

MeB – Pagine Elettroniche

Volume III

Settembre 2000

numero 7

PROTOCOLLI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

La stipsi

Stefano Martellosi

RAZIONALE

La stipsi costituisce uno dei fenomeni più comuni in pediatria (3% dei bambini). In più del 90% dei casi si tratta di **stipsi funzionali** ("l'abitudine" a evacuazioni rare). Per questo motivo, a parte i rari casi di stipsi organica (individuabili il più delle volte già all'anamnesi), il problema che ci si pone è più frequentemente quello della terapia (e della modificazione dell'abitudine) rispetto a quello diagnostico.

IL PAZIENTE E LA DIAGNOSI

Il ritmo normale di evacuazioni giornaliere va da due al giorno (97° centile) a una ogni due giorni (3° centile), con una variabilità che dipende anche dall'età del bambino (2-5 scariche/die del neonato al seno, 2-3 evacuazioni nella prima infanzia, 1-2 nella seconda infanzia e adolescenza). Può essere quindi difficile (ed errato) fare diagnosi di stipsi basandosi solo sul numero di scariche giornaliere. Più corretto è parlare di stipsi come di *evacuazione difficile e/o incompleta* (non è raro che un bambino stitico scarichi ogni giorno piccole quantità di feci ma non svuoti mai completamente il retto), per cui andranno valorizzati la presenza di feci "dure" (caprine), le presenza di rare evacuazioni molto voluminose, di dolori addominali (la stipsi è una delle cause principali di dolori addominali ricorrenti), di dolore all'evacuazione e di riscontro di sangue nelle feci. Altri bambini possono addirittura presentare diarrea (diarrea paradossa); si tratta in questi casi di "diarrea da trabocco" (e il più delle volte coesiste encopresi), in questi casi si tratta quasi sempre di bambini della seconda infanzia e soprattutto adolescenti nei quali coesiste un atteggiamento isolazionista e di difficoltà alle relazioni sociali.

Formalizzata la diagnosi di stipsi andrà esclusa la presenza di **unastipsi organica**.

- I rari casi di **Morbo di Hirschprung** che sfuggono alla diagnosi pre o neonatale, e si tratterà dei casi corti o ultracorti nei quali il processo di migrazione cranio-caudale dei neuroni della cresta neurale allo spessore della parete intestinale è progredita fino ai settori più distali, retto-sigmoidei, il sospetto diagnostico nasce già dall'anamnesi (stipsi presente fin dai primi giorni di vita, episodi di subocclusione, crescita compromessa) e rafforzata dall'esame obiettivo (addome globoso, aspetto emaciato), anche senza esplorazione rettale che nei casi ultracorti non aiuta la diagnosi.

- **Leforme incomplete di stenosi anale** o la presenza di **fi-stole retto-cutanee nelle atresie rettali** possono anch'esse sfuggire alla nascita o nei primi giorni di vita. In questi casi le evacuazioni sono "difficili" fin dai primi giorni di vita, eventualmente aggravate con il cambio di alimentazione (passaggio dal latte materno alla formula o svezzamento): caratteristicamente il lattante al momento della defecazione diventa rosso-cianotico a volte sudato per lo sforzo che deve compiere all'atto della defecazione per superare l'ostacolo, le feci sono di tipo nastriforme o a "dentifricio", l'esplorazione rettale in caso di fistole dimostrerà un'orifizio anale senza plicatura anteriorizzato nel quale l'esplorazione rettale è impossibile, nel caso di stenosi anali o rettali il dito "sentirà" l'ostacolo come un cercine non superabile.
- Anche l'**ano anteriorizzato** è causa di stipsi a causa dell'angolo che si viene a formare tra retto e orifizio anale (l'orifizio anale si trova a metà circa tra il coccige e l'estremità posteriore del rafe scrotale nel maschio, più anteriormente nella femmina, ma comunque mai al di sotto dello 0,35 dell'intervallo tra la rima posteriore della vulva e il coccige), l'individuazione di questa condizione è importante perché indica la necessità di un trattamento medico deciso e a lungo termine della stipsi, mai per un approccio chirurgico.
- Infine come causa di stipsi organica, anche se non di natura anatomo-chirurgica, andranno identificati i casi secondari **aintolleranza alle proteine del latte vaccino**. Il meccanismo alla base della stipsi da IPLV è la presenza di una proctite infiammatoria eosinofila che provoca la contrazione dello sfintere anale e questa può essere visibile già all'esplorazione rettale come iperemia della cute perianale o arrossamento del canale anale visibile allargando l'orifizio anale. Andrà sospettata principalmente nel primo anno di vita, se coesistono sintomi di IPLV associati (eczema) o se c'è familiarità atopica e in questi casi una dieta senza proteine del latte vaccino potrà essere proposta, come ex adiuvantibus anche in prima battuta; nei bambini oltre l'anno di vita una dieta senza proteine del latte vaccino andrà proposta solo dopo il fallimento di un accurato programma terapeutico "standard".

Lastipsi funzionale è l'espressione di un difettoso rilasciamento della muscolatura del pavimento pelvico e dello sfintere anale interno (IAS) al momento dell'arrivo del bolo fecale nel retto e della contemporanea contrazione del torchio addominale; si arriva a questa dissinergia attraverso "l'abitudine a trattenere", qualunque sia la causa. Questa può essere talvolta individuata in fattori organici (come un ano anteroposto), in problemi transitori che rendano la defecazione difficoltosa (una ragade anale, una ipersensibilità alle proteine del latte vaccino). Più frequentemente però la stipsi funzionale nasce da fattori non organici, come un evento che abbia determinato una stipsi occasionale (malattia banale con allettamento), una situazione sociale che renda la defecazione problematica

(un viaggio, una scarsa accessibilità al gabinetto), una educazione al vasino intempestiva ed eccessivamente coercitiva. In ogni caso le feci vengano trattenute, una volta o d'abitudine, si contrae un debito (ritenzione di un fecaloma) che è difficile pagare (la defecazione sarà sempre più faticosa e dolorosa) e che quindi si tende a rimandare: stipsi chiama stipsi. L'esasperazione del circolo vizioso della stipsi porta all'encopresi (perdita involontaria di feci) quando il meccanismo del contenimento fecale "non ce la fa più" e provoca una perdita di feci involontaria da "overflow", ovvero un'incontinenza paradossale (bambini che sporcano le mutandine). Questa situazione limite della stipsi ostinata, non così rara, provoca gravi disagi al bambino che tende ad isolarsi e a non partecipare alle normali attività sociali, per il grave problema che lo affligge (è sempre sporco e con il "puzzo"), con quadri di vera depressione e isolamento. Il cardine della terapia sarà quindi quello di rompere il circolo vizioso della stipsi, questo si ottiene: - rimuovendo per primo l'ostacolo meccanico che mantiene la stipsi (fecaloma o impatto fecale) - rimuovendo i meccanismi alla base (se ci sono) come la presenza di una ragade anale o l'IPLV - prevenendo la formazione di un nuovo accumulo fecale mantenendo le feci "morbide" - insegnando il bambino a normali abitudini evacuative ("toilet-training").

Gli esami per la conferma e per l'approfondimento diagnostico della stipsi organica sono relativamente semplici (diretta dell'addome, clisma opaco), importante è la loro corretta interpretazione, per cui è consigliabile, nel caso di sospetto clinico, che vengano eseguiti in un centro con esperienza nel campo della gastroenterologia pediatrica.

Ladiretta dell'addome è utile non solo per confermare la presenza di un megacolon, ma anche per la valutazione del grado di impatto fecale e con la tecnica, dell'invertogramma (radiografia eseguita con il paziente a testa in giù) anche di individuare la localizzazione di una atresia anale.

Iclisma opaco (eseguito inizialmente anche senza pulizia) eseguito introducendo per un cm oltre la rima anale il sondino attraverso il quale viene introdotto bario al 30% in acqua è in grado di visualizzare la "coda di topo" del megacolon agangiare, ma possono sfuggire i casi di megacolon ultracorti o i casi di acalasia anale; in questi casi l'esame più appropriato è la **manometria anorettale** che dimostra caratteristicamente l'assenza del riflesso di inibizione anale (RIA) mediato dallo sfintere interno. La diagnosi conclusiva deve passare attraverso l'esecuzione di una **biopsia rettale** a tutto spessore.

PROTOCOLLO

BAMBINO DEL PRIMO ANNO

La stipsi non è comune, andrà sempre sospettata una causa organica (megacolon agangiare, atresia) o un'intolleranza alle proteine del latte vaccino (presenza di eczema, familiarità, ano arrossato). Si tratta comunemente di lattanti al poppatoio, se al seno sospettare più fortemente una causa organica, l'anno andrà sempre e comunque ispezionato, una delicata esplorazione rettale (utilizzando il mignolo) dovrà essere fatta se

la stipsi è severa e presente dalla nascita o se le feci sono di morfologia particolare (nastriformi o a "dentifricio"). L'intervento non dovrà essere invasivo: sarà possibile iniziare utilizzando sistematicamente uno stimolo meccanico (*supposta di glicerina*) in grado di aiutare il rilasciamento dello sfintere esterno, non attendere molto, se questo primo semplice intervento non ripristina un normale ciclo di evacuazioni, per utilizzare dei *"rammollitori" fecali* (lattuloso, lattilolo, -0,5 g/kg fino ad un massimo di 1g/kg- o anche aggiunta di malto destrine). Allo svezzamento andrà raccomandato di introdurre precocemente il passato di verdure (senza passare attraverso il brodo) e di utilizzare *alimenti non molto "raffinati"* (farine integrali del commercio, frullati di frutta casalinghi). Nei casi più resistenti potrà essere utilizzata *lacidapride* (0,8 mg/kg/die) che si è dimostrata utile nel trattamento della stipsi severa (aumento della motilità colica, riduzione del tempo di transito, riduzione del tono dello sfintere anale interno). Sempre legittimo a questa età una settimana di prova di eliminazione delle proteine del latte vaccino dalla dieta (se il lattante è al poppatoio o svezzato).

BAMBINO DELL'ETÀ PRESCOLARE

E' l'età più tipica dell'instaurarsi della stipsi funzionale, quando i meccanismi di controllo "sociale" della defecazione si formano, i problemi malformativi sono a questa età rarissimi e se presenti hanno sicuramente influito in modo molto forte sulla crescita del bambino (malnutrizione, addome notevolmente meteorico, crisi subocclusive). In questa età andrà come prima cosa interrotto il circolo vizioso dolore-ritenzione-dolore, *trattando le ragadi* se presenti (pomate emollienti o con anestetici locali, pulizia e asciugatura dolce dell'orifizio anale dopo ogni defecazione), procedendo ad un *disimpatto* non invasivo (microclisma di glicerina seguito da 200-500 cc di soluzione fisiologica in due somministrazioni), impedendo la formazione di un nuovo impatto fecale sia con l'utilizzo dei *rammollitori fecali* per lunghi periodi (3-6 mesi, spiegando alla famiglia l'innocuità di questi preparati e anche la necessità di un lungo periodo di risoluzione del problema per ripristinare il normale ciclo di defecazione, a fronte della "pericolosità" di una stipsi cronica) sia con l'esecuzione di *microclismi di glicerina* in caso di mancato emissione di feci dopo 48 ore. Quest'ultima indicazione, necessaria se effettivamente il bambino è a rischio di un nuovo impatto fecale, deve essere data con prudenza, per limitare al minimo le manovre invasive sull'orifizio anale che in qualche modo rinforzano l'attenzione che il bambino ha sul suo "culetto", è meglio utilizzare per questo da subito i rammollitori fecali a dosaggi anche appropriati (0,5g/kg) e consigliando da subito i genitori di aumentare i dosaggi (fino a 1 g/kg) in caso di insuccesso. Andranno inoltre spiegate alla famiglia le cause della stipsi e offerti i consigli per la modificazione delle abitudini alimentari consigliando una *dieta ricca di fibre* (passati di verdure, frullati di frutta, cibi integrali o anche integratori di fibre tipo AllBran) e del toilet-training: non forzare l'educazione al vasino, anzi rimandare alla risoluzione del problema; se il bambino non porta già più il pannolino consigliare il vasino piuttosto che il water in modo che i piedi appoggino bene per terra con le gambette divaricate (in modo da facilitare l'a-

zione del torchio addominale); per i bambini più grandicelli possono essere utilizzati i riduttori per la tazza del water ed uno sgabello per appoggiare i piedi. Inoltre il bambino dovrà andare al gabinetto dopo il pasto (sfruttando il riflesso gastrocolico), sempre al mattino dopo colazione, con "sedute" non superiori ai dieci minuti. Potranno essere utilizzati come rinforzo le *lodi* (o *i premi*), mentre i rimproveri devono essere aboliti. Anche in questi casi potrà essere utilizzata la *cisapride* (0,8 mg/kg/die), mentre non è utile a questa età intervenire con il bio-feedback, ma solo attendere (dopo aver rotto il circolo vizioso) con pazienza la naturale acquisizione della competenza sinteriale (messa in crisi), per questo andrà ribadita l'importanza di un trattamento a lungo termine (tre-sei mesi) e programmati dei controlli ambulatoriali.

BAMBINO DELL'ETÀ SCOLARE

E' questa l'età in cui la stipsi crea maggiori problemi, anche perché si associa più frequentemente ad encopresi. A questa età praticamente non esiste il problema della diagnosi differenziale tra stipsi organica e funzionale ed il problema vero sarà quello di diagnosticare la stipsi (a questa età il controllo dei genitori sulla funzione defecatoria praticamente e giustamente non esiste più e la diagnosi è il più delle volte tardiva) e quello di instaurare un programma terapeutico assieme al bambino o ragazzo. I passi terapeutici sono a grandi linee quelli elencati già per il bambino dell'età scolare (disimpatto, prevenzione delle ricadute, toilet training) ma a questa età si può provare anche un programma di *biofeedback* ambulatoriale semplice. L'impatto fecale a questa età è più importante e resistente rispetto alle età precedenti, difficilmente un programma di clisteri evacuativi potrà risolvere il problema, questi possono essere provati (programmando tre-quattro giorni di clisteri evacuativi) se la stipsi non è severa o se non coesiste encopresi. Una palpazione dell'addome accurata alla ricerca di impatto fecale importante (nelle stipsi severe si palpa una grossa massa in fossa iliaca sinistra che "risale" lungo il colon) e un'esplorazione rettale per verificare quanto consistenti siano le feci è sempre opportuna, l'esplorazione rettale servirà anche ad instaurare il programma di biofeedback.

Se ci sono dei dubbi sulla severità della stipsi (cioè sul grado di impatto fecale) sarà utile eseguire una diretta dell'addome e se questa o già la clinica (massa addominale, encopresi) confermano la presenza di una stipsi severa dovrà innanzitutto essere programmato un corretto programma di *disimpatto fecale*. Questa prima valutazione è indispensabile per un corretto programma terapeutico, anche perché l'adolescente è poco disposto a collaborare ed un iniziale insuccesso potrebbe "minare" dall'inizio la fiducia che deve accordarci per affrontare il problema (che il più delle volte sarà già stato affrontato). Io consiglio in casi di encopresi e di stipsi severa di iniziare con un disimpatto manuale eseguito in sedazione (sconsiglio i brutali disimpatti manuali "a vivo") e nel caso questo non sia possibile di utilizzare sostanza ad effetto osmotico con sali e macromolecole (Isocolan ad esempio a 15-20 cc/kg/ora fino ad ottenere feci liquide), che però è difficile da assumere (molte volte è necessario ospedalizzare il paziente per somministrare il prodotto tramite sondino naso-gastrico)

e non esente da effetti collaterali (disidratazione o dilatazione addominale se il fecaloma non riesce ad essere eliminato) ed è per quest'ultimo motivo che dovrebbe essere eliminato prima almeno il fecaloma rettale.

Dovranno chiaramente sempre essere utilizzati i *rammolitori fecali* a volte preceduti da un breve periodo di lassativi "irritanti" (pissosulfato sodico=Guttalax 2-5 gtt/die) per i primi 10-15 giorni, per evitare i clismi giornalieri (che non sempre a questa età sono graditi. Il programma di toilet-training andrà ben discusso con il ragazzo spiegando i meccanismi alla base della stitichezza, rafforzando il concetto della necessità di un periodo di rieducazione (del retto dilatato e divenuto contenitore) al gabinetto (le sedute postprandiali) e soprattutto la necessità di non trattenere e di evacuare ogniquale volta si senta lo stimolo; può essere utile in caso di adolescenti parlare al ragazzo da soli. Il biofeedback ambulatoriale è un sistema molto più semplice di quanto si possa credere, che consente al paziente grandicello di visualizzare l'errore che fa durante la defecazione, cioè il mancato rilasciamento dello sfintere anale durante la contrazione del torchio addominale. Questo può essere fatto molto semplicemente in ambulatorio durante l'esplorazione rettale, quando si può insegnare al bambino a spingere (il dito introdotto nel canale anale) senza stringere. Per ultimo un consiglio nei casi di ragadi anali molto resistenti al trattamento: oltre all'uso dei rammolitori fecali (con feci dure le ragadi non guariranno mai) e l'uso di prodotti a base di emollienti e anestetici locali possiamo oggi utilizzare un trattamento molto efficace. Si tratta di *pomata alla trinitroglicerina* (allo 0,2%) che spalmata sull'orifizio anale si è dimostrata in grado di risolvere le ragadi e le fissurazioni anali nei due terzi dei soggetti con stipsi cronica e, di conseguenza, di risolvere la stipsi stessa. Il meccanismo è quello della risoluzione dello spasmo muscolare e della contemporanea rivascolarizzazione della lesione fissurante; il trattamento è efficace anche nel lungo termine e può comunque essere ripetuto. Da tener presente che può provocare cefalea.