

Chi (non) la fa... (non) l'aspetti

Piccolo dizionario pratico della stipsi

ANDREA LAMBERTINI

Ambulatorio di Gastroenterologia Pediatrica, Unità Operativa di Pediatria, Ospedale Maggiore, Bologna

La stipsi è un problema corrente che richiede un'adeguata conoscenza dei meccanismi che ne sono la causa e delle strategie terapeutiche, a volte differenziate, da adottare. Il dizionario riportato è un divertente ed esauriente strumento per una sua corretta gestione nella pratica ambulatoriale.

A NISMO

È alla base di un certo numero di casi di stipsi, ed è conosciuto anche come dissinergia del pavimento pelvico, in cui esiste una vera e propria difficoltà a espellere il contenuto dell'ampolla rettale.

Si tratta di un fenomeno (ben identificabile con la manometria) tipico della donna giovane, ma presente anche in età pediatrica, e caratterizzato da un'incapacità dei muscoli del pavimento pelvico a rilassarsi durante la spinta della defecazione. È una di quelle situazioni che può essere felicemente trattata con il biofeedback (*vedi*).

B IOFEEDBACK

È una tecnica di autoapprendimento da parte del bambino, che impara quali sono i movimenti dei propri muscoli pelvici veramente efficaci e utili per evacuare.

Il biofeedback necessita obbligatoriamente della manometria ano-rettale, attraverso cui il medico può, in "diretta" e in "tempo reale", correggere il bimbo nelle sue manovre (vere o presunte...) di contrazione e rilasciamento degli sfinteri.

STIPSIS: A PRACTICAL GLOSSARY

(*Medico e Bambino* 2003;22:581-584)

Key words

Stipsis, Case-management

Summary

The Author provides, through a practical glossary, the basic diagnostic and therapeutic tools for the case-management of stipsis in ambulatory practice. It is emphasized that organic forms of stipsis are extremely rare and there is seldom the need for instrumental and laboratory investigations.

Per ovvi motivi è un tipo di terapia che si può applicare soltanto ai bambini più grandi e collaboranti.

C ISAPRIDE

Ha vissuto una stagione breve e appassionata, e adesso che non c'è più, la ricordiamo con nostalgia, come un amore dei tempi del liceo...

Scherzi a parte, questo farmaco pro-cinetico si era conquistato grandi meriti nella terapia della malattia da reflusso gastroesofageo, ma anche nel trattamento della stipsi ostinata; la cisapride aveva risolto non poche situazioni critiche.

Il suo meccanismo d'azione era fondamentalmente rappresentato dall'ac-

celerazione del transito intestinale e, per questo motivo, la cisapride era forse più indicata nella stipsi dell'adulto e dell'anziano, che origina spesso da anomalie motorie del colon.

In ogni caso non è più in commercio e ogni disputa sulla sua utilità nel curare la stipsi in età pediatrica è ormai inutile; mentre all'orizzonte si affaccia la prucalopride, che nei primi trial condotti oltreoceano nell'adulto sembra aver ottenuto buoni consensi (*vedi* "Pagina gialla").

D ISCHEZIA

La traduzione dal greco è "defecazione difficoltosa o dolorosa" e non c'è bisogno d'aver fatto il liceo classico per

capire che tutti gli stitici evacuano con difficoltà e/o dolore...

Questo termine però, secondo alcuni Autori, entra a pieno titolo in una possibile "classificazione della stipsi dell'infanzia":

1. *Dischezia del lattante* o Purple-faced baby sindrome (*vedi*)
2. *Dischezia infantile*: insorge spesso nel corso del primo anno di vita, spesso associata alle modificazioni alimentari (passaggio al latte vaccino, divezzamento), ed è caratterizzata dalla evacuazione difficoltosa di piccole quantità di feci dure. La risposta istintiva del bambino potrà essere quella di imparare a trattenere anziché a spingere, e questo potrebbe rappresentare l'anticamera della vera ritenzione fecale. È importante prevenire questa tendenza, ricorrendo a qualcosa che contribuisca a rendere le feci soffici e abbondanti, come ad esempio il lattitolo (*vedi*) o il sorbitolo (succhi di prugna o pera).
3. *Ritenzione fecale funzionale* (*vedi*)

EVAQUAZIONI ("QUANTE VOLTE FIGLIUOLO?")

Non c'è dubbio: un bell'argomento per un sondaggio d'opinione...

E in effetti ci hanno provato: su *Gut*, alcuni ricercatori d'oltreoceano hanno interrogato la bellezza di 1897 adulti sulle proprie abitudini intestinali, pubblicando poi "Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study" (*sic!*).

Ma anche noi non siamo da meno: nel 1989 Fontana e collaboratori sono usciti su *Acta Paediatrica Scandinavica* con la registrazione della frequenza di evacuazione di 662 bambini italiani.

Le conclusioni universali sono, ovviamente, che c'è grande variabilità individuale, ma volendo davvero una tabellina, ecco:

- 0-6 mesi ⇒ 4-40 evacuazioni/settimana
- 6-12 mesi ⇒ 5-28 e/s
- 1-3 anni ⇒ 4-21 e/s
- > 3 anni ⇒ 3-14 e/s

Tabelline a parte, non bisogna cadere nell'errore di considerare stipsi sol-

tanto la riduzione del numero delle evacuazioni! Stipsi è anche un'evacuazione difficile e/o incompleta, con emissione di feci dure e caprine, a volte con tracce di sangue. Stipsi è anche una defecazione "voluminosa", con dolore e pianto da parte del bimbo. Stipsi è anche il fenomeno del soiling (*vedi*), in cui il bambino emette feci tutti i giorni, anche più volte al giorno, però...

FREQUENZA

Se nell'età adulta la stipsi è ormai un fenomeno sociale, anche nell'infanzia non si scherza: si ritiene infatti che costituisca il motivo del 3% delle visite pediatriche e addirittura il 25-30% delle consultazioni presso un centro di gastroenterologia pediatrica!

GLICERINA (E "DISIMPATTO")

Nelle vere stipsi ostinate e inveterate, quasi sempre accompagnate da soiling (*vedi*), nessuna terapia può dirsi davvero efficace se prima non si provvede al "disimpatto": la rimozione cioè della massa di feci presente lungo il colon.

Nel bambino piccolo (< 1 anno), se necessario, si ricorre alla glicerina in supposte, mentre nel soggetto più grande è obbligatorio il clistere. Va praticato una volta al giorno, per 3-7 giorni, con soluzione fisiologica (10-15 cc/kg) e olio di vaselina (1-3 cc/kg), introdotte mediante un morbido catetere vescicale tipo Foley n° 16-18, risalendo cautamente ma senza timore lungo il colon discendente.

Se il clistere è assolutamente rifiutato dal bambino e anzi può peggiorare una già difficile "convivenza" con il proprio ano, si può ricorrere alla supposta di Bisacodile o, meglio, al Polietilenglicole (*vedi*) somministrato per bocca.

HIRSCHSPRUNG

Strano destino quello della malattia di Hirschsprung o megacolon che dir si voglia; alzi la mano chi non teme di trovarselo sempre davanti, ogni volta

che affronta la stipsi di un bambino... La realtà è invece un po' diversa, come si desume dall'elenco delle cause di stipsi in età pediatrica:

Stipsi cronica funzionale	⇒ > 95%
Disordini dell'ano (stenosi, malformazioni)	⇒ 1%
Disordini neuromuscolari (Hirschsprung, displasia neuronale)	⇒ 1%
Malattie endocrine, neurologiche, iatrogene	⇒ non signif.

IPLV

Ebbene sì, l'intolleranza alle proteine del latte vaccino (IPLV) può anche presentarsi con una stipsi, dovuta a una proctite eosinofila allergica, che indurrebbe il piccolo a "rimandare" un'evacuazione dolorosa! Iacono e collaboratori (*vedi*) infatti, a Palermo, hanno sostituito il latte vaccino con latte di soia in 65 bimbi (11-72 mesi) affetti da stipsi ostinata, ottenendo una risoluzione del problema in circa il 70% dei casi...

LATTITOLO - LATTULOSIO

Entrambi questi rammollitori delle feci dovrebbero rappresentare l'unico e il principale caposaldo della terapia farmacologica nella stipsi funzionale del bambino.

La dose di 1 g/kg è puramente indicativa; il successo di questa terapia è infatti dovuto alla personalizzazione della dose, che deve condurre a 1-2 evacuazioni giornaliere di feci morbide. Un altro passaggio delicato nella terapia con rammollitori fecali è rappresentato dalla durata: non appena si è ottenuto il risultato voluto, non sospendere mai, per almeno 3-6 mesi!

MANOMETRIA

In condizioni di "riposo" gli sfinteri anali interno ed esterno sono tonicamente contratti. Se l'ampolla rettale si distende per l'arrivo di una massa di feci, lo sfintere interno si rilassa e quello esterno si contrae fino alla decisione volontaria di defecare. La manometria

ano-rettale valuta appunto questi fenomeni di rilasciamento e contrazione, mediante l'introduzione nel retto di un palloncino, collegato a un catetere che misura le variazioni di pressione.

Questa indagine ha un ruolo importante quando anamnesi ed esame clinico deporrebbero per una malattia di Hirschsprung: rileva la presenza di un anomalo aumento della pressione dello sfintere interno e l'assenza del cosiddetto riflesso d'inibizione anale. Non consente la diagnosi definitiva ma, cogliendo anche le minime anomalie dei megacolon "ultracorti", pone l'indicazione assoluta alla biopsia rettale, che rimane il gold standard per porre diagnosi.

Altra indicazione per l'impiego della manometria è quella legata al biofeedback (*vedi*), in particolare nei bambini con patologie neurologiche e/o post-chirurgiche.

NITROGLICERINA

La conoscevamo già per tristi imprese dinamitarde e per la cura dell'angina pectoris, mentre è una divertente novità il suo impiego nella terapia delle ragadi anali.

Sappiamo infatti che la ragade anale entra in un circolo vizioso, che induce sempre più il bambino a trattenere le feci (per non provare dolore durante defecazione), ponendo solide basi per una stipsi ostinata e cronica. Diventa quindi fondamentale rassicurare il bimbo, migliorando le sue feci con i ram-mollitori (*vedi*) e curando la ragade anale. A questo scopo, da alcuni anni la letteratura indica come rimedio la pomata alla trinitroglicerina allo 0,2%; si rivela infatti efficace nel risolvere lo spasmo muscolare analgesico dell'ano e nel rivascolarizzare la fissurazione.

ORGANICA

Al primo approccio con una stipsi del bambino, e soprattutto del lattante, è ampiamente giustificato porsi la classica domanda: sarà organica o funzionale? Prima di accanirsi con indagini più o meno "raffinate" come la mano-

metria ano-rettale (*vedi*), appare più saggio ricorrere a una tabellina come la seguente, che può sembrare superficiale, ma tiene in massima considerazione anamnesi ed esame obiettivo:

	Funzionale Organica	
Esordio alla nascita	no	sì
Ampolla rettale vuota	no	sì
Soiling	spesso	raro
Masse fecali	no	sì
Posture ritenive	sì	no
Feci abbondanti	sì	no
Clisma opaco	neg.	pos.

PURPLE-FACED BABY SYNDROME

Da qualche parte del nostro pianeta deve esistere un "omino", che inventa i nomi delle sindromi e delle malattie; non si spiegherebbe altrimenti questa definizione, poco nota ma efficacissima, che dipinge letteralmente l'anismo (*vedi*) del lattante. Capita infatti a tutti di imbattersi in allattati al seno che, volto arrossato e occhi fuori dalla testa, evacuano con sforzi indicibili feci morbide e assolutamente normali.

Il lattante con la faccia purpurea è un piccolo che ancora deve letteralmente imparare a fare la popò: è cioè incapace di coordinare il rilasciamento dei muscoli del pavimento pelvico con la manovra di Valsalva (contrazione dei muscoli addominali). È sufficiente che i genitori imparino ad avere un po' di pazienza e la soluzione verrà da sé.

QUALI ACCERTAMENTI?

Gli esami migliori che si possono fare sono quelli che i grandi vecchi maestri hanno insistito a insegnarci: un'anamnesi accurata e un esame clinico attento.

La prima deve indagare l'età d'insorgenza della stipsi e le caratteristiche sia delle feci che delle abitudini e dei costumi dell'evacuazione.

Il secondo deve invece occuparsi dell'ispezione della regione lombosacrale e dell'ano, nonché della palpazione dell'addome. Per quanto riguarda

l'esplorazione rettale, il problema è controverso e deve essere lasciato alla sensibilità del medico nel corso della visita. Le informazioni che se ne possono ricavare sono importanti, ma altrettanto importante può essere il disagio che si provoca in un bimbo già ossessionato dalle operazioni che si svolgono intorno al suo ano...

RITENZIONE FECALE FUNZIONALE

È la definizione ufficiale della stipsi nel bambino oltre il primo anno di vita, una volta escluse, beninteso, le cause organiche. Si tratta di bimbi che hanno spesso alle spalle una storia di dischezia (*vedi*), che hanno paura di defecare e hanno sviluppato delle raffinatissime tecniche di ritenzione e di rinvio dello stimolo. Il risultato fisiopatologico è un accumulo di feci nel retto, che vanno sempre più perdendo la loro componente d'acqua e che sempre più riducono la sensibilità rettale, con l'ovvio innescarsi del classico circolo vizioso: "stipsi chiama stipsi" è lo slogan! Il risultato finale sarà la comparsa, prima o poi, del soiling (*vedi*), con tutte le conseguenze emotive facilmente immaginabili.

SOILING

Si tratta dell'emissione involontaria di modeste quantità di feci liquide che sporcano le mutande. È una manifestazione spesso indistinguibile dall'encopresi, che è invece caratterizzata dal passaggio, volontario o meno, di feci abbastanza formate nelle mutande. Tranne casi davvero rari di competenza neurologica o psichiatrica, deve sempre far pensare a una stipsi funzionale ostinata e inveterata. Il soiling viene a volte confuso con la diarrea, ma altro non è che una "evacuazione da trabocco", in presenza di un fecaloma che rende quasi impossibile la defecazione normale. In questa situazione si impongono il "disimpatto" (*vedi*) con clisteri e una difficile ma essenziale "alleanza terapeutica" con il bambino e la sua famiglia.

TOILETTE TRAINING

Un ameno termine anglosassone, che rappresenta però uno dei passaggi più importanti e faticosi della cura della stipsi funzionale. Si tratta di insegnare letteralmente al bimbo (e alla sua famiglia...) a evacuare a orari fissi, tutti i giorni, comodamente e adeguatamente seduto sul water. Molti genitori sostengono di essere già esperti in materia ma, indagando un poco si scopre che "appoggiano" il bimbo sulla tazza, costringendolo a esercizi d'equilibrio degni del Circo Togni e improvvisando letture di giornalini, racconti di filastrocche e spettacoli d'arte varia della durata di un'ora, che coinvolgono tutta la famiglia radunata al gabinetto.

Niente di tutto ciò: il bambino, dopo il pasto, deve sistemarsi in modo saldo e sicuro sul water, appoggiando i piedi e rimanendoci non più di 10 minuti, impegnato soltanto a spingere...!

Il segreto del successo di questa tecnica sta nella costanza assoluta, a prescindere dai primi risultati, e nell'evitare di sottoporvi i piccoli di età inferiore ai 3 anni, che finirebbero per ottenere l'effetto opposto.

UNA VERA NOVITÀ: POLIETILENGLICOLE (PEG)

Forse per ricompensarci della perdita della cisapride (*vedi*), da qualche tempo è arrivato alla ribalta un altro farmaco che, in alternativa al lattitolo (*vedi*), si è rivelato altamente sicuro ed efficace nel combattere la stipsi più ostinata.

Il suo nome è un po' complesso, ma confidenzialmente potremmo chiamarlo PEG. Nel fare questo però commettiamo un'inesattezza, perché attualmente, in Italia, è in commercio un pro-

dotto che contiene il PEG, associato però ad alcuni elettroliti. Il PEG vero e proprio, il cui nome commerciale nasce dalla fusione delle parole *Miraculous Laxative* (!?), per il momento è in commercio solo negli Stati Uniti, e il suo meccanismo d'azione consiste nel richiamare acqua all'interno del lume intestinale, effettuando un vero e proprio lavaggio.

La versione nostrana è sotto forma di polvere, in bustine da 250 mg, che vanno sciolte in acqua. È privo di effetti collaterali e offre ottimi risultati, sia impiegato una tantum per il "disimpato" (*vedi*) alla dose di 15-30 cc/kg, sia utilizzato quotidianamente per una terapia di mantenimento a dosi più basse (indicativamente mezza bustina sotto i 20 kg e 1 bustina sopra tale peso).

Nel bel Paese gli effetti collaterali potrebbero nascere dalla presenza degli elettroliti che, in caso di vomito, se inalati, possono dar vita a gravi complicazioni polmonari. In attesa della commercializzazione anche da noi di un prodotto che contenga solo PEG, varrà allora la pena evitare l'impiego del farmaco nei bambini con cerebropatia, che sono certamente i più colpiti dalla stipsi ostinata, ma sono anche quelli con maggiore rischio di vomito e di polmonite ab ingestis.

VIOLENZA

Senza enfatizzare troppo il fenomeno e senza fare dello spettacolarismo a tutti i costi, a cui ci hanno abituati le TV pubbliche e private, volendo affrontare il tema della stipsi, non si può dimenticare il gravissimo capitolo della violenza carnale.

Esistono infatti in Italia studi attendibili in corso, che individuano nello stupro una delle cause della stipsi nella donna adulta; e inoltre alcune segnala-

zioni della relazione tra abuso e disordini funzionali intestinali sono già riportate nella letteratura gastroenterologica pediatrica.

Pertanto, se la stipsi è insorta in maniera improvvisa e ostinata in bambini grandicelli, è giustificato mantenere alto il livello di vigilanza, nell'ipotesi, rara ma non impossibile, che alla base possa esserci una triste esperienza di abuso sessuale!

GRAZIE

1. A Tiziano Dall'Osso, pediatra ed editore, che per primo ha creduto nell'*Alfabeta della Stipsi*, ospitandolo in passato su "Mass Media - edizione pediatrica".

2. Agli insegnamenti che ho tratto da:

- Corazziari E, et al. Small volume isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution in treatment of chronic nonorganic constipation. *Dig Dis Sci* 1996;41:1636.
- Corazziari E, et al. Quante forme di stipsi cronica funzionale? *NeUroGastroenterologia* 1997;4:141.
- Cucchiara S, et al. Trattamento della stipsi cronica funzionale con lattitolo. *Riv Ital Pediatr* 1993;19:77.
- Di Lorenzo. Terapia della stipsi cronica funzionale. *Riv Ital Pediatr* 1994;20:446.
- Di Lorenzo C. Novità in tema d'indagini strumentali in gastroenterologia pediatrica. *Prospettive in Pediatria* 1999;29:229.
- Fontana M, et al. Bowel frequency in healthy children. *Acta Paediatr Scand* 1989; 78:682.
- Hyman P. Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders. *Academy Professional Information Services*. New York, 1999.
- Iacono P, et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. *N Engl J Med* 1998;339:1100.
- Martellosi S. La stipsi - Protocolli in pediatria ambulatoriale. *Medico e Bambino* (pagine elettroniche), settembre 2000.
- Staiano A, et al. Disordini funzionali gastrointestinali. *Prospettive in Pediatria* 1999; 29:175.
- Staiano A, et al. Stipsi ed encopresi. *Area Pediatrica* 2001;9:5.

...a cui rimando tutti coloro che volessero approfondire l'argomento.

Associazione Culturale Pediatri

TABIANO XIII

SARÀ VERO CHE...

Grande Albergo Astro

20-21 febbraio 2004