



Tre consigli per una malattia: la stipsi

LEOPOLDO PERATONER

UO di Pediatria, Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli", Pordenone

In verità la stipsi non è una malattia: nella maggior parte dei casi è solo abitudine. Le linee guida di massima sono condivise (disimpatto, dieta, lassativi, training). Individuare i "tre consigli" principali è una scusa per una rivisitazione colloquiale dell'argomento che, come tutti gli argomenti vivi, e dunque mai risolti, presenta alcune novità di approccio legate alla progressiva maturazione culturale, all'accrescersi delle conoscenze, al confronto pratico e quotidiano con il paziente.

L' identificazione della stipsi come problema è condizionata, come accade per molti altri sintomi, dalla nostra percezione, sia che ci troviamo nel ruolo di genitori che in quello di pediatri, e dipende dai nostri pregiudizi sulla "normalità" o meno di ogni manifestazione presentata dai nostri figli o dai piccoli pazienti.

La frequenza dell'alvo può essere, come sappiamo, molto variabile, e anche i limiti identificati da vari autori (per esempio 5-40 nei primi 3 mesi o 4-21 nel 2° e 3° anno di vita) non mi sembrano da interpretare così rigidamente.

Del sintomo stipsi il pediatra deve occuparsi in alcune situazioni:

□ *Quando questo provoca sofferenza al bambino;* tipico il caso del bambino che, quando deve fare la cacca, fa sforzi per opporsi allo stimolo, cerca angoli della casa in cui nascondersi per farsela addosso, rifiutando di andare sul vasino o sul water; o, ancora, quando la stipsi stessa si associa a encopresi.

□ *Nel bambino con problemi extra-intestinali, in primo luogo urinari:* l'enuresi notturna, più o meno accompagnata da "piccola" incontinenza diurna o da altri sintomi legati all'urgenza minzionale, le infezioni urinarie recidivanti, da quelle del lattante a quelle della bambina in età prescolare o scolare.

□ *Nel bambino con problemi intestinali:* i dolori addominali ricorrenti, dei quali

la ritenzione fecale può essere una delle cause spesso misconosciute, o ancora, ma in modo più ovvio, le rettorragie, con o senza ragadi o emorroidi rilevabili.

In queste situazioni la ricerca della stipsi deve far parte del piano di approccio al problema. Non basta, dal punto di vista anamnestico, chiedere quante volte il bambino scarica, ma si

deve indagare come lo fa. È importante ricordare che ci può essere ritenzione fecale cronica anche in presenza di un ritmo evacuativo apparentemente normale. L'encopresi, fino a una certa età, può essere considerata "normale" dai genitori, e può non essere denunciata come fatto anomalo.

Ecco di seguito i tre consigli che mi sono stati richiesti.

CARATTERISTICHE DI UNA CORRETTA VALUTAZIONE ANAMNESTICA E OBIETTIVA IN UN BAMBINO CON STIPSI

Anamnesi

- Domande finalizzate a rilevare un comportamento "ritenzionista"
 1. Atteggiamenti per reprimere lo stimolo
 2. Dolore all'evacuazione
 3. Mancata sensazione di svuotamento
 4. Encopresi
- Altre notizie utili
 1. Tipo di feci (consistenza, muco?, sangue?)
 2. Trattamenti precedenti
 3. Altri problemi correlabili (enuresi, incontinenza diurna, infezioni urinarie, DAR)
 4. Farmaci in corso (ad esempio Fe)
 5. Dieta attuale

Obiettività

- Guardare l'ano: ragadi, anite, anteposizione*
- Palpare l'addome: fecalomi
- Cercare segni esterni di spina bifida occulta: fossette, asimmetrie glutei, ecc.

*Anal position index = cm tra ano e vagina o scroto/cm tra coccige e vagina o scroto: nel neonato maschio $\leq 0,34$; nella femmina $\leq 0,46$

Tabella 1



1. Segui le regole di una "buona visita"

Regola che sembra superflua e ovvia. Ma in realtà non lo è: la sottovalutazione del problema, proprio per la nostra percezione di questo, come già ricordato, è molto frequente. Il racconto del caso clinico descritto nella pagina a lato non è così raro nella mia esperienza; altri casi, in cui per esempio anomalie anali sono state misconosciute per lungo tempo, non sono affatto eccezionali.

Nella *Tabella I* sono riportate tutte le domande che devono far parte di un'attenta anamnesi. Per quanto riguarda l'obiettività, mi sembra opportuno fermare l'attenzione su un reperto che nei primi mesi di vita viene facil-

mente sottovalutato: la posizione anteriorizzata dell'ano. Non è un'anomalia frequente, ma va ricercata in ogni neonato o lattante con difficoltà di evacuazione; consiste in una rettilineizzazione parallela al piano perineale della parte più esterna dell'ano. Questo comporta, nel tempo, la formazione di un cul-de-sac, che rende alla fine ancora più difficile la defecazione stessa. La misurazione dell'indice riportato nella *Tabella I* fa porre facilmente la diagnosi nel piccolo lattante.

Ancora il reperto obiettivo di un'inflammatione della cute perianale e della mucosa anale, con o senza ragadi, deve far sospettare una causa infettiva/ flogistica della stipsi (vedi punto 3).

Come descritto nel caso clinico, il ri-

lievo di una massa di fecalomi alla palpazione addominale è un dato molto importante anche per la valutazione del follow-up.

Con questi dati, ottenibili senza invasività ma con molta pazienza, saremo quasi sempre in grado di orientarci, dal punto di vista diagnostico, tra una stipsi organica e una di origine funzionale. Nella *Tabella II* sono riportati i criteri distintivi tra una stipsi funzionale e quella che si verifica nella malattia di Hirschsprung, la più temuta, seppur rara (la sua incidenza riportata è in media di 1/6000 nati), causa di stipsi organica.

2. Non far nessun trattamento se prima non sei sicuro che il colon sia vuoto

Come già detto, nella grande maggioranza dei casi la stipsi ha un'origine funzionale. Il comportamento ritenzionista può essere primitivo, o più spesso secondario, a un'esperienza di defecazione dolorosa, anche se la causa che ha provocato il dolore nel tempo si è risolta: in ogni caso si innesca un meccanismo a circolo vizioso, che è sintetizzato nella *Figura 1*.

A parte l'evento iniziale scatenante, il fatto centrale, quello che permette al problema di diventare cronico, è la formazione dei fecalomi: la prolungata persistenza delle feci nel colon aumenta il riassorbimento di acqua, e le feci diventano sempre più consistenti.

L'aumento di volume dei fecalomi ritenuti provoca una distensione sempre maggiore del sigma e del colon discendente. Questo determina una ridotta sensibilità dei recettori alla sensazione di distensione (a questo punto non c'è quasi mai dolore vero e proprio), che determina una sempre minore percezione del riempimento e dilatazione. D'altra parte questa riduzione della sensibilità facilita la mancata percezione della perdita di feci non formate, che escono in modo definito dai bambini stessi "involontario" (encopresi).

L'encopresi, con le sue inevitabili implicazioni psico-sociali, costituisce poi un ulteriore fattore aggravante, innescando ulteriori circoli viziosi (vedi oltre).

CRITERI ANAMNESTICO-OBIETTIVI DISTINTIVI TRA STIPSI FUNZIONALE E MALATTIA DI HIRSCHSPRUNG

	Stipsi funzionale	Hirschsprung
Esordio <1 anno	Infrequente	Sempre
Emissione di meconio	Normale	Tardi
Rallentamento della crescita	No	Sì
Encopresi	Sì	No
Forma delle feci	Voluminose	Nastriformi
Episodi di ostruzione	No	Frequenti
Flogosi colitica	No	Sì
Ampolla rettale	Piena, dilatata	Vuota, piccola

Tabella II

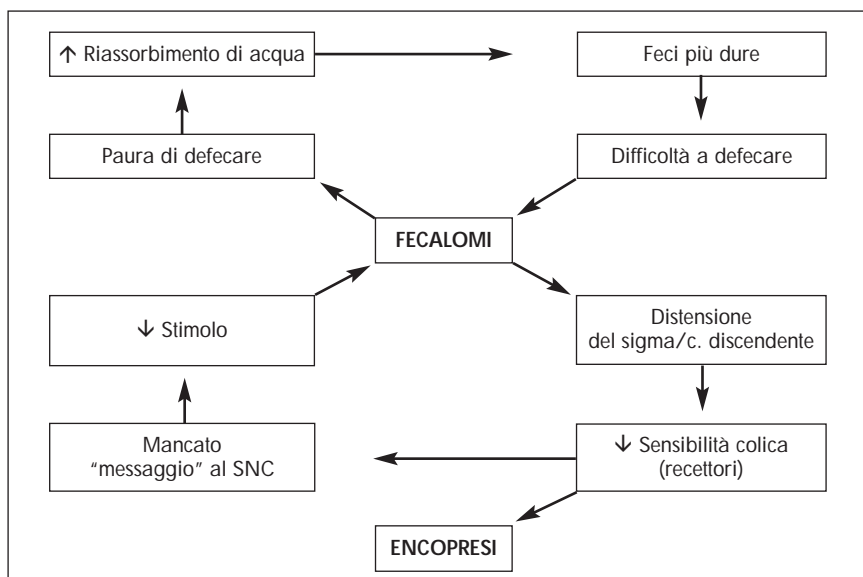


Figura 1. Circoli viziosi della stipsi funzionale.

La prima cosa da fare, quasi sempre, è quella di assicurarsi quindi che si sia eliminato l'ingombro fecale: senza questo passaggio ogni altro provvedimento rischia di essere inutile.

Questo si ottiene con dei clismi evacuativi, effettuati in una o più sedute, usando abbondanti quantità di soluzio-

ni saline e/o di fosfati, anche senza aggiunte di oli (che possono invece essere dati per os); non vanno preferibilmente usate soluzioni contenenti saponi o sali di magnesio concentrate, per la loro possibile tossicità.

È importante che queste manovre, molto fastidiose, vengano presentate e

discusse con i genitori e possibilmente con il bambino stesso. Il disimpatto può essere anche ottenuto "dall'alto" con l'assunzione di soluzioni osmotiche tipo "ISOCOLAN", come nella preparazione alla colonscopia. Come nel caso di Vanessa il coinvolgimento del bambino nella valutazione, prima e dopo l'evento terapeutico, può essere di notevole utilità.

La storia di Vanessa

Vanessa arriva a 12 anni con una storia di stipsi (scariche molto rare, quasi sempre aiutate da microclismi o supposte) dai 5-6 mesi di vita. Successivamente compare, o viene notata, un'encopresi.

Prescritti più volte dal pediatra curante lassativi con scarso risultato, ultimamente con lattuloso, che però ha provocato la comparsa di dolori addominali e un peggioramento dell'encopresi. Per questo problema, oltre che per la segnalazione da parte della scuola elementare che frequentava di problemi di apprendimento, all'età di circa 8 anni è stata seguita da una psicologa per alcuni mesi. Non modificazioni della stipsi. Tutto questo viene raccontato dalla madre senza che Vanessa volesse esprimere alcun commento (anche su richiesta esplicita) a questo proposito.

Obiettivamente si rileva un addome abbastanza disteso, con massa molto grossa che occupa tutto l'emiaddome sinistro; nulla in regione anale.

Cosa abbiamo fatto?

Un ripetuto abbondante clisma evacuativo porta all'emissione di enormi ("incredibile" è stato il giudizio delle infermiere che hanno effettuato questa operazione) quantità di feci molto dure. L'obiettività dell'addome prima pieno e poi del tutto svuotato dal contenuto fecale viene fatto percepire (autopalpazione) alla ragazzina.

Sono stati accuratamente spiegati il "meccanismo" della funzione intestinale e l'anatomia dello stesso, una vera lezione di fisiopatologia.

Sono state date istruzioni sul comportamento da tenere nelle settimane successive, responsabilizzando su questo Vanessa, cercando di mantenere una defecazione giornaliera, eventualmente con una stimolazione (microclisma); viene prescritto un lassativo (olio).

Cos'è successo?

Vanessa ha rifiutato i microclismi, ma dopo 3 giorni ha cominciato a presentare delle scariche abbondanti, volontarie, usando con forza il torchio addominale.

Nei giorni successivi (è ora passato circa un mese) l'altra cosa "nuova" è stato che Vanessa ha cominciato a riferire personalmente quello che stava succedendo, non parlando più per voce di sua madre.

Commento

È uno dei casi andati quasi inaspettatamente bene, in tutti i sensi che si possono rilevare dal racconto. Non sempre è così, ma questo è l'approccio più o meno necessario in tutti i casi di stipsi funzionale (soprattutto se c'è encopresi) in un'età in cui la collaborazione con il bambino è possibile.

Questa fase iniziale ha richiesto ripetuti incontri con Vanessa, con un impegno di counselling. Sono previsti ulteriori incontri relativamente ravvicinati, essendo consci che il mantenimento di questo risultato (che corrisponde in definitiva a una ripresa del tono delle pareti del colon) non può avvenire senza un approccio (supporto) protratto e costante per almeno alcuni mesi.

3. Non limitarti alla prescrizione di farmaci/dieta

Anche in assenza di segni obiettivi o dati anamnestici suggestivi di una malattia di Hirschsprung o di una stipsi neurogena (spina bifida occulta) vale la pena ricordare che non solo queste sono cause organiche di stipsi. Relativamente recenti sono le segnalazioni di almeno due cause che dobbiamo tenere in considerazione.

□ *Anite/proctite da Streptococco beta-emolitico A*. Deve essere sospettata quando ci sia un'obiettivo flogosi locale, con o senza ragadi rilevabili. La diagnosi si fa con un semplice tampone rettale per SBEA (chi ce l'ha a disposizione può farlo con il test rapido che si usa per il faringe). La terapia è uguale a quella per la tonsillite: deve essere fatta per via generale; quella topica non è efficace.

□ *Intolleranza al latte vaccino*. Poche segnalazioni, ma almeno uno studio randomizzato molto accurato¹, ne dimostrerebbero l'importanza, soprattutto nelle stipsi insorgenti nei primi anni di vita. Il meccanismo fondamentale sarebbe la flogosi anorettale scatenata dall'allergia, su cui si instaura secondariamente un meccanismo ritentivo di tipo comportamentale.

Anche nella nostra piccola esperienza² un miglioramento del quadro e, spesso, una sua completa risoluzione si verificano in coincidenza di una dieta senza latte vaccino, in più dei 2/3 dei bambini, di età in media inferiore a quelli trattati da Iacono¹. Non è praticamente mai risolutiva, se unico provvedimento terapeutico, nei casi in cui la stipsi è di durata molto lunga o è aggravata dall'encopresi.

Una volta esclusa una causa organica, ma qualche volta anche in sua presenza (soprattutto per queste ultime



APPROCCIO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE ALLA STIPSI

Nei confronti del bambino

1. Rassicurare sulla benignità
2. Rassicurare sulla possibilità di successo
3. Far percepire lo stimolo e il riempimento del colon
4. Spiegare il perché succede
5. Far registrare gli eventi (diario)

Nei confronti dei genitori

1. Rassicurarli sul non rischio
2. Suggestioni sulle modalità con cui aiutare il bambino senza essere "pesanti"
3. Lasciare autonomia al bambino (non obbligarlo, ma dargli responsabilità)
4. Non mostrarsi preoccupati di fronte alle difficoltà
5. Sottolineare i successi (anche piccoli)

Tabella III

cause appena riportate), diventa fondamentale un approccio un po' più allargato della semplice prescrizione di farmaci, lassativi di vario tipo, o le indicazioni dietetiche (aumentato apporto di liquidi e di scorie). C'è sempre una componente psico-comportamentale di cui occuparsi.

Nella gestione del bambino successivamente alla "disostruzione del colon", di cui si è detto nel paragrafo precedente, diventa fondamentale tenere presente il modello cosiddetto "bio-psi-co-sociale", nell'ambito di un approccio di tipo cognitivo alle problematiche psi-

cosomatiche. Nel caso specifico, riprendendo lo schema dei circoli viziosi, la grossa entità della massa fecale ristagnante nel colon induce la paura di defecare, che a sua volta aggrava la ritenzione fino all'encopresi, aumentando ulteriormente la massa stessa. Il meccanismo della paura è fortemente influenzato dal comportamento di chi sta vicino al bambino, la madre in particolare, che facilmente entra in sofferenza a sua volta e condiziona in questo modo la possibilità del bambino di uscire dal circolo vizioso.

Una particolare attenzione va quindi

posta a questi aspetti nella "cura" di questi bambini: nella *Tabella III* ho riportato le cose che abitualmente faccio in queste situazioni di stipsi. Ovviamente la possibilità di mettere in pratica queste cose dipende dall'età del bambino e dalla sua volontà di collaborare.

L'approccio cognitivo-comportamentale alla stipsi è mirato da un parte all'acquisizione di conoscenze su di sé da parte del bambino e dei suoi genitori e, dall'altra, alla gratificazione e al rafforzamento positivo della sua personalità. Nell'insieme condurrà a una maggiore autonomia e a una migliore capacità di gestire questa spiacevole manifestazione clinica.

Bibliografia

1. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, Florena A, Tumminello M, Soresi M, Notarbartolo A, Carroccio A. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. *N Engl J Med* 1998; 339:1100-4.
2. Pavanello P. Intervento alle Giornate di Medico e Bambino. Pisa 2001.



ACP - ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI PUGLIA E BASILICATA

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

CONGRESSO CONGIUNTO ALL'INCONTRO CON I PEDIATRI DELLE REGIONI MERIDIONALI



GLI ARGONAUTI

16-18 maggio 2003

VILLAGGIO TURISTICO "IL VALENTINO" - CASTELLANETA MARINA (TARANTO)



SEGRETERIA SCIENTIFICA **Giornate di Medico e Bambino**

Il Comitato Scientifico di *Medico e Bambino*

Franco Panizon, Giorgio Longo, Paola Rodari, Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura

SEGRETERIA SCIENTIFICA E ORGANIZZATIVA **Gli Argonauti**

ACP Puglia Basilicata Tel. 080 3149709