

Introduzione

La stipsi o stitichezza cronica coinvolge circa il 25-30% della popolazione dei paesi occidentali. Le donne in età adulta sono coinvolte in percentuale doppia o tripla, rispetto agli uomini. Nella età avanzata si manifesta un aggravarsi di questa patologia, sia in relazione alle patologie associate, all'uso di farmaci che alla riduzione della attività fisica. (1,2)

La stipsi è un problema sociale sia dal punto di vista economico (legato all'uso cronico di farmaci lassativi), che dal punto di vista psicologico. Nel soggetto con stitichezza, infatti, oltre al problema della defecazione si associano altri sintomi molto fastidiosi e spesso anche condizionanti la qualità della vita sociale e lavorativa (meteorismo, dolore addominale, digestione laboriosa, eruttazioni, gonfiore, malessere generale, cefalea).

La maggior parte dei pazienti che si dichiarano affetti da stitichezza dichiarano di assumere farmaci lassativi in modo discontinuo o regolare; l'inizio del loro uso coincide con un "fai da te" terapeutico e, quindi, con una auto prescrizione; ne subentra una dipendenza fisica e psicologica al lassativo che può perdurare per molti anni, portando pian piano alla perdita dei riflessi naturali della defecazione. E' importante, dunque, che al primo comparire dei sintomi di una defecazione alterata, ci si rivolga al medico specialista gastroenterologo; in particolare, se compaiono dopo i 50 anni possono essere legati ad altra e ben più grave patologia (polipi o tumori del colon retto...).

Definizione

Per stipsi cronica si intende una diminuzione della frequenza delle evacuazioni. Nel soggetto normale esiste una estrema variabilità con un ritmo evacuativo che può andare da 3 volte al giorno a 3 volte alla settimana. Stipsi non coincide, come spesso viene inteso dalla popolazione comune, con una evacuazione non quotidiana. Spesso non è il ritmo evacuativo a preoccupare il soggetto, ma peraltro, la difficoltà evacuativa ed anche la consistenza delle feci. Al termine stitichezza, dunque, vengono assegnati significati diversi e normalmente il problema viene sopravvalutato.

E' necessario, pertanto, classificare la stipsi secondo i parametri clinici corretti per differenziarla da quella organica; attualmente sono adottati i Criteri di Roma III (3) per la stipsi funzionale ove la cronicità e la severità devono rispondere ai seguenti criteri:

- 1- Almeno 2 o più dei seguenti sintomi in almeno il 25% delle evacuazioni
 - Sforzo nella defecazione
 - Feci dure o caprine
 - Sensazione di evacuazione incompleta
 - Necessità di manovre manuali per evacuare
 - Sensazione di ostruzione o di blocco ano-rettale
 - Meno di 3 evacuazioni alla settimana

⁵ Dott Mauro Basilico Via Val Maira 14 20162 Milano

2- Evacuazioni rare senza l'uso di lassativi⁶

Tutti i criteri di cui sopra devono essere soddisfatti per gli ultimi 3 mesi e la data di insorgenza dei sintomi deve risalire ad almeno 6 mesi prima della diagnosi.

Cause

Le cause sinteticamente possono essere suddivise in estrinseche ed intrinseche al meccanismo della defecazione che è quel complesso meccanismo regolato, nel soggetto normale, da processi volontari e involontari che regolano l'atto evacuativo delle feci contenute nel retto.(4)

Estrinseche:

- Alimentari e stile di vita (scarso apporto di fibre e liquidi; sedentarietà)
- Squilibri elettrolitici (ipercalcemia, ipokaliemia, ipermagnesiemia)
- Endocrino-metaboliche (diabete, ipotiroidismo, iperparatiroidismo, insufficienza renale cronica)
- Neurologiche (morbo di Parkinson, sclerosi multipla, traumi della colonna...)
- Farmacologiche (diuretici, anticolinergici, antidepressivi...)

Intrinseche:

- Da rallentato transito o inertia coli: per la ridotta capacità propulsiva del colon che spinge in modo inefficace le feci verso l'ano; si associa anche ad una riduzione della risposta contrattile fasica al risveglio, ai pasti e/o ai farmaci.
- Da defecazione ostruita o stipsi espulsiva e dolorosa (dischezia): il tempo di transito colico può essere normale; il transito delle feci è rallentato solo a livello rettale. Può essere dovuto ad alterazioni anatomiche (prolasso del retto) od ad una disfunzione del muscolo pubo rettale od ad altre disfunzione del perineo: in questi casi sono inadeguate le forze propulsive rettali e/o sono aumentate le resistenze alla evacuazione (ci possono essere condizioni di ipertono anale o anismo, come dissinergie da mancato coordinamento del pavimento pelvico).
- Da sindrome del colon irritabile con transito normale delle feci (variante con stipsi predominante)

⁶ Dott Mauro Basilico Via Val maira 14 20162 Milano

In molte situazioni non è facile una netta distinzione tra le forme in quanto la stipsi può essere associata a più fattori patogenetici sopracitati.

Complicanze⁷

La stipsi cronica può essere responsabile di alcune complicanze:

- Prolasso degli organi pelvici: utero, vagina, retto e vescica
- Emorroidi: lo sforzo evacuativo dilata il plesso venoso della giunzione retto-ale
- Ragadi anali: il trauma anale per il passaggio delle feci dure crea danno; lo spasmo sfinteriale continuo crea fessurazione e la persistenza della ragade
- Fecalomi: le feci ferme nel retto diventano sempre più grosse e dure sino alla ostruzione
- Sovracrescita batterica del colon con diarrea
- Peritonite da perforazione del colon
- Malattia diverticolare

Diagnosi

La storia clinica e l'esame fisico sono fondamentali nell'iter diagnostico; devono essere condotti con attenzione nell'intento di escludere cause secondarie o sistemiche della stipsi. (5)

Da tenere conto, dunque, di eventuale familiarità per cancro del colon retto o per malattie infiammatorie intestinali, e della presenza di "sintomi di allarme" come il sanguinamento rettale, l'anemizzazione, la perdita di peso e recenti modifiche dell'alvo. Nel dubbio, e soprattutto se il paziente ha superato i 50 anni di età, il medico specialista procederà all'esecuzione di accertamenti diagnostici per lo studio del colon (colonscopia tradizionale o virtuale o clisma opaco con doppio contrasto, in base alle condizioni cliniche specifiche del paziente)

I seguenti accertamenti sono indispensabili per lo studio mirato della stipsi:

- Tempo di transito intestinale: è l'esame fondamentale in quanto consente di distinguere le "false stipsi" da quelle vere. Consiste nel far ingerire al paziente dei markers radio-opachi, di materiale plastico e di eseguire una radiografia dell'addome dopo 4 giorni. E' di facile esecuzione ed in base alla progressione e distribuzione dei markers è possibile riconoscere il segmento del colon nel quale c'è il rallentamento del transito. E' normale l'espulsione di almeno il 70-80% degli indicatori; una ritenzione di oltre il 20% è indicativa di un rallentamento del transito intestinale.

⁷ Dott Mauro Basilico Via Val Maira 14 20162Milano

- Manometria anorettale: consiste nell'introduzione di un piccolo sondino nel tratto rettale, capace di valutare la forza e la integrazione dei muscoli coinvolti nella continenza dell'ampolla rettale e di quelli deputati all'evacuazione fisiologica del contenuto fecale. Consente anche di valutare la sensibilità rettale allo stimolo evacuativo e di definire il sinergismo tra sensibilità rettale, spinta addominale e rallentamento sfinteriale.
- Defecografia: consiste in un semplice esame radiologico dinamico che valuta l'espulsione del mezzo di contrasto introdotto con una sonda nel retto (si provoca una espulsione artificiale di feci). Permette la diagnosi di eventuali anomalie anatomiche (prolassi, invaginazioni, rettoceli ...). Di recente questa procedura deve essere limitata ai casi in cui sia risultata una discrepanza tra gli esiti ottenuti con la manometria anorettale ed il test di espulsione del palloncino.
- Test di espulsione del palloncino: è un facile esame che si esegue con il paziente in posizione seduta. E' una specie di simulazione dell'atto fisiologico evacuativo e valuta se il soggetto è in grado di espellere un palloncino posizionato nel retto e gonfiato con 50cc di aria (espulsione artificiale di feci). La incapacità di espulsione del palloncino è segno di disfunzione del pavimento pelvico.

Terapia⁸

La terapia della stipsi cronica deve essere personalizzata, tenendo conto della causa e delle caratteristiche cliniche del soggetto (6, 7). Le terapie sono spesso complementari e vanno dalle semplici misure igienico-dietetico-comportamentali a quelle farmacologiche sino ad arrivare a quelle riabilitative. Solo in casi eccezionali si deve ricorrere alla chirurgia.

Ci si limita alla terapia della stipsi da rallentato transito e da defecazione ostruita; nella stipsi da colon irritabile con transito normale vedasi l'articolo relativo.

Stipsi da rallentato transito

- **Consigli igienico-dietetici**: la integrazione alimentare con fibre ed un adeguato apporto di liquidi (almeno 1 litro al giorno) sono elementi indispensabili nel trattamento della stipsi da rallentato transito del colon. Queste due misure da sole sono in grado di risolvere circa il 50% delle forme di stipsi. Tra le fibre sono da evitare quelle a base di crusca che generano molto gonfiore intestinale, provocando ulteriore disagio addominale. Vanno preferite le fibre solubili a base di ispagula o psillio (lassativi di massa).
Accanto a queste misure è inoltre indispensabile una regolare attività fisica, la cui mancanza si associa spesso ad una aumentata incidenza di stipsi con rallentato transito del colon, tipica del soggetto anziano.
- **Terapia farmacologica**: nel trattamento della stitichezza cronica i lassativi devono essere usati solo dopo che i trattamenti conservativi igienico-dietetici abbiano fallito.

⁸ Dott Mauro Basilico Via Val Maira 14 20162 Milano

La scelta del lassativo da usare deve tenere conto del tipo di stipsi, delle patologie concomitanti e degli effetti collaterali della terapia stessa. Tra i farmaci disponibili abbiamo i lassativi di massa di cui abbiamo già parlato, i lassativi stimolanti che sono quelli più usati nella automedicazione (senna, cascara, bisacodil...che aumentano la attività peristaltica del colon), gli emollienti lubrificanti (vasellina, olio minerale che lubrifica solo le feci, in quanto non viene assorbito), gli ammorbidenti fecali come il lattulosio (disaccaride fermentabile dalla flora batterica intestinale, responsabile di gonfiore a volte intollerabile), e gli agenti osmotici come il sodio fosfato. Tra questi ultimi, merita di essere ricordato il macrogol, a base di polietilenglicole, una sostanza inerte, non fermentabile e non assorbibile che può essere indicato nei soggetti di ogni età ed anche nella donna in gravidanza. La terapia farmacologica con lassativi “non guarisce “ dalla stipsi cronica, ma consente di regolarizzare le abitudini intestinali del soggetto con stipsi cronica da rallentato transito del colon.

Da citare è la procalopride, unico farmaco oggi disponibile ad azione enterocinetica, che abbia dimostrato un effetto benefico nella stipsi da rallentato transito (ancora non disponibile in Italia). (8,9)

- Terapia chirurgica: è un trattamento radicale ed irreversibile con un tasso elevato di complicanze ed una reale efficacia nel solo 50% circa dei soggetti. L' intervento chirurgico indicato è la colectomia totale con ileo-retto anastomosi. Deve essere indicata con estrema cautela e sempre dopo aver accertato la gravità della stipsi ed il fallimento di ogni altra terapia, oltre ad aver escluso la stipsi “da defecazione ostruita”.

Stipsi da defecazione ostruita

Questo tipo di stipsi cronica è presente nel 25-50% dei casi. Accanto alla terapia farmacologica deve essere impostato il trattamento fisiokinesiterapico o quello chirurgico, in base al quadro clinico specifico. Se il disturbo è su base funzionale (contrazione paradossa del muscolo puborettale) la rieducazione dell'alvo è indispensabile con la chinesiterapia; se il disturbo è su base organica (rettocele, intussuscezione retto- anale, prolasso muco-emorroidario) la terapia è chirurgica. La chinesiterapia consiste nel rendere “cosciente” il soggetto della propria area perineale, dei muscoli che la compongono e della loro funzione. Questa terapia viene integrata dal biofeedback o rieducazione sfinteriale. Personale specializzato ed attrezzature computerizzate rieducano il soggetto al corretto meccanismo della defecazione. Il tutto può essere completato dalla elettrostimolazione che migliora il controllo del tono anale e la sensibilità rettale.

Tutte queste tecniche rieducative dovrebbero essere consigliate a tutti i pazienti che sono stati sottoposti a chirurgia.

Bibliografia:⁹

- 1) Pinto Sanchez MI et al. Epidemiology and burden of chronic constipation. Can J Gastroenterol 2011,25(suppl 8B,11-15

⁹ Dott Mauro Basilico Via Val Maira 14 Milano

- 2) Cottone C, Disclafani G, Ubaldi E et al. Prevalence of constipation in general practice in Italy. *Gut* 2009,50 (suppl 2),A189
- 3) Longstreth GF et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 130,1480, 2006
- 4) McFarland LV. Pathophysiology of constipation in the older adult. *World J Gastroenterol* 2008,14(17),2631-38
- 5) Bharucha AE et al. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013,144,218
- 6) Tack J, et al. Treatment of Chronic constipation: current pharmacological approaches and future directions. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009,7,502
- 7) Rao SSG, Go JT. Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options. *Clin Interv Aging* 2010,5,163-171
- 8) Tack J, et al. Prucalopride (Resolor) in the treatment of severe chronic constipation in patients dissatisfied with laxatives. *Gut* 2009, 98, 357
- 9) Camilleri M et al. Clinical trial: the efficacy of open-label prucalopride treatment in patients with chronic constipation-follow up of patients from a pivotal studies. *Aliment Pharmacol Ther* 2010,32 1113