

LA STIPSI CRONICA
Annamaria Staiano
Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali
Università di Napoli "Federico II"

La stipsi cronica è un'entità clinica molto comune in età pediatrica. Studi epidemiologici riportano una prevalenza compresa tra 0.3-8% nella popolazione pediatrica generale. Il 3-5% delle visite ambulatoriali pediatriche e il 25-30% delle visite di gastroenterologia pediatrica sono dovute alla stipsi cronica (1).

Nel 90-95% dei casi si tratta di stipsi idiopatica o funzionale, soltanto nel 5-10% dei casi si tratta di stipsi organica (alterazioni anatomiche dell'ano, malformazioni delle strutture neuromuscolari intestinali, malattie endocrine e metaboliche, malattie neurologiche e neuromuscolari, effetti collaterali dei farmaci, etc) (1, 2).

La stipsi funzionale può iniziare in epoche precoci della vita in cui si verificano cambiamenti nella dieta, come ad esempio l'introduzione di latte vaccino, che può portare al passaggio di feci dure, l'introduzione di cibi solidi che cambiano la consistenza delle feci, o un episodio acuto quale la febbre, che conduce a problemi di disidratazione e a causa del riassorbimento di più fluidi dall'intestino, di indurimento delle feci (3). La ritenzione fecale spesso inizia anche nel periodo dell'educazione all'uso della toilette, in presenza di eccessiva pressione da parte dei genitori. Nei bambini più grandi, la stipsi può iniziare con l'inizio della scuola elementare, quando imparano a sopprimere lo stimolo della defecazione durante le lezioni. Tali condizioni possono determinare il passaggio di feci dure, causare fissurazioni anali e dolore nell'evacuazione, fattori che inducono il bambino a trattenersi, contraendo i muscoli glutei e del pavimento pelvico per ritardare l'evacuazione. Le feci trattenute diventano sempre più dure per il riassorbimento di altri liquidi; il retto comincia a dilatarsi perdendo la sua elasticità e la sensibilità rettale si riduce. Il bambino, pertanto, continua a trattenere le feci, innescando un circolo vizioso che determina il persistere della stipsi. Il 36-52% dei bambini con stipsi funzionale può presentare alterazioni dinamiche della defecazione o dissinergie pelviche: il fisiologico rilassamento dello sfintere anale esterno e dei muscoli del pavimento pelvico allo stimolo evacuativo è sostituito da una contrazione che ostacola la defecazione (4).

La stipsi cronica funzionale, secondo i criteri di Roma III, è definita da due o più delle seguenti caratteristiche per almeno un mese nei bambini fino a 4 anni o per almeno una volta a settimana nei due mesi precedenti, nei bambini di età superiore ai 4 anni: a) ridotta frequenza evacuativa (due o meno evacuazioni a settimana), b) almeno un episodio a settimana di incontinenza fecale dopo aver acquisito il controllo dell'alvo, c) storia di eccessivo atteggiamento di ritenzione di feci o di opposizione volontaria ad evacuare, d) storia di defecazioni dolorose o di feci dure, e) riscontro di grande massa fecale nel retto, f) storia di emissioni di feci di grandi dimensioni tali da poter ostruire il water. I sintomi associati possono includere l'irritabilità, la diminuzione dell'appetito e/o la sazietà precoce. Tali sintomi regrediscono immediatamente dopo l'evacuazione di feci di grosse dimensioni (5, 6).

La dischezia del lattante è caratterizzata dalla presenza, in un lattante di età inferiore a 6 mesi, di almeno 10 minuti di sforzo e pianto che precedono il passaggio di feci morbide, in assenza di altri problemi di salute. Secondo la classificazione dei Criteri di Roma III dei disordini funzionali nel lattante di età inferiore ad un anno, la stipsi cronica deve essere differenziata dalla dischezia, tipico disordine funzionale dei primi 6 mesi di vita (5).

La stipsi cronica funzionale nel bambino di età superiore ai 4 anni deve essere differenziata dalla incontinenza fecale non ritentiva. L'incontinenza fecale non ritentiva, in bambini con età non inferiore ai 4 anni, è caratterizzata da defecazioni in ambienti inappropriati al contesto sociale, almeno una volta al mese, in assenza di qualsiasi altra condizione patologica e di ritenzione fecale (7, 8).

La diagnosi di stipsi cronica funzionale è essenzialmente clinica; tutti i bambini stitici devono essere sottoposti ad un'anamnesi accurata e ad un attento esame obiettivo, comprendente l'esplorazione rettale, fondamentali per un corretto inquadramento diagnostico (8). All'anamnesi i quesiti da porre riguardano:

- l'emissione di meconio alla nascita,
- l'età di insorgenza del problema,
- le caratteristiche dell'alvo (frequenza evacuativa, grandezza e consistenza delle feci, presenza di incontinenza fecale),
- assunzione di posizioni antalgiche (posture ritentive),
- presenza di anomalie urinarie; l'enuresi è presente nel 34% dei bambini stitici, l'incontinenza urinaria diurna nel 29% dei casi, mentre le infezioni delle vie urinarie nel 10% delle bambine.

All'esame obiettivo sono importanti la palpazione dell'addome, per riconoscere masse addominali, l'ispezione perianale e perineale, per escludere la presenza di fissurazioni e ragadi perianali, l'esplorazione rettale, per verificare la presenza di feci in ampolla; ed infine la determinazione della sensibilità perianale, per escludere malattie neurologiche del midollo spinale.

Una normale emissione di meconio, un'insorgenza tardiva della stipsi, la presenza di feci di grosse dimensioni, episodi di incontinenza fecale, l'assunzione di posizioni antalgiche, la presenza di masse palpabili addominali e l'ampolla rettale piena di feci orientano verso una stipsi di tipo funzionale. In presenza di fattori di rischio per patologia organica, quali segni e sintomi clinici suggestivi e mancata risposta alla terapia convenzionale con rammollitori fecali, è opportuno effettuare una corretta diagnosi differenziale tra stipsi funzionale e stipsi organica. Un esordio precoce della stipsi con ritardato passaggio di meconio nelle prime 24-48 ore dopo la nascita, un'ampolla rettale vuota, frequenti episodi ostruttivi o subostuttivi, emissione di feci nastriformi, etc, sono tutte caratteristiche cliniche della stipsi organica (5, 9).

La gestione della stipsi è essenzialmente multifattoriale. Gli obiettivi del trattamento dei bambini affetti da stipsi sono: 1) ristabilire un pattern di defecazione regolare (caratterizzato da feci molli e defecazioni indolori), senza incontinenza fecale e 2) prevenire le ricadute. Secondo le nuove linee guida ESPGHAN-NASPGHAN, il trattamento della stipsi cronica in età pediatrica comprende 4 fasi: educazione, con demistificazione del problema e alleanza terapeutica; eliminazione dell'ingombro fecale per os o per via rettale; prevenzione del riaccumulo di feci, attraverso l'uso di rammollitori fecali (lattulosio, lattitolo, macrogole), associati ad un incremento dell'apporto di fibre nella dieta e ad un adeguato toilet training, ed, infine, uno stretto follow-up per la sospensione della terapia (11).

Sebbene queste misure terapeutiche risultino efficaci nella maggior parte dei pazienti con SC, un'alta percentuale di bambini stitici necessita di un trattamento prolungato. Infatti, dopo un anno di terapia, il 53% dei pazienti stitici continua a presentare sintomi di stipsi cronica ed il 51.6% continua a presentare stipsi nei successivi 5 anni. Inoltre, il 30% dei bambini stitici continua a presentare tale problema nella pubertà.

Bibliografia

1. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2011 Feb;25(1):3-18.
2. Mugie SM, Di Lorenzo C, Benninga MA. Constipation in childhood. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2011 Aug 2;8(9):502-11.
3. El-Hodhod MA, Younis NT, Zaitoun YA, Daoud SD. Cow's milk allergy related pediatric constipation: appropriate time of milk tolerance. *Pediatr Allergy Immunol.* 2010 Mar;21(2 Pt 2):e407-12.
4. Partin JC, Hamill SK, Fischel JE, Pastin JS. Painful defecation and fecal soiling in children. *Pediatrics* 1992;89:1007-9.

5. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA et al Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1519-26.
6. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1527-37.
7. Burgers R, Benninga MA. Functional nonretentive fecal incontinence in children: a frustrating and long-lasting clinical entity. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009 Apr;48 Suppl 2:S98-S100.
8. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Benninga MA. Constipation associated and nonretentive fecal incontinence in children and adolescents: an epidemiological survey in Sri Lanka. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010 Oct;51(4):472-6.
9. Boccia G, Coccorullo P and Staiano A. Novità in tema di diagnosi e terapia nella stipsi cronica. *Prospettive in Pediatria* 2003; 33:125-134.
10. Burgers R, Bonanno E, Madarena E et al. The care of constipated children in primary care in different countries. *Acta Paediatr*. 2012 Jun;101(6):677-80.
11. Tabbers MM1, DiLorenzo C, Berger MY et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014 Feb;58(2):258-74.