



# La stipsi



La stipsi costituisce uno dei fenomeni più comuni in pediatria (3% dei bambini). La stipsi può essere definita come una modificazione della frequenza delle evacuazioni, delle dimensioni e della consistenza delle feci e della modalità della defecazione. Pertanto, **sarà definito stitico** il bambino il cui alvo è caratterizzato da **fece di consistenza molto solida** per una diminuzione del loro contenuto idrico o che presenta **una frequenza di evacuazioni spontanee inferiore a tre per settimana**. Inoltre, è considerato stitico il bambino che, pur evacuando quotidianamente, riferisce una **defecazione dolorosa** per una aumentata consistenza delle feci da riduzione del loro contenuto idrico. Inoltre, si definiscono **moderatamente stitici** i bambini con storia saltuaria di feci voluminose, pur con evacuazioni quotidiane, soprattutto entro i 4 anni di vita.

Può essere quindi difficile (ed errato) fare diagnosi di stipsi basandosi solo sul numero di scariche giornaliere. Alcuni bambini, infatti, possono addirittura presentare diarrea (diarrea paradossa); si tratta in questi casi di "diarrea da trabocco" (e il più delle volte coesiste encopresi cioè perdita involontaria di feci), 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.

## Frequenza delle evacuazioni ed età

La frequenza normale delle evacuazioni emesse quotidianamente è in relazione all'età del soggetto e al tipo di alimentazione seguito. Normalmente, infatti, in epoca neonatale l'alvo si presenta caratterizzato da 2-5 evacuazioni al giorno (4 al giorno nella prima settimana di vita) con feci tendenzialmente morbide; la frequenza delle evacuazioni generalmente diminuisce con la crescita del bambino con una media di 1,7 evacuazioni al giorno intorno ai 2 anni e di 1,2 al giorno intorno ai 4 anni e con una consistenza di tipo pastoso-omogeneo (vedi tabella sottostante).

I pannolini da cambiare diminuiscono con gli anni					
età	frequenza di emissione delle feci (percentile)				
	3°	10°	50°	90°	97°
5 giorni-1 mese	0,9	1,3	2,7	5,1	6,0
1-5 mesi	0,6	1	1,8	2,6	4,4
5-12 mesi	0,8	1,1	1,8	2,8	3,8
1-4 anni	0,6	0,8	1,4	2,2	2,9

Dopo i 4 anni la frequenza delle evacuazioni tende a rimanere stabile intorno ad 1-2 al giorno e la consistenza diviene decisamente solida

## Cause della stipsi

Si distinguono una stipsi funzionale e una organica:

- funzionale: è legata a fattori psicogeni, ambientali e dietetici che causano lievi turbe motorie della regione anorettale;
- organica: è conseguenza di malformazioni locali; oppure associata a disturbi ormonali, neurologici e muscolari sistemici; oppure sintomo predominante della malattia di Hirschprung.

In questa sede ci limiteremo a parlare della sola stipsi funzionale.

In base all'età di comparsa possiamo distinguere

### 1) La stipsi nel lattante

Considerando i quadri più frequenti, è possibile ipotizzare che il lattante abbia difficoltà nell'emissione di feci per i seguenti motivi:

- assunzione di latte artificiale;
- immaturità della funzione di svuotamento colico (anche nei bambini allattati al seno) per la riduzione, intorno alla fine del 1° mese, del riflesso gastro-enterico (cioè quel riflesso, già presente nella vita endouterina, per cui ogni volta che lo stomaco si riempie, l'intestino colon si svuota);
- intolleranza alle proteine del latte vaccino.

Per controllare la stipsi del lattante, nella maggior parte dei casi, può essere quindi utile provare a escludere dalla dieta le proteine del latte vaccino per 10-15 giorni (utilizzando ad esempio un latte di Soia - **ALSOY Nestlé**) e somministrare quasi quotidianamente una supposta di glicerina per lattanti (1 supposta ogni 24-36 ore). Solo in caso di fallimento può essere indicato l'uso di "rammolitori" fecali (es. **LATTULOSIO** 0,5 g/kg fino ad un massimo di 1/gr/kg (**Epalfen** sciroppo 1 misurino da 3 gr/die) oppure **LATTITOLE** 0,4 mg/kg/die (**Portolac** polvere 1 misurino da 1 gr. 1-2 volte al di) o anche l'aggiunta di zuccheri (del tipo malto destrine) al latte artificiale (1 mis. da 5 gr di **Nidex** ogni 100 gr di latte artificiale pronto all'uso).

Utile anche preparare il latte artificiale usando acque minerali ricche di magnesio (tipo **acqua Uliveto** o **acqua Tesorino**).

Allo svezzamento è raccomandato introdurre precocemente il passato di verdure (senza passare attraverso il brodo) e di utilizzare alimenti non molto "raffinati" (farine integrali - **Fiocchi di grano integrale con orzo e avena NESTLÉ** omogenizzati di frutta soprattutto pera, prugna). Per aumentare l'apporto di fibre nella dieta del lattante è anche possibile diluire nel latte del bambino 1-2 bustine di **SEDASTIP MILTE** (integratore alimentare a base di fibre di acacia e psillo)

### 2) La stipsi nel bambino prescolare

La stipsi è comune al di sotto dei 2-3 anni, un'età che corrisponde a una fase dello sviluppo critica, in cui spesso i bambini si rifiutano di evacuare e di assumere fibre; il fatto che provino dolore al momento dello stimolo induce un circolo vizioso di ritenzione cronica.

Anche problematiche di natura psicologica ed una educazione al "vasino" troppo precoce o coercitiva possono rappresentare ulteriori cause di stipsi cronica.

Nella tabella seguente vengono riportate le principali cause di stipsi funzionale del bambino di età prescolare.

#### Cause di stipsi funzionale

<b>1.0 Costituzionali</b>	<b>3.0 Cause ambientali</b>
1.1 Inerzia del colon	3.1 Educazione al vasino troppo coercitiva o precoce
1.2 Predisposizione genetica	3.2 Rifiuto del vasino
<b>2.0 Ridotto volume e disidratazione delle feci</b>	3.3 Rifiuto della "toilette" scolastica
2.1 Scarso apporto di fibre con la dieta	3.4 Eccessivo interventismo dei genitori
2.2 Disidratazione	
2.3 Malnutrizione o riduzione degli apporti alimentari	

L'intervento terapeutico della stipsi del bambino in età prescolare è composito e mirato alla:

- rimozione dell'ingombro fecale;
- riduzione della consistenza fecale;
- consigli per arricchire l'alimentazione in fibre;
- rieducazione dello sfintere;
- eventuale trattamento locale delle ragadi anali.

#### Rimozione dell'ingombro fecale

Nella fase iniziale del trattamento o nel caso di assenza di scariche oltre i 3-4 giorni occorre svuotare il retto, con rettoclismi di soluzione fisiologica (200-500 cc una volta al giorno) da eseguire utilizzando una sonda morbida che deve essere introdotta nel retto del bambino voltato sul fianco sinistro. Specialmente i primi giorni è opportuno far precedere il rettoclisma con soluzione fisiologica da microclisma di glicerina. Questo trattamento va proseguito per almeno 7-10 giorni.

### Riduzione della consistenza delle feci

Contemporaneamente allo svuotamento del retto va iniziata la somministrazione orale di una sostanza che renda le feci più morbide (lattulosio o lattitolo, vedi tabella). Il lattulosio può essere somministrato iniziando con una dose di 3 grammi il giorno che può essere gradualmente aumentata fino ad individuare la dose efficace per il conseguimento di evacuazioni morbide; all'inizio si preferiscono due somministrazioni quotidiane, per poi passare a una sola dose al mattino. Va usato per tempi non inferiori alle 8-12 settimane.

**"Rammollitori" fecali:** producono feci più molli per la loro azione osmotica

#### Lattulosio (*Epalfen*)

- In 2 somministrazioni quotidiane. Può essere usato per lunghi periodi (2-3 mesi)
- iniziare con 3-6 g/di; aumentare gradatamente (dose max. 25-30 gr/die)
- sciroppo (10 ml = 6,5 gr. - misurino tarato a 3 e 6 grammi); bustine da 3 e 6 grammi
- in dosi elevate può provocare crampi e distensione addominale

#### Lattitolo (*Portolac*)

- in *unica somministrazione*. Può essere usato per lunghi periodi (2-3 mesi)
- Polvere (misurino tarato a 1 e 5 grammi); Bustine da 5 e 10 grammi
  - lattante: 1-2 g/di
  - da 2 a 6 anni: 5 g/di
  - da 6 a 10 anni: 6-10 g/di
- Sciroppo (misurino con tacche 5-10-15-20 ml)
  - lattante: 5 ml/di
  - da 2 a 6 anni: 10 ml/di
  - da 6 a 10 anni: 10-15 ml/di

### Consigli per arricchire l'alimentazione in fibre

E' importante eliminare, nella maggior parte dei casi, dolciumi, grassi animali, cioccolato, insaccati, e introdurre una buona quantità di fibre vegetali non digeribili (almeno 1 g/kg/di). La fibra infatti non viene assorbita a livello intestinale pur interferendo minimamente con i processi assorbitivi. Nell'intestino, in presenza di liquidi, può aumentare fino a 50 volte il proprio volume esercitando un documentato effetto lassativo di tipo osmotico.

Gli alimenti a maggior contenuto di fibre sono in ordine decrescente:

crusca di frumento > pane integrale > prugne secche > fette biscottate > fagioli e lenticchie > grissini > corn flakes > frutta cotta (mele, prugne).

Talora, se l'arricchimento dietetico in fibra viene rifiutato dal bambino, si può ricorrere a degli integratori alimentari tipo **SEDASTIP MILTE** che si somministra con la seguente posologia:

DOSI:	LATTANTE	1-3 ANNI	4-6 ANNI
STIPSI BLANDA	1 bust/die	2 bust/die	3-4 bust/die
STIPSI OSTINATA	2 bust/die	4 bust/die	6 bust/die
MANTENIMENTO	1 bust/die	1 bust/die	2 bust. die

### Riduzione all'uso della "toilette" (= "toilette training")

Per intraprenderla in modo corretto occorre

- invitare il bambino a effettuare sedute quotidiane a orari fissi, preferibilmente dopo i pasti. Non devono essere concessi tempi troppo lunghi e vanno evitate le imposizioni;
- farlo sedere in maniera confortevole (sul vasino o sul water con un riduttore), con i piedi ben appoggiati, le gambe divaricate e le ginocchia più alte del piano perineale. La lettura di un giornalino può aiutare;
- gratificarlo per ogni successo (se riesce a controllare l'evacuazione e non si verifica l'encopresi).

In casi selezionati, qualora il lattulosio fosse inefficace o quando il transito intestinale fosse presumibilmente rallentato (per esempio in occasione dell'assunzione di farmaci), può essere utile l'uso di un procinetico (cioè di un farmaco che accelera il movimento dell'intestino)

### Farmaci procinetici

#### domperidone

aumenta il tono dello sfintere esofageo inferiore, migliora lo svuotamento gastrico e diminuisce il tempo di transito globale. E' un valido antiemetico (contro il vomito)

- 2 mg/kg/di 15-30 minuti prima dei pasti
- sciroppo (1mg/ml) misurino tarato a 1,25-2,5-5-10 ml. In media 1,25 ml ogni 5 Kg di peso, 3-4 volte die
- raramente produce effetti centrali

Da segnalare comunque che in questo periodo della vita, come già accennato, il bambino ha spesso un atteggiamento di rifiuto del vasino dietro il quale si nasconde un'immaturità del meccanismo defecatorio, cioè una contrazione paradossa del canale anale invece di un rilassamento. L'approccio deve essere quindi prevalentemente comportamentale, perché anche dosi elevate di rammollitori delle feci possono non essere efficaci.

### Trattamento locale contro le ragadi anali

E' importante infine valutare la presenza di ragadi anali, spesso effetto della stipsi e allo stesso tempo causa di cronicizzazione della stessa per un meccanismo di ritenzione fecale. Un accumulo di feci nel retto colon riduce la sensazione critica di riempimento e instaura un circolo vizioso.

Dopo un lavaggio accurato della zona anale, si consiglia di applicare soprattutto nei primi giorni pomate a base di idrocortisone associato a un anestetico locale (**RUSCOROID** pomata). Nei casi di ragadi anali molto resistenti al trattamento, oltre all'uso dei rammollitori fecali (con feci dure le ragadi non guariranno mai !!) e l'uso di prodotti a base di emollienti e anestetici locali, possiamo oggi utilizzare una **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.

### 3) La stipsi nel bambino scolarizzato

E' questa l'età in cui la stipsi crea maggiori problemi, anche perché si associa più frequentemente ad encopresi. A questa età praticamente 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 prescolare (rimozione dell'ingombro fecale, prevenzione delle ricadute, "toilette" training).

L'impatto fecale a questa età è più importante e resistente rispetto alle età precedenti. Un programma di clisteri evacuativi (3-4 giorni di clisteri evacuativi) potrà risolvere il problema. I clismi debbono essere provati soprattutto se la stipsi non è severa o se non coesiste encopresi.

Per prevenire le ricadute dovranno chiaramente sempre essere utilizzati i rammollitori fecali a volte preceduti da un breve periodo di lassativi "irritanti" (**Guttalax** 2-5 gtt/die - **Tamarine marmellata**: bambini sopra i 5 anni: 1/4 di cucchiaino da caffè dopo cena) per i primi 10-15 giorni, per evitare i clismi giornalieri (che non sempre a questa età sono graditi).

Il programma di toilette-training andrà discusso con il ragazzo spiegando i meccanismi alla base della stitichezza, rafforzando il concetto della necessità di un periodo di rieducazione al gabinetto (le sedute postprandiali) e soprattutto la necessità di non trattenere e di evacuare ogniqualvolta si senta lo stimolo.