

Epidemiologia

Marco Astegiano

La stipsi è una condizione comune che può essere percepita in modo estremamente fastidioso e che determina molto spesso una riduzione della qualità di vita. La stipsi come entità clinica è stata menzionata fin dall'antichità e in particolare ne sono arrivati riscontri fin dal XVI secolo a.C. dall'Egitto. Nella letteratura medica si utilizzano vari termini come stipsi, stipsi funzionale, stipsi cronica o stipsi idiopa-

tica. In questo testo utilizzeremo i termini di stipsi secondo i criteri di Roma IV (**Tab. 1.I**).

Numerosi studi epidemiologici descrivono le dimensioni del problema:

- la frequenza nella popolazione generale è compresa tra il 3-27% e aumenta con l'età soprattutto dopo i 70 anni.¹ Mentre interessa circa il 2% della popolazione con età inferiore a 65 anni, la stipsi è presente nel 26% degli uomini e nel 34% delle donne con età superiore a 65 anni. Particolarmente elevata (fino al 75%) è la prevalenza negli ospiti delle Rsa. In un ampio studio di metanalisi comprendente 261.040 soggetti è stata riscontrata la presenza di stipsi nel 14% dei casi.² Non va comunque dimenticato che può presentarsi anche nell'età infantile.
- Gli studi evidenziano che negli ambulatori di MMG circa un terzo dei soggetti si considera affetto da stipsi. Questa percentuale però scende al 20% se si utilizzano le definizioni diagnostiche codificate. Il sintomo più frequentemente riportato non è il ridotto numero di evacuazioni quanto la sensazione di incompleta evacuazione. Nella pubblicazione di Cottone *et al.*³ la prevalenza della stipsi mediante autodiagnosi negli ambulatori di MMG è risultata essere del 34% mentre la prevalenza secondo i criteri di Roma è risultata essere del 24%. Le conclusioni di tale lavoro sono state così ri-

TAB. 1.I Criteri di Roma IV per stipsi.

1. Deve includere almeno due delle seguenti condizioni
 - a) Difficoltà in più di $\frac{1}{4}$ (25%) delle defecazioni
 - b) Feci dure o a grumi in più di $\frac{1}{4}$ (25%) delle defecazioni
 - c) Sensazione di evacuazione incompleta in più di $\frac{1}{4}$ (25%) delle defecazioni
 - d) Sensazione di ostruzione/blocco in più di $\frac{1}{4}$ (25%) delle defecazioni
 - e) Necessità di aiuto con manovre manuali in più di $\frac{1}{4}$ (25%) delle defecazioni
 - f) Meno di tre movimenti intestinali spontanei alla settimana.
2. Feci molli presenti raramente in assenza di lassativi
3. Criteri insufficienti a diagnosticare una IBS
Si intende: criteri validi per almeno 3 mesi, ma con sintomatologia risalente ad almeno 6 mesi prima della diagnosi.

assunte: la stipsi è una condizione frequente negli individui che vanno dal MMG con una prevalenza che varia dal 20% al 33%. Sintomi suggestivi per alterato svuotamento sono riportati in circa il 20% degli individui. Un senso di incompleto svuotamento è riportato dalla maggior parte dei soggetti con stipsi mentre la digitazione manuale è riportata dal circa il 20% dei soggetti.

Un sondaggio su Internet condotto su 10.000 persone comuni in Giappone di età compresa tra 20 e 69 anni ha rilevato che la prevalenza di stipsi cronica è del 4,4% secondo i criteri di Roma IV. Un sondaggio su Internet su larga scala (54.126 soggetti) utilizzando i criteri di Roma IV condotta contemporaneamente in 33 paesi ha rilevato che la prevalenza della stipsi funzionale era dell'11,7% mentre in Giappone era del 16,6%. Inoltre, una meta-analisi che utilizza 45 studi (275.260 soggetti) ha rilevato che la prevalenza della stipsi funzionale è del 10,1% utilizzando i criteri di Roma IV con una maggior prevalenza fra le donne. La prevalenza varia a seconda del paese e della regione e dei criteri diagnostici utilizzati. Lo studio ha affermato che è necessario considerare come fattori l'ambiente, l'etnia, la dieta e la genetica.⁴

La stipsi colpisce prevalentemente il sesso femminile (1,98 a 1) a causa di fattori anatomici e funzionali, quali per esempio i cambiamenti ormonali con allungamento del transito colico in fase luteica del ciclo mestruale e la gravidanza.

In genere la stipsi è associata a livelli di istruzione più bassi a dimostrazione dell'influenza di fattori ambientali, sociali, economici, legati agli stili di vita e ai comportamenti.

La stipsi presenta inoltre un notevole impatto sulla vita sociale e sulle attività professionali e determina come conseguenza alti costi economici non solo per l'acquisto di lassativi (e non sempre utilizzati in modo corretto) ma anche per la necessità di risorse sanitarie quali visite

mediche, accertamenti (non sempre utili e adeguati), assistenza, ricoveri e talvolta interventi chirurgici del tutto inappropriati (appendicectomia, colecistectomia, isterectomia, emorroidectomia o addirittura colectomie parziali).

Solo una piccola parte dei pazienti che si ritengono stitici si rivolge al medico in prima battuta. I lassativi sono utilizzati come automedicazione e sono acquistati su consiglio delle figure più disparate (da Internet, social, a varie figure non professionali). Questa modalità può comportare gravi problematiche legate all'interazione con altri farmaci e può ritardare la diagnosi di patologie più complesse e gravi soprattutto quando il curante non viene a conoscenza dell'utilizzo di tali presidi (che talvolta i pazienti non riferiscono ritenendolo un rimedio non importante o determinante).

La stipsi cronica può a sua volta favorire l'insorgenza di alterazioni extra intestinali legate per esempio all'ingombro meccanico fecale (ad es. incontinenza urinaria femminile) oppure infezioni delle vie urinarie e prostatiti legate alla traslocazione batterica attraverso una parete intestinale meno impermeabile (*leaky gut*). Quest'ultima modalità si inserisce nell'ipotesi di un'alterazione del microbioma intestinale che può essere alla base della stipsi con una variazione della alfa diversità e della disbiosi.

Possono essere inoltre comunemente presenti condizioni intestinali quali emorroidi, prolasso rettale, fissurazioni anali e fecaloma (che talvolta presenta difficoltà diagnostiche rilevanti soprattutto nell'anziano che lamenta una diarrea fittizia).

Va inoltre considerata l'assunzione di lassativi per controllo o riduzione del peso corporeo soprattutto nelle pazienti con disturbi del comportamento alimentare (negli ultimi anni presente anche nella popolazione maschile).

Molte malattie possono causare stipsi cronica. Tra le malattie endocrino/metaboliche il diabete e l'ipotiroidismo sono stati identifica-

ti come possibili cause. Tra le malattie mentali la stipsi è comune nella depressione e nella schizofrenia. Per quanto riguarda le malattie neurodegenerative, il Parkinson è stato segnalato associato mentre la sclerosi multipla provoca spesso stipsi richiedendo cautela a causa della riduzione della peristalsi intestinale con possibile pseudo ostruzione intestinale cronica. Inoltre, i pazienti in dialisi sono segnalati per avere un'alta incidenza di stipsi.

Una certa quantità di soggetti ritiene che sia normale e necessario avere un'evacuazione al giorno determinando una sovraesposizione farmacologica utilizzando i lassativi irritanti.

In questi casi si determina la convivenza con uno dei tanti falsi miti sulla stipsi (molte pubblicità spingono verso una necessità evacuativa con qualunque tipo di soluzione suggerendo che un'evacuazione al giorno è necessaria) e può essere inoltre presente un forte disagio psicologico mascherato (molti lavori riportano che una stipsi cronica scarsamente responsiva alle terapie possa essere legata ad abusi sessuali nell'infanzia/adolescenza).

Uno studio recente ha coinvolto 39 centri di gastroenterologia in tutta Italia con l'intento di fare chiarezza sulla qualità di vita (fisica, psicologica e sociale), sull'impatto socio economico e sul grado di soddisfazione/insoddisfazione dei pazienti affetti da stipsi nei confronti delle terapie disponibili. La stipsi cronica non si limita all'alterazione dell'alvo ma è il risultato di una sintomatologia complessa che include gonfiore, meteorismo, sforzo evacuativo, sensazione di evacuazione incompleta con riduzione della qualità di vita del paziente. Tali sintomi sono avvertiti in modo importante da circa il 50% del campione. Secondo i risultati di tale studio il 46% dei pazienti con stipsi cronica giudica "non buona" la propria salute e percepisce la propria condizione come malattia cronica e avverte una limitazione al pari di un iperteso o di un malato di artrosi e in modo maggiore ri-

spetto a chi soffre di emicrania. La stipsi cronica è quindi un disturbo che condiziona la vita, restituisce un vissuto di profondo disagio determinando un processo di ridefinizione della propria "normalità". Si manifesta quindi una difficoltà della gestione della vita quotidiana con una maniacale attenzione alla propria alimentazione, imbarazzo a rimanere a lungo in bagno e preoccupazione di dover cambiare abitudini. Inoltre, le implicazioni emotive, al pari di quelle fisiche provocano un'alterazione della qualità di vita condizionando il modo di affrontare la quotidianità e riguardano in modo particolare la preoccupazione di non essere riuscito ad andare di corpo, la sensazione di malessere generale o la paura che i disturbi peggiorino. La sofferenza emotiva nel malato con stipsi è simile a quella di importanti patologie organiche quali l'ulcera peptica e l'infarto. La stipsi presenta inoltre un forte impatto sociale con un riscontro di ore lavorative perse in una settimana che va fino a 4 ore nei casi più gravi. Si è inoltre calcolato che un paziente con stipsi cronica grave costa in termini di assenteismo circa 1500,00 euro all'anno (costo che scende a 500,00 euro all'anno nel caso di stipsi cronica molto lieve). Ne consegue che una terapia in grado di ridurre i sintomi potrebbe permettere un risparmio pari a 1000,00 euro l'anno a paziente (solo in termini di assenteismo dal lavoro).

La stipsi, tuttavia, non provoca soltanto assenteismo dal lavoro ma anche una minor produttività (tante ore perse quanto più gravi sono i sintomi della stessa). È stato valutato che la riduzione della performance produttiva sia del 35% per i pazienti più gravi e del 20% per quelli con forme più lievi.

La percezione del "malessere" e del peggioramento della qualità di vita non è solo legata al disturbo ma anche alla insoddisfazione del paziente rispetto alla scelta terapeutica. Si ritiene che solo un paziente su cinque sia soddisfatto della terapia in atto mentre la percentuale di

chi si dichiara insoddisfatto varia dal 35% per i pazienti con stipsi di grado moderato fino al 50% di quelli con quadri più gravi. Nell'analisi di un paziente non responder alla terapia è comunque raccomandata attenzione per identificare presentazioni suggestive per patologia organica (cosiddetti sintomi di allarme):

- modifiche del calibro delle feci;
- modifiche quali quantitative delle defecazioni;
- recente insorgenza dei sintomi;
- anemia;
- calo ponderale superiore al 5% senza restrizioni dietetiche;
- sanguinamento;
- familiarità per neoplasia intestinale, IBD.

Questi aspetti devono essere considerati con attenzione soprattutto nei pazienti meno giovani con età di riferimento generalmente determinata a 50 anni. È inoltre importante considerare sempre l'anamnesi, l'assunzione di farmaci e la variazione dei sintomi indipendentemente dal considerare il parametro della normalità statistica delle evacuazioni (considerato normale da tre evacuazioni al giorno a tre evacuazioni alla settimana). La variabilità della normalità di quel paziente è un parametro sufficiente per considerare la necessità di ricorrere ad accertamenti che comprendono esami ematochimici, radiologici, endoscopico-istologici.

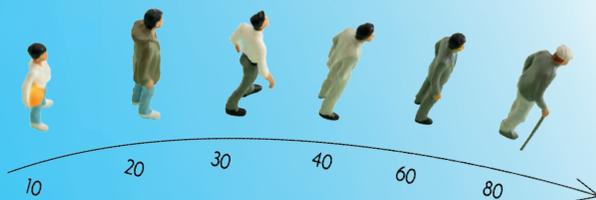
Un aspetto particolare è la presenza di stipsi nell'anziano (la prevalenza è del 33,5% nei soggetti di 60-101 anni). Inoltre, la metà dei pazienti ospiti di strutture sociosanitarie si osserva ridotta motilità intestinale la cui patogenesi può essere anche legata a patologie multiple, pluri terapie, dieta povera in fibre, basso apporto calorico, scarsa idratazione, modifiche del microbioma. Altri fattori da considerare sono il decadimento cognitivo, fattori ambientali legati alla ridotta privacy, riduzione dell'autonomia gestionale del proprio corpo, attrezzature

sanitarie non percepite come familiari. Per una corretta gestione della stipsi nell'anziano tutti questi fattori devono essere analizzati e gestiti e bisogna anche valutare che possono essere presenti altri sintomi atipici quali vomito, tachicardia, agitazione e stato confusionale.⁵ Inoltre, nell'anziano la stipsi può portare a complicanze quali il fecaloma con sub occlusione intestinale, soiling, emorroidi, ragadi anali, diarrea fittizia.

In conclusione, la stipsi cronica può quindi presentare fattori predisponenti quali sesso femminile, chirurgia perianale, parti complessi, età avanzata, dieta povera in fibre, scarso apporto calorico, politerapie farmacologiche, sedentarietà, patologie concomitanti, il rinvio dell'evacuazione nonostante lo stimolo, storie di abusi fisici o sessuali.⁶⁻⁸

Bibliografia

1. Hungin AP. Chronic constipation in adults: the primary care approach. *Dig Dis* 2022;40:142–6.
2. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1582–91; quiz 1581, 1592.
3. Cottone C, Tosetti C, Disclafani G, *et al.* Clinical features of constipation in general practice in Italy. *United European Gastroenterol J* 2014;2:232–8.
4. Ihara E, Manabe N, Ohkubo H, *et al.* Evidence based clinical guidelines for chronic constipation 2023. *Digestion* 2024;1-28.
5. Tosetti C, Cottone C, Ubaldi E. La stipsi cronica: inquadramento clinico. *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale* 2012;6:49–54.
6. De Oliveira SC, Pinto-Neto AM, Goes JR, *et al.* Prevalence and factors associated with intestinal constipation in post menopausal women. *Arq Gastroenterol* 2005;42:24–9.
7. Choung RS, Locke GR 3rd, Schleck CD, *et al.* Cumulative incidence of chronic constipation: a population-based study 1988-2003. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:1521–8.
8. Bharucha AE, Wald A. Chronic constipation. *Mayo Clin Proc* 2019;94:2340–57.



Fisiopatologia della stipsi cronica

Massimo Bellini, Lorenzo Cancelli, Antonio Grosso, Christian Lambiase

La defecazione e la continenza presuppongono il controllo volontario della funzione evacuativa e sono la risultante di molti e diversi fattori che interagiscono tra loro in modo coordinato e sinergico, tanto che l'alterazione di uno di questi fattori può essere controbilanciata, anche per lungo tempo, dalla iperattivazione compensatoria degli altri prima che si manifestino segni clinici evidenti (Fig. 2.1).¹ Per un corretto controllo delle funzioni defecatorie è necessario un sistema nervoso (enterico, somatosensoriale ed autonomico) integro ed efficiente, una buona funzionalità della muscolatura pelvica e sfinteriale, una capacità percettiva conservata che si basa anche su una ampolla rettale integra e capace di esercitare la

funzione di “reservoir” per il materiale fecale che giunge dal colon e il quale a sua volta deve avere una consistenza il più possibile normale. Il tutto deve essere poi governato da una capacità cognitiva intatta che renda il soggetto capace di comprendere adeguatamente la situazione in cui si trova e di essere motivato alla continenza o alla evacuazione.

Secondo i criteri di Roma IV (Tab. 2.1),² la stipsi cronica (SC) è definita dalla presenza di una ridotta frequenza dell'alvo (<3 evacuazioni spontanee per settimana), dalla presenza in almeno il 25% delle defecazioni di feci dure (classe 1 e 2 della Scala di Bristol) (Fig. 2.2),³ di evacuazione difficoltosa/insoddisfacente, dalla sensazione di defecazione incompleta, dalla sensazione di blocco anorettale e dalla necessità di manovre manuali per facilitare la defecazione (massaggio addominale, stimolazione perineale o perianale, digitazione anale, ecc.). Non tutti i sintomi sopraelencati devono essere presenti contemporaneamente nello stesso paziente; ne sono sufficienti almeno due ma essi devono essere riportati in maniera continuativa da almeno tre mesi. La sintomatologia, per poter essere definita cronica deve essere comparsa, anche se in maniera incostante nel tempo, da almeno 6 mesi.

La manifestazione clinica del paziente con stipsi cronica può essere ancora più complessa e variegata rispetto a quanto indicato dalla



FIG. 2.1 Meccanismi coinvolti nel garantire la continenza fecale e il normale svolgimento dell'atto defecatorio.

TAB. 2.I Criteri diagnostici della stipsi cronica funzionale (criteri di Roma IV).²**Criteri Diagnostici***

1. Devono includere due o più delle seguenti caratteristiche
 - a. Sforzo in $\geq 25\%$ degli atti defecatori
 - b. Feci dure o ammassate (Bristol stool Chart 1 o 2) in $\geq 25\%$ degli atti defecatori
 - c. Sensazione di incompleta evacuazione in $\geq 25\%$ degli atti defecatori
 - d. Sensazione di ostruzione/ostacolo ano-rettale in $\geq 25\%$ degli atti defecatori
 - e. Ricorso a manovre manuali per facilitare l'evacuazione in $\geq 25\%$ degli atti defecatori (ad esempio evacuazione digitale, innalzamento manuale del pavimento pelvico, massaggio addominale, ecc.)
 - f. Meno di 3 evacuazioni spontanee a settimana
2. Feci non formate presenti raramente senza l'uso dei lassativi
3. Assenza di criteri sufficienti per la diagnosi di Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS)

*Presenti negli ultimi 3 mesi, ma con esordio da almeno 6 mesi.

definizione dei criteri di Roma IV, infatti molto spesso possono essere presenti altri sintomi, quali dolore/bruciore anale, gonfiore e fastidio

**FIG. 2.2** Scala di Bristol.**TAB. 2.II** I principali farmaci coinvolti nella patogenesi della stipsi cronica secondaria.

- Analgesici e oppiacei
- Calcio antagonisti
- Diuretici
- Clonidina
- Bloccanti dei recettori 5HT₃ (ad es. ondansetron)
- Prometazina
- Antiacidi
- Anticolinergici
- Antistaminici
- Antidepressivi triciclici
- Carbodopa-levodopa
- Neurolettici
- Integratori a base di ferro
- Bismuto
- Sucralfato

addominale, flatulenza, sensazione di malessere generale.⁴ Questo probabilmente perché la stipsi cronica è un “ombrello semantico” che racchiude entità tra loro diverse ma che possono coesistere nello stesso paziente, pertanto è indispensabile comprendere a fondo i meccanismi fisiopatologici alla base del quadro clinico del singolo paziente per indirizzarlo verso la terapia medica, riabilitativa o chirurgica più adatta, senza che una di queste escluda in maniera assoluta il ricorso all'altra.

È importante ricordare che la stipsi cronica può essere primitiva o secondaria ad altre cause, quali l'assunzione di farmaci e/o la presenza di patologie croniche di altri organi o apparati (Tab. 2.II; Fig. 2.3).⁵

Anche l'alimentazione e lo stile di vita possono svolgere un ruolo non secondario. È nozione comune che il basso consumo di fibre contenute nella frutta e nella verdura,

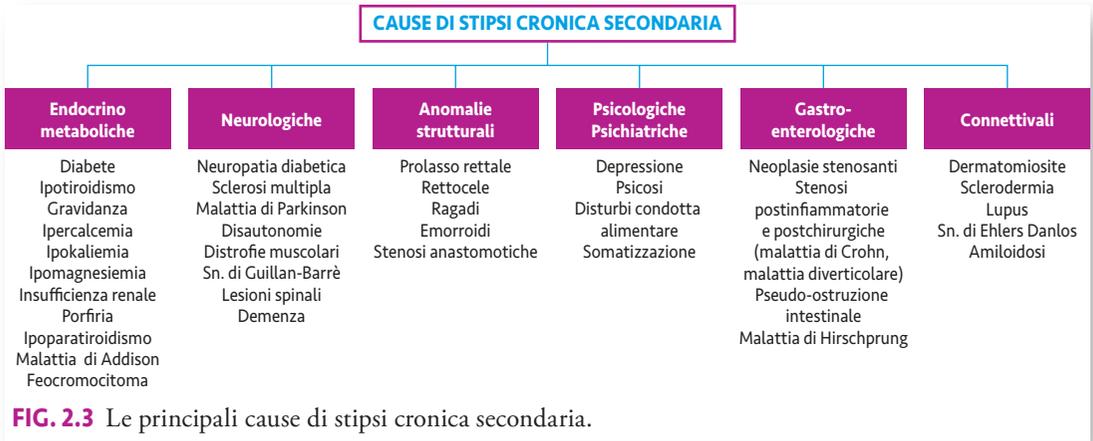


FIG. 2.3 Le principali cause di stipsi cronica secondaria.

un ridotto apporto idrico o una condotta alimentare non corretta possano costituire fattori favorevoli lo sviluppo di un alvo stitico. In particolare è noto da tempo che esiste una risposta motoria del colon al pasto (un incremento delle onde propagate di bassa e di elevata ampiezza), che non è semplicemente dovuta all'ingestione di cibo e alla conseguente liberazione di neuropeptidi (colecistochinina, serotonina, gastrina, ecc.) a livello gastrico, poiché anche in soggetti gastrectomizzati è stato dimostrato un incre-

mento della contrattilità del sigma e del retto e perché tale attività può essere indotta anche soltanto dall'odore del cibo o dal semplice ricordo di esso.⁶

Anche la scarsa attività fisica e abitudini sbagliate come il non dedicare adeguato tempo alla defecazione o il non assecondare lo stimolo evacuativo procrastinando la defecazione, riducendo così la percezione dello stimolo stesso nel tempo, sono fattori potenzialmente scatenanti o comunque aggravanti il quadro clinico.^{7, 8}

La stipsi cronica primitiva può riconoscere differenti elementi eziopatogenetici che possono essere presenti anche contemporaneamente nello stesso paziente⁹ (Fig. 2.4, 2.5):

- un rallentato transito delle feci nel colon;
- un'alterazione della capacità espulsiva;
- un'alterazione della sensibilità rettale.

Non è possibile attualmente differenziare rigorosamente questi differenti tipi di stipsi soltanto sulla base della sintomatologia riferita dal paziente, anche se alcuni dati della letteratura evidenziano come una sintomatologia caratterizzata da evacuazioni poco frequenti e la dipendenza da lassativi siano più comuni nei pazienti con stipsi a transito lento¹⁰ e che i sintomi di blocco anoretale¹¹ e le manovre manuali per facilitare la defecazione¹² siano più comuni nei pazienti con alterazione della capacità espulsiva.

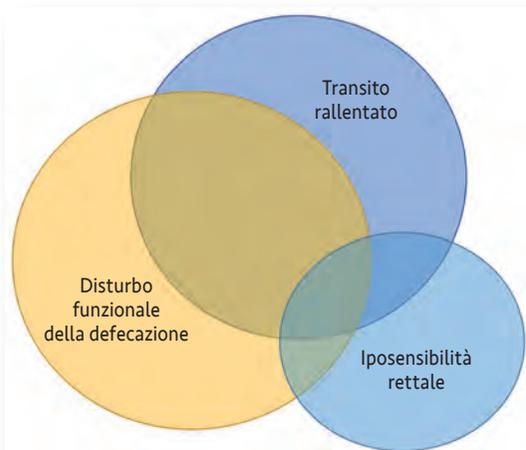


FIG. 2.4 I fattori patogenetici della stipsi cronica primitiva sono potenzialmente presenti anche in maniera contemporanea nello stesso paziente.

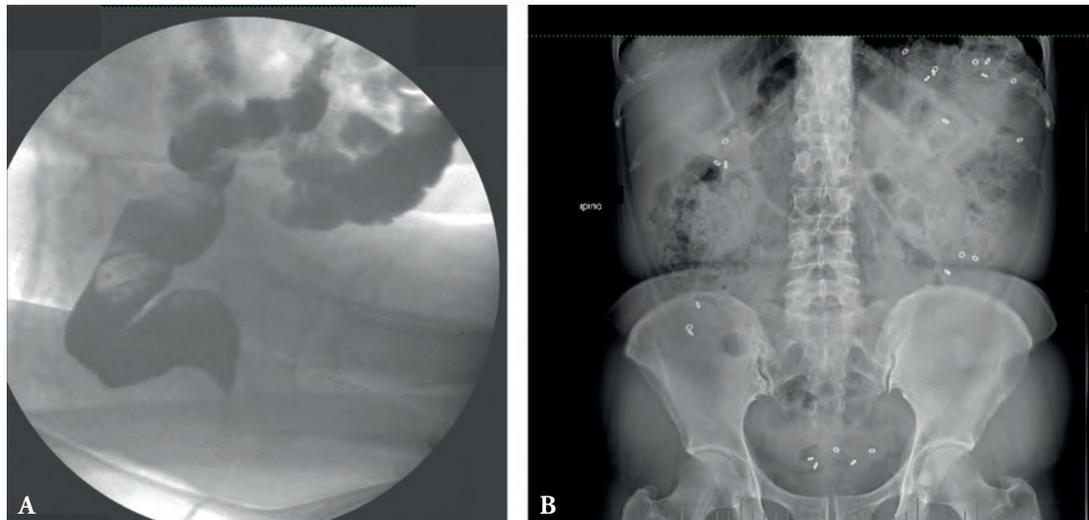


FIG. 2.5 Paziente con un disturbo funzionale della defecazione e contemporaneo rallentamento del transito colico: A) Rx enterodefecografia, B) Rx transito colico con marker radiopachi.

Inoltre, recenti studi supportano l'assoluta necessità di associare ad una attenta ed accurata anamnesi l'uso di una esplorazione rettale ben condotta, atta a valutare non solo il corretto utilizzo della muscolatura pelvica ma anche di quella addominale, la quale può essere di grande utilità per il corretto inquadramento diagnostico delle stipsi di tipo espulsivo.¹³ Purtroppo, anche in un ambito gastroenterologico dedicato alla diagnosi e alla terapia dei disturbi della defecazione, l'esplorazione rettale appare non sufficientemente praticata.¹⁴

La motilità del colon è un processo regolato dalla interazione tra la componente neurogena, ossia il sistema nervoso enterico (SNE, costituito dal plesso mioenterico di Auerbach e dal plesso sottomucoso di Meissner) e la componente muscolare liscia, le quali dialogano attraverso l'azione eccitatoria o inibito-

ria di neuromediatori. Si produce così un corretto fenomeno peristaltico, caratterizzato da una contrazione prossimale del viscere e da un rilasciamento distale che genera il movimento che è in grado di trasportare il contenuto fecale attraverso il colon fino all'ampolla rettale (Fig. 2.6).^{15, 16} Attraverso il SNE, che è in costante e sinergico dialogo col sistema nervoso auto-

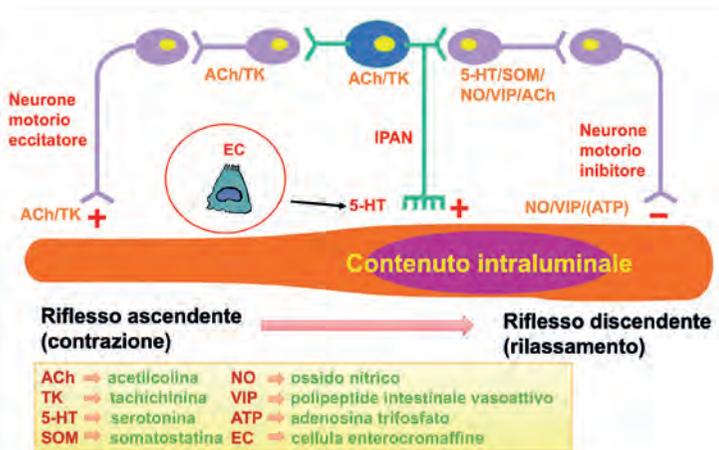


FIG. 2.6 Organizzazione anatomico-funzionale del riflesso peristaltico (gc C. Blandizzi).