

# STIPSI

## Cosa è?

La stipsi nel bambino è un problema di frequente riscontro, in grado di causare malessere e compromissione della qualità della vita sia nel piccolo paziente che nella famiglia.

La prevalenza del fenomeno nella popolazione pediatrica oscilla tra il 5 ed il 30%, giungendo a rappresentare il motivo alla base del 3 - 5% di tutte le visite pediatriche e del 25% delle visite dallo specialista gastroenterologo e/o chirurgo pediatra. Comunemente il criterio ritenuto cardine per diagnosticare la stipsi è rappresentato dalla riduzione della frequenza evacuativa; occorre, pertanto, tener a mente le variazioni della frequenza media delle evacuazioni giornaliere in funzione dell'età, definite dalla Società Nord Americana di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica (NASPGHAN), ai fini di non sovra/sotto-stimare tale sintomo (Tabella 1).

**Tabella 1.** Frequenza media delle evacuazioni in funzione dell'età

0 - 6 mesi: 2.9 evacuazioni/die	6 - 12 mesi: 1.8 evacuazioni/die
1 - 3 anni: 1.4 evacuazioni/die	> 3 anni: 1.0 evacuazioni/die

Più spesso, per il paziente prevalgono gli aspetti qualitativi, quali l'eccessivo sforzo evacuativo, le feci di consistenza aumentata, il discomfort con sensazione di svuotamento incompleto, etc.. Da un punto di vista eziologico, è possibile distinguere due grandi categorie di stipsi: la forma funzionale/idiopatica (~ 95%), tipicamente cronica, definita secondo i Criteri di Roma III (Tabella 2) e la forma organica (~ 5%), secondaria cioè ad una causa sottostante (Tabella 3).

**Tabella 2.** Criteri di ROMA III per la diagnosi di stipsi cronica funzionale

**Presenza per almeno 3 mesi nell'arco degli ultimi 6 mesi di:**

- ≥ 2 dei seguenti disturbi:
  - < 3 evacuazioni/settimana;
  - feci dure o aride in almeno il 25% delle scariche;
  - difficoltà ad evacuare in almeno il 25% delle scariche;
  - sensazione di svuotamento incompleto in almeno il 25% delle scariche;
  - senso di ostruzione o blocco ano-rettale in almeno il 25% delle scariche;
  - necessità di manovre per facilitare l'evacuazione (manipolazione digitale, etc..).
- Feci molli rare se non in caso di uso di lassativi;
- Criteri incompleti per la diagnosi di Sindrome dell'Intestino Irritabile.

**Tabella 3.** Cause di stipsi organica

<b>Cause endocrino-metaboliche:</b> ipotiroidismo, ipercalcemia, ipokaliemia, neuropatia da diabete mellito, etc..	<b>Farmaci:</b> oppioidi, barbiturici, antiacidi, sucralfato, ferro, etc..
<b>Cause gastrointestinali:</b> - mediche celiachia, fibrosi cistica (con ileo da meconio nel neonato), etc; - chirurgiche/ostruttive atresia intestinale, malformazioni ano-rettali, patologie anali algogene (ragadi, fistole, emorroidi, etc..), massa addominale, etc.	<b>Cause neurologiche-muscolari:</b> patologia ischemica o traumatica cerebro-midollare, spina bifida, malattie degenerative, disautonomia familiare o acquisita, miopatie, malattia di Hirschsprung, etc..
<b>Cause dietetico-nutrizionali/stile di vita:</b> intolleranza alle proteine del latte vaccino, anoressia, etc..	<b>Altro:</b> intossicazione da metalli pesanti, intossicazione da Vitamina D, sindrome di Down, sindrome di Prune-Belly, maltrattamento e abuso, etc..

**Come si presenta:**

Un bimbo con stipsi potrà giungere alla nostra osservazione con differenti modalità di presentazione: inappetenza, discomfort/dolore addominale, soiling (ovvero emissione involontaria nelle mutandine di modeste quantità di feci liquide o semiliquide per overflow), prurito-bruciore-dolore in sede peri-anoale, sanguinamento correlato all'evacuazione di feci (generalmente di consistenza aumentata, dure o caprine), e diversi altri quadri (vedi sezioni anamnesi-esame obiettivo). La diagnosi di stipsi è essenzialmente clinica, per cui, di fronte ai suddetti quadri clinici, il Pediatra dovrà intraprendere un'approfondita anamnesi ed un esame obiettivo accurato, comprensivo di esplorazione rettale, al fine non solo di definire la presenza o meno della stipsi, ma anche di identificare l'eventuale presenza di sintomi e/o segni d'allarme che possano orientarci verso una forma di stipsi secondaria. Solamente in quest'ultimo caso, infatti, sarebbero giustificati approfondimenti laboratoristico-strumentali, altrimenti non necessari di fronte al paziente stitico.

**Anamnesi:**

Secondo le raccomandazioni delle Linee Guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE) del 2010, al momento dell'anamnesi è indicato:

1. porre i giusti quesiti per definire correttamente la stipsi, raccogliendo informazioni circa: il "pattern" di evacuazione, sintomi associati all'evacuazione e la storia del paziente (**Tabella 4**).
2. escludere anamnesticamente la presenza di quei red flags che possano far sospettare una causa organica sottostante il sintomo stipsi, sebbene oltre il 95% dei casi sia da attribuire alle forme di stipsi funzionale (**Tabella 5**).

**Esame obiettivo:**

Secondo le raccomandazioni delle Linee Guida NICE, l'esame obiettivo dovrebbe essere accurato e comprendere:

- una valutazione locale, consistente in:
  - esame obiettivo addominale (ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione) mirato a valutare trattabilità, dolorabilità, presenza di feci dure palpabili, eventuale distensione addominale, meteorismo, peristalsi (vivace/torpida/assente);
  - esame del perineo e della zona perianale che consenta di identificare eventuali fissurazioni-ragadi-fistole o malformazioni ano-rettali;
  - esplorazione rettale finalizzata a valutare il tono ed il

**Tabella 4.** Anamnesi-Fase 1: Definire la STIPSI

<b>Patterns di evacuazione</b>	- frequenza di evacuazioni complete (feci di tipo 3 o 4 della scala di Bristol <sup>®</sup> ) < 3 volte/settimana; - emissione di feci dure o caprine (feci di tipo 1 della scala di Bristol <sup>®</sup> ); - emissione di feci tanto voluminose da ostruire il water; - overflow soiling.
<b>Sintomi associati</b>	- sforzo evacuativo/dolore all'evacuazione; - dolore addominale (che migliora in seguito all'evacuazione); - sanguinamento associato all'evacuazione di feci dure o caprine; - dolore in sede anale; - posture ritentive; - inappetenza (che migliora in seguito all'evacuazione).
<b>Storia del paziente</b>	- storia conosciuta di stipsi; - storia di fissurazioni anali.

**Tabella 5.** Anamnesi - Fase 2: Identificare RED FLAGS.

	<b>STIPSI FUNZIONALE</b>	<b>STIPSI ORGANICA</b>
<b>TEMPISTICA/ MODALITÀ D'INSORGENZA</b>	- insorta dopo alcune settimane di vita - fattori precipitanti la stipsi identificabili (scarso intake calorico e/o di fluidi, cambiamenti nella dieta, cambiamenti nell'ambiente familiare, infezioni, etc..).	- insorta al momento della nascita o nella prima settimana di vita; - esordio acuto.
<b>PASSAGGIO DEL MECONIO</b>	- normale emissione di meconio.	- mancata o ritardata (oltre le 48 ore di vita) emissione di meconio.
<b>CARATTERISTICHE DELLE FECI</b>	-	- feci nastriformi.
<b>VOMITO</b>	- no.	- si.
<b>PRESENZA DI SANGUE FRAMMISTO A FECI</b>	- no.	- si.
<b>STATO DI SALUTE GENERALE/ ACCRESCIMENTO STATURO-PONDERALE</b>	- normale accrescimento staturo-ponderale; - condizioni generali del bambino buone.	- perdita di peso o scarso accrescimento; - malessere generale o altri sintomi di patologia sistemica o d'organo, o sospetto d'abuso.

rilasciamento dello sfintere anale, le dimensioni del retto, la presenza o meno di feci dure e/o sangue nel retto.

- una valutazione generale del bambino che contempli la ricerca di tutti i segni di forme secondarie ed una valutazione neurologica accurata, nell'ambito della quale va ispezionata la regione lombo-sacrale per evidenziare eventuale approfondimento della fossetta pilonidale o ciuffetti di peli sovrastanti (indice di spina bifida occulta).

#### Quali esami di laboratorio e strumentali fare:

Gli esami di laboratorio e strumentali non sono raccomandati nell'ambito della gestione della stipsi. Solamente nel caso in cui si sospetti una forma secondaria (in presenza di red flags o per mancata risposta alla terapia convenzionale, in un paziente già in trattamento per stipsi conosciuta) possono essere presi in considerazione alcuni esami, tra cui:

- sierologia per la celiachia, valutazione della funzionalità tiroidea, elettroliti sierici soprattutto in presenza di accrescimento staturo-ponderale problematico;
- Radiografia diretta dell'addome\*;
- Ecografia dell'addome\*;
- Studio del Transito Intestinale\*;

\*da considerarsi solo nel management di stipsi cronica intrattabile, su indicazione dello specialista.

- Manometria ano-rettale\*;
- Biopsia rettale\*.

\*da considerarsi solo nel sospetto di una Malattia di Hirschprung (esordio nella prima settimana di vita, rallentate emissione di meconio, feci nastriformi, ampolla rettale vuota, etc) su indicazione dello specialista.

Non trovano, infine, indicazione nella diagnosi di stipsi gli esami endoscopici.

#### Come trattarlo in PS:

Di fronte ad un bambino giunto ad osservazione per stipsi, il Pronto Soccorso non sarà il luogo dove intervenire terapeutamente. Al medico di PS spetterà il compito di definire la presenza o meno di ingombro fecale (fecaloma), valutando la presenza di massa fecale dura palpabile in addome o all'esplorazione rettale e/o di overflow soiling.

Il piccolo potrà essere, dunque, inviato a domicilio con una serie di consigli e raccomandazioni, ai fini di eliminare l'ingombro fecale, se presente, e prevenire il riaccumulo di feci, con un trattamento medico a lungo termine, nonché adesione a particolari norme sullo stile di vita.

#### Quali sono le indicazioni al ricovero:

Non vi sono indicazioni al ricovero, in caso di stipsi cronica idiopatica. Quando, però, sussista un sospetto fondato di causa organica, bisognerebbe considerare la discussione, con un gastroenterologo pediatrico e/o un chirurgo pediatrico e valutare l'opzione del ricovero di caso in caso.

#### Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

- Rimozione dell'ingombro fecale (**DISIMPATTO**).

Nel caso in cui alla valutazione medica venga identificato ingombro

fecale, la rimozione dello stesso dovrà sempre precedere il trattamento a lungo termine. Il disimpatto potrà avvenire per via orale o per via rettale. Tutti i pazienti che intraprendano una terapia di DISIMPATTO dovrebbero essere rivalutati dal curante ad 1 settimana dall'inizio della terapia e nel corso della stessa, per eventuali aggiustamenti.

Il **DISIMPATTO PER VIA ORALE** prevede l'assunzione di una soluzione idroelettrolitica contenente Polietilenglicolo (PEG), considerata il trattamento di prima scelta secondo le linee guida NICE (**Tabella 6**). Sotto i 6 mesi può essere utile, invece, considerare in prima istanza l'impiego del lattulosio (diuretico osmotico) (**Tabella 7**).

In definitiva, le raccomandazioni NICE propongono:

- dosi crescenti di soluzione PEG 3350 + elettroliti come 1 linea;
- in caso di mancato disimpatto fecale entro 2 settimane dall'inizio del trattamento orale con soluzione PEG 3350 + elettroliti, referral presso lo specialista gastroenterologo pediatra, per eventuale aggiunta di un lassativo stimolante (es. bisacodile, senna, etc.);
- nel caso in cui l'assunzione orale di soluzione PEG 3350 + elettroliti sia mal tollerata, referral presso lo specialista gastroenterologo pediatra per introduzione di un lassativo stimolante, da solo o in combinazione con il lattulosio (lassativo osmotico);

Occorre, infine, informare la famiglia della possibilità che il trattamento orale per il disimpatto possa aggravare la sintomatologia, causando distensione addominale, dolori crampiformi, diarrea, etc..

Sebbene secondo le raccomandazioni inglesi sia da considerarsi solo quando quello per via orale abbia fallito, in Italia, il **DISIMPATTO PER VIA RETTALE** viene spesso utilizzato come primo step nell'ottenimento dello svuotamento rettale distale, in quanto metodo rapido ed efficace. Esso può essere ottenuto mediante:

- supposte di glicerina nel lattante (< 12 mesi);
- clisteri evacuativi o enteroclistmi nel bambino e nell'adolescente, da eseguire 1 volta al giorno per 3-7 giorni; la composizione del clistere, da indicare ai genitori, ed alcuni consigli pratici sull'esecuzione, sono riportati in **Tabella 8 (Tabella 8)**.

L'utilizzo in cronico di metodi per il disimpatto per via rettale è fortemente sconsigliato per la possibile insorgenza di complicanze locali (es. ragadi anali).

- Prevenzione del riaccumulo di feci (**TERAPIA DI MANTENIMENTO**):

La terapia di mantenimento, per la prevenzione dell'accumulo di feci, è indicata come prima linea nel caso in cui alla valutazione medica non venga riscontrato ingombro fecale. Nel caso contrario, è indicato intraprendere la terapia di mantenimento quanto prima possibile, vale a dire non appena il paziente sia disimpattato. Anche per il mantenimento, la

**Tabella 6.** Disimpatto per via orale con soluzione PEG + elettroliti: regimi secondo le raccomandazioni NICE.

V

<b>PEG 3350 + elettroliti (es. Movicol)</b>	<p><b>Formula pediatrica* (&lt; 12 anni):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; 1 anno*: ½-1 bustina/die</li> <li>- 1-5 anni*: 2 bustine/die il 1° giorno, poi 4 bustine/die il 2° e 3° giorno, poi 6 bustine/die il 4° e 5° giorno, poi 8 bustine/die</li> <li>- 5-12 anni: 4 bustine/die il 1° giorno, poi si incrementa di 2 bustine/die fino ad un massimo di 12 bustine</li> </ul> <p><b>Formula per adulti (&gt; 12 anni):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 12-18 anni: 4 bustine/die il 1° giorno, poi si incrementa di 2 bustine/die fino ad un massimo di 8 bustine</li> </ul>
---	---

\*Movicol Bambini Senza Aroma è una soluzione PEG 3350 + elettroliti disponibile nei bambini al di sotto dei 12 anni. La somministrazione non è però raccomandata per il disimpatto fecale nei bambini al di sotto dei 5 anni, fascia d'età per la quale è, quindi, necessaria una discussione multi-disciplinare con lo specialista gastroenterologo ed eventualmente ottenere il consenso informato dei genitori. Ogni bustina in ¼ di bicchiere a pari a 62.5 ml.

**Tabella 7.** Dosaggio d'impiego del Lattulosio.

V

LASSATIVI OSMOTICI	
<b>Lattulosio</b>	<p><b>&lt; 1 anno:</b> 2.5 ml/die</p> <p><b>1-5 anni:</b> 2.5-10.5 ml/die*</p> <p><b>5-18 anni:</b> 5-20 ml/die*</p> <p>*da aggiustare in base al raggiungimento del target terapeutico</p>

**Tabella 8.** Consigli pratici per l'esecuzione di clisteri evacuativi o enteroclistmi.

V

Clisteri Evacuativi o Enteroclistmi costituiti da:  
**SOLUZIONE FIOLOGICA TIEPIDA** (10ml/kg/dose)  
 +  
**OLIO DI VASELLINA**  
 (3 ml/kg/dose o più praticamente 1 cucchiaino ogni 10 ml di SF)  
 1 volta al giorno x 3-7 giorni

prima scelta è rappresentata da soluzione PEG 3350 + elettroliti, di cui andrà stabilita, tramite aggiustamenti del dosaggio in funzione dei sintomi e della risposta, la dose efficace, vale a dire quella che consenta l'evacuazione 1 - 2 volte al giorno di feci morbide (**Tabella 10**). Una volta stabilita la dose efficace, che come linea generale corrisponderà alla metà della dose utile per il disimpatto, la somministrazione andrà

proseguita per almeno 3 - 6 mesi, senza interruzioni.

Le raccomandazioni NICE propongono ulteriormente:

- l'eventuale aggiunta di un lassativo stimolante (es. sodio picosolfato, bisacodile, etc..) al trattamento con soluzione PEG 3350 + elettroliti, in caso di mancata risposta (referral presso lo specialista gastroenterologo pediatra);
- nel caso in cui l'assunzione orale di soluzione PEG 3350 + elettroliti sia mal tollerata, introduzione di un lassativo stimolante, da solo o in combinazione con il lattulosio (referral presso lo specialista gastroenterologo pediatra);

È opportuno, infine, informare la famiglia della necessità di far rivalutare il bambino nel corso del mantenimento, anche per decidere quando sospendere il trattamento, che non andrà mai interrotto bruscamente, ma sempre gradualmente.

#### • MODIFICHE DELLA DIETA E DELLO STILE DI VITA:

È raccomandato, infine, informare i genitori circa l'utilità di:

- **TOILET TRAINING** vale a dire incoraggiare il bambino a sedersi sul vasino o sulla tazza ad un orario fisso (preferibilmente 2 volte al giorno, dopo i pasti principali, per sfruttare il riflesso gastro-colico), per un tempo medio di 7 minuti (non meno di 5 e non oltre i 10 minuti).
- **ADEGUATO APPORTO DI LIQUIDI**, in quanto lo scarso intake di fluidi per os è una delle più frequenti cause di stipsi cronica;
- **ADEGUATO APPORTO DI FIBRE** (frutta, verdura, cereali, etc..) sebbene il ruolo della supplementazione di fibre in età pediatrica sia ancora controverso ed avrebbe una efficacia limitata nel migliorare la stipsi;
- **ATTIVITÀ FISICA REGOLARE** che stimoli il transito intestinale.

**Tab10.** Terapia di mantenimento con soluzione PEG + elettroliti: raccomandazioni NICE.

<b>PEG 3350 + elettroliti (es. Movicol)</b>	<p><b>Formula pediatrica* (&lt; 12 anni):</b>  <b>&lt; 1 anno*:</b> ½-1 bustina/die  <b>1-6 anni*:</b> da 1 bustina/die ad un massimo di 4 bustine/die<sup>§</sup>  <b>6-12 anni:</b> da 2 bustine/die ad un massimo di 4 bustine/die<sup>§</sup>  <b>Formula per adulti (&gt; 12 anni):</b>  <b>12-18 anni:</b> da 1 bustina/die ad un massimo di 3 bustine/die<sup>§</sup></p>
---	--

\*Movicol Bambini Senza Aroma è una soluzione PEG 3350 + elettroliti disponibile nei bambini al di sotto dei 12 anni. La somministrazione non è però raccomandata per la terapia di mantenimento della stipsi cronica nei bambini al di sotto dei 2 anni, fascia d'età per la quale è, quindi, necessaria una discussione multi-disciplinare con lo specialista gastroenterologo ed eventualmente ottenere il consenso informato dei genitori.

§- La dose potrà essere aggiustata in base al raggiungimento del target terapeutico, rappresentato dall'emissione di feci morbide, 1-2 volte al giorno.

## BIBLIOGRAFIA

1. Constipation Guideline Committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2006;43:e1-13.
2. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Am J Gastroenterol. 2006;101:2401.
3. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology 2006; 130:1519.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Constipation: the diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. 2010. www.nice.org.uk/CG099.
5. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology 2006; 130:1527.