

Stipsi cronica

Ivano Biviano, Laura Candeloro
SAPIENZA Università di Roma

La stipsi è un sintomo di un'alterazione dell'atto evacuativo e/o di una ridotta frequenza dell'alvo. In base alla durata e alle cause distinguiamo la stipsi in acuta (durata < 3 mesi), occasionale (durata variabile, spontanea o secondaria a gravidanza, terapie, situazioni ambientali etc.) e cronica (durata > 3 mesi).

La stipsi secondaria riconosce cause:

1. reversibili
 - a. ipotiroidismo
 - b. ipercalcemia
 - c. stenosi colo-retto-ale
2. irreversibili
 - a. miopatie
 - b. patologie neurologiche
 - i. centrali
 - ii. periferiche
 - c. collagenopatie
 - d. disturbi cognitivo-comportamentali

La stipsi, quando è cronica e non causata da alterazioni organiche, viene distinta in 3 differenti condizioni:

1. Stipsi funzionale
2. Sindrome dell'intestino irritabile con stipsi (SII-S)
3. Disordini funzionali della defecazione.

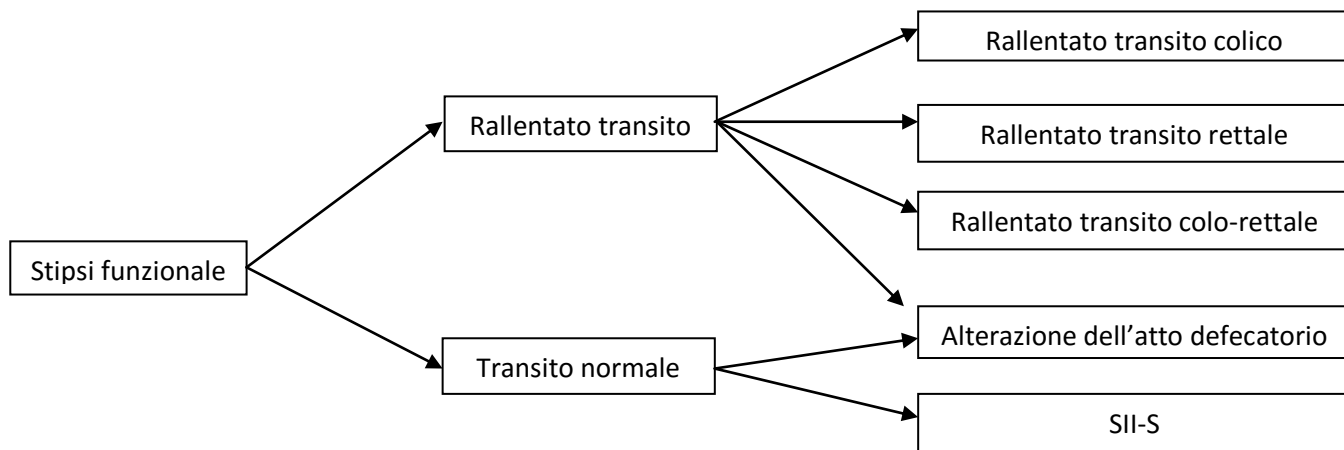
I criteri diagnostici di Roma III (che a breve saranno aggiornati da Roma IV) vengono utilizzati a livello internazionale per meglio inquadrare la sintomatologia dei pazienti, entro una serie di disturbi definiti "funzionali".

Si definisce stipsi funzionale:

1. Presenza negli ultimi 3 mesi di 2 o più dei seguenti sintomi insorti da almeno 6 mesi, in almeno il 25% delle evacuazioni:
 - sforzo evacuativo
 - feci dure o caprine
 - sensazione di evacuazione incompleta
 - sensazione di ostruzione/blocco anale
 - manovre manuali per facilitare l'atto evacuativo
 - meno di 3 evacuazioni per settimana
2. Feci non formate raramente presenti senza l'utilizzo di lassativi
3. Sintomi insufficienti per la diagnosi di SII.

Nella SII-S, il tratto caratterizzante è la presenza di dolore/fastidio addominale, che migliora con l'evacuazione o che è associato a un cambiamento nella forma/consistenza delle feci, di grado 1 e 2 della classificazione di Bristol (caprine, dure, isolate o ammassate insieme).

Infine, i disordini funzionali dell'evacuazione hanno una presentazione clinica non differente da quella della stipsi funzionale, ma necessitano per l'identificazione di test di funzione ano-rettale. Lo schema seguente riassume le forme di stipsi funzionale, ricordando che nella pratica clinica vi è spesso un ampio overlap tra i diversi sottogruppi.



Lo specialista che si trovi di fronte a un paziente con stipsi cronica, dopo un'attenta valutazione anamnestica e un accurato esame obiettivo che includa l'esplorazione rettale, esclusi sintomi d'allarme e/o cause secondarie, inizierà l'iter diagnostico-terapeutico.

Nei pazienti non rispondenti a un aumentato introito di fibre e a un uso on demand di lassativi, lo specialista valuterà la necessità di uno studio del tempo di transito oro-ale mediante indicatori radiopachi. Si tratta di un'indagine radiologica che, ponendo come valore di cut-off per la popolazione italiana sana di riferimento 96 ore, consente di identificare i soggetti con un rallentamento totale. E possibile inoltre mediante calcoli matematici valutare anche eventuali rallentamenti segmentari del colon-retto. Nei soggetti con rallentato transito nel colon, che non rispondono agli agenti formanti massa, come crusca e psyllium, si può tentare la somministrazione di lassativi osmotici, in primis il Macrogol, che ha un grado di evidenza clinica A, per efficacia sulla frequenza dell'alvo, sulla consistenza delle feci e sullo sforzo evacuativo con effetto benefico anche sul dolore/fastidio addominale. Tali lassativi iso-osmotici, non essendo fermentabili né assorbibili, sono sicuri e hanno scarsi effetti collaterali. Grado di evidenza minore hanno disaccaridi (grado B), sali minerali (grado C), e lassativi da contatto (grado C). Ricordiamo inoltre che gli antrochinonici (Senna), pur essendo molto efficaci, se utilizzati in modo non corretto possono causare dolore addominale e talvolta auto mantenere la stipsi.

Sono in commercio da pochi anni anche farmaci emergenti come gli agonisti dei recettori 4 della serotonina (5-HT₄), che agiscono sul plesso enterico rafforzando il riflesso peristaltico con accelerazione del transito intestinale. Numerosi studi controllati hanno dimostrato la loro efficacia nella terapia della stipsi, tuttavia presentano effetti collaterali che ne limitano l'uso, ad eccezione della prucalopride i cui studi clinici dimostrano un adeguato profilo di sicurezza.

Recentemente è stato approvato l'uso del metilnaltrexone, antagonista periferico degli oppioidi, nella terapia della stipsi indotta da oppioidi.

Infine, nella gestione terapeutica delle forme di stipsi da disordini funzionali della defecazione, lo specialista potrebbe trovarsi in difficoltà, in ragione della miriade di informazioni talvolta propagandistiche e spesso poco chiare.

Il paziente dovrà sottoporsi a:

- Manometria anorettale, esame che misura le pressioni presenti a livello del canale anale nei diversi momenti funzionali, e che dà importanti informazioni sulla sensibilità e sulla compliance rettale e sul Riflesso Inibitorio Retto-Anale;
- Test di espulsione del palloncino, che quantifica l'abilità del paziente a evacuare un palloncino pieno d'acqua (solitamente 50 ml);
- Defecografia: indagine radiologica che documenta la morfologia dell'ampolla rettale e del canale anale, i rapporti con i reperi ossei (sacro-coccige e pube) e le modificazioni che si verificano nei diversi momenti funzionali statici (a riposo, in contrazione, nel ponzamento) e dinamici (durante l'evacuazione).

Se, durante l'evacuazione, alla spinta del torchio addominale e all'aumento della pressione nel retto non corrispondesse un coordinato rilasciamento della fionda pubo-rettale e/o degli sfinteri, evidenziato in almeno 2 delle indagini funzionali sopra elencate, potremo diagnosticare la dissinergia addomino-pelvica.

Per il trattamento di tale disturbo ci si avvale del biofeedback, tecnica di condizionamento nella quale le informazioni riguardanti un processo fisiologico, come contrazione e rilasciamento muscolare, sono trasformate in segnale visivo/uditivo facilmente comprensibile al paziente, che può così apprendere il controllo della funzione desiderata.

L'esame defecografico ci consente di apprezzare anche alcune alterazioni anatomiche del pavimento pelvico, come il rettocele (protrusione della parete anteriore del retto verso ed intorno la vagina), l'invaginazione intra-rettale (condizione in cui una plica sviluppatasi nella parete rettale, durante lo sforzo evacuativo, si approfondisce nel retto), il perineo disceso (sede del pavimento pelvico a riposo ≥ 6 cm) e/o discendente (discesa del pavimento pelvico $\geq 3,5$ cm durante l'evacuazione) e l'enterocele (intestino tenue e/o omento interposti tra vagina e retto a livello del cavo del Douglas).

Alcuni Autori ritengono queste alterazioni responsabili della cosiddetta sindrome da ostruita defecazione (SOD), di cui ancora non si ha una definizione standardizzata. L'effettivo ruolo delle alterazioni anatomiche, nella patofisiologia della stipsi funzionale, rimane da chiarire. Anche in questo caso il primo approccio terapeutico sarà finalizzato ad ammorbidire le feci, qualora fossero dure o caprine, mediante l'utilizzo di lassativi osmotici e solo in seconda istanza valutare la possibilità della chirurgia ano-rettale.

Bibliografia

- Spinzi G, Amato A, Imperiali G, et al. Constipation in the elderly: management strategies. *Drugs Aging*. 2009;26:469-474.
- Tack J, van Outryve M, Beyens G, et al. Prucalopride (Resolor) in the treatment of severe chronic constipation in patients dissatisfied with laxatives. *Gut*. 2009;58:357-65.
- Badiali D, Corazziari E, Habib FI, et al Effect of wheat bran in treatment of chronic nonorganic constipation. A double-blind controlled trial. *Dig Dis Sci*. 1995 Feb;40(2):349-56.
- Corazziari E, Badiali D, Bazzocchi G, et al. Long term efficacy, safety, and tolerability of low daily doses of isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution (PMF-100) in the treatment of functional chronic constipation. *Gut*. 2000;46:522-6.
- Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, et al. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol*. 2005;100 Suppl 1:S5-S21.
- Thomas J, Karver S, Cooney GA, et al. Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in advanced illness. *N Engl J Med*. 2008;358:2332-43