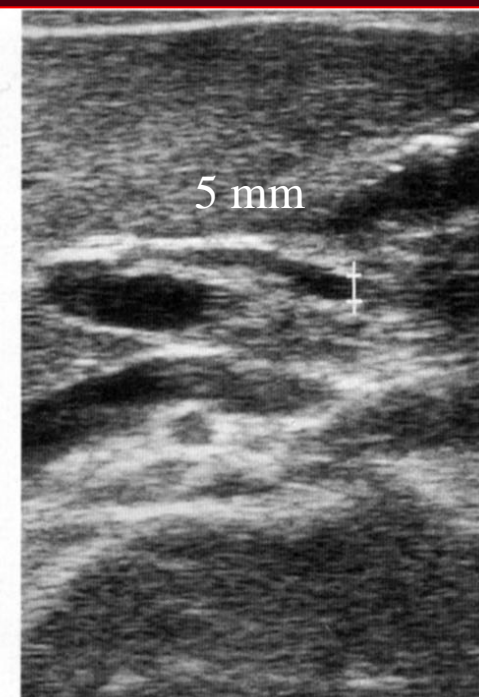
**COLANGIO-RM**

**COLANGIO-TC**

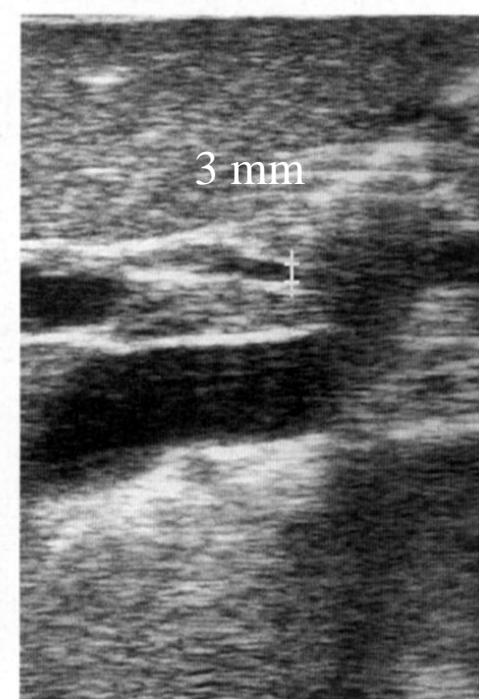
Studio funzionale  
**ecografico** della  
colecisti e delle vie  
biliari



Condizioni basali



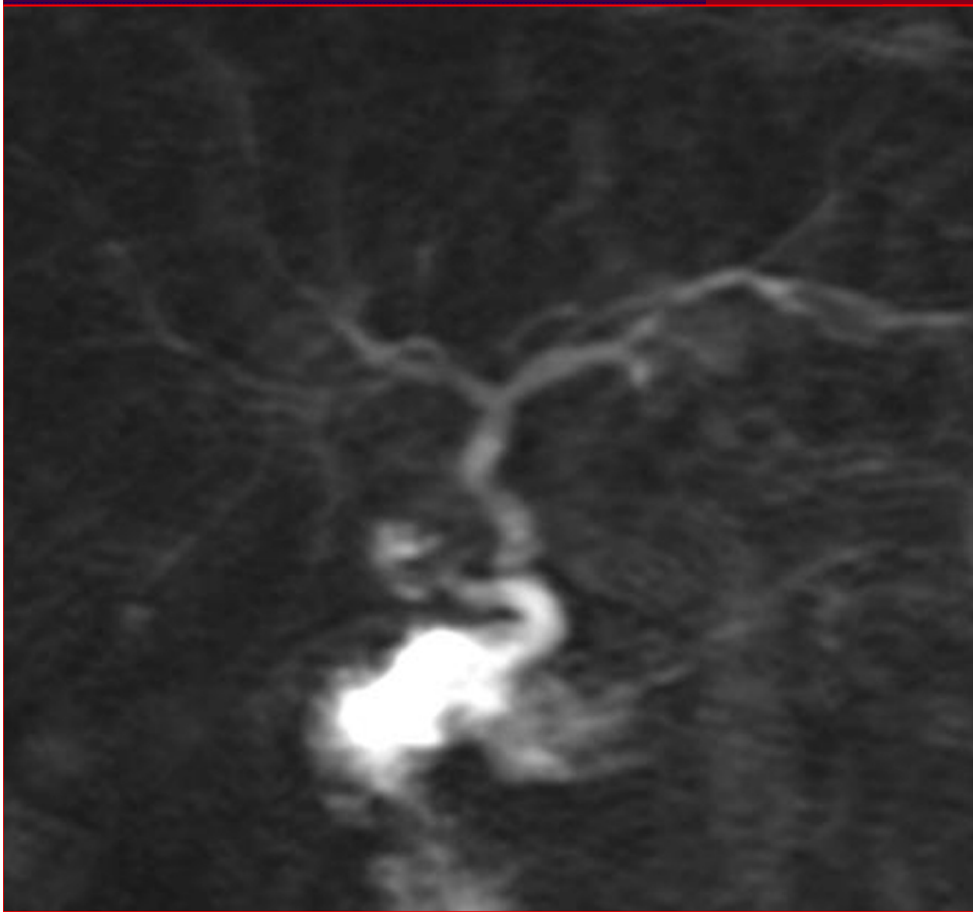
Iniez. im di ceruleina





# Studio funzionale della colecisti e delle vie biliari

**COLANGIO-RM**



**COLANGIO-TC**

