

La stipsi cronica Inquadramento clinico

Cesare Tosetti¹, Carmelo Cottone², Enzo Ubaldi³

¹ Medico di Medicina Generale SIMG e Specialista in Gastroenterologia, Porretta Terme (BO); ² Medico di Medicina Generale SIMG e Specialista in Gastroenterologia, Palermo; ³ Medico di Medicina Generale e Specialista in Gastroenterologia, Responsabile Area Progettuale Gastroenterologica SIMG, San Benedetto del Tronto (AP)

Stipsi e Medicina Generale

Le richieste di consigli per la risoluzione di problemi legati alla stitichezza giungono pressoché quotidianamente al medico di medicina generale (MMG) poiché la stipsi è una condizione comune che può essere percepita in modo estremamente fastidioso e che, in alcune situazioni, può causare complicanze serie. Numerosi dati epidemiologici descrivono le dimensioni del problema:

- La frequenza nella popolazione generale, valutata mediamente attorno al 15-20% ¹, aumenta con l'età, soprattutto dopo i 70 anni. Particolarmente elevata è la prevalenza negli ospiti di istituzioni di ricovero. Non vanno comunque dimenticate le problematiche specifiche dell'età infantile.
- Uno studio recentemente condotto su oltre 1300 pazienti afferenti agli ambulatori di MMG ² ha evidenziato che circa un terzo dei soggetti si considera affetto da stipsi. Questa percentuale scende al 20% se i MMG utilizzano definizioni diagnostiche codificate. Il sintomo più frequentemente riportato non è il ridotto numero di evacuazioni quanto la sensazione di incompleta evacuazione.
- Ne è maggiormente affetto il sesso femminile a causa di fattori anatomici e funzionali, quali 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, legati agli stili di vita.
- La stipsi presenta un impatto notevole sulla vita sociale e le attività professionali, che si traducono in alti costi economici, non solo per l'acquisto di lassativi, ma anche per l'utilizzo di risorse sanitarie (visite mediche, accertamenti, assistenza, ricoveri) ³.
- Solo una parte dei pazienti che si ritengono stitici si rivolge al medico. I lassativi sono tra i farmaci maggiormente utilizzati come automedicazione, e sono acquistati con il consiglio del farmacista, dell'erborista, oppure attraverso un passaparola guidato dai massmedia. Questo può comportare problematiche legate alle possibili interazioni con le terapie assunte

per patologie croniche, specie quando il curante non viene a conoscenza dell'utilizzo di tali presidi.

La stipsi cronica può favorire l'insorgenza di alterazioni extraintestinali, legate ad esempio all'ingombro meccanico fecale, quali incontinenza urinaria femminile, oppure infezioni delle vie urinarie e prostatiti, per meccanismi di mobilitazione batterica. Comunemente vi sono associate condizioni particolarmente disagiate quali emorroidi e prolasso rettale, fessurazione anale e fecalomi. Episodi sub occlusivi e occlusivi possono complicare la storia clinica specialmente nei pazienti anziani con deterioramento cognitivo, ma non vanno dimenticate le possibili conseguenze di un uso incongruo di lassativi, fino alla produzione di squilibri elettrolitici.

L'associazione tra stipsi e diverticolosi colica è piuttosto comune. La presenza di estroflessioni della mucosa e della sottomucosa attraverso la tonaca muscolare circolare è frequente con l'aumentare dell'età, riconoscendosi, prevalentemente nel sigma, in circa un terzo nei soggetti con più di 60 anni. Asintomatica nella maggioranza dei casi, può presentarsi con stitichezza, tensione, fastidio, fino a episodi infiammatori eventualmente complicati da perforazioni ed emorragie. La presenza di diverticoli deve essere sospettata nella gestione del paziente con stipsi specialmente se anziano e deve essere valutata con prudenza nell'iter diagnostico in particolare nella programmazione di esami endoscopici.

Cos'è "normale"

Il medico si trova nella necessità di inquadrare il paziente a cominciare dal tracciare una distinzione tra condizione patologica e variabilità fisiologica. Le definizioni di stipsi attualmente accettate riflettono per lo più le necessità di gruppi di ricerca di definire rigorosamente l'oggetto di studio per individuare aspetti fisiopatologici peculiari e calibrare gli interventi terapeutici. Tuttavia queste definizioni presentano limitazioni nella pratica quotidiana a causa della eterogenea presentazione clinica, e quindi i dati provenienti dagli studi condotti in centri di riferimento su popolazioni altamente selezionate sono trasferibili con qualche difficoltà alla popo-

lazione che quotidianamente frequenta gli ambulatori dei MMG. Abbandonato il concetto di stipsi basato unicamente sul numero di evacuazioni settimanali, attualmente si tende a considerare l'intero spettro dei sintomi riferiti dal paziente. La definizione cui si fa attualmente maggior riferimento è quella dei Criteri di Roma ⁴, riportata nella Tabella I.

Tabella I.

Criteri diagnostici di Roma per stipsi funzionale (versione III, 2006).

Per la diagnosi di stipsi cronica funzionale devono essere soddisfatte *tre condizioni*, presenti per almeno 3 mesi, con esordio da almeno 6 mesi prima della diagnosi:

1. presenza di almeno due dei seguenti sintomi/segni in almeno un quarto delle evacuazioni:

- sforzo o eccessivo ponzamento
- feci piccole e dure
- sensazione di evacuazione incompleta
- sensazione di ostruzione anorettale
- necessità di manovre manuali (digitazione, sostegno del pavimento pelvico)
- meno di tre evacuazioni a settimana

2. feci liquide rare se non in caso di uso di lassativi

3. insufficienti criteri per la sindrome dell'intestino irritabile (*dolore/fastidio addominale ricorrente almeno tre giorni al mese associato ad almeno due tra miglioramento dopo la defecazione oppure insorgenza con un cambio di frequenza dell'alvo oppure insorgenza con un cambio di forma o apparenza delle feci*)

(da Longstreth et al. 2006, mod.) ⁴

Va sottolineato che questa definizione è puramente clinica e non implica la necessità di dimostrare strumentalmente un transito intestinale rallentato o altre alterazioni. Viene suggerito di definire il paziente con stipsi cronica indipendentemente dalla presenza di Sindrome dell'Intestino Irritabile (SII), caratterizzata dalla presenza di dolore addominale legato alle alterazioni dell'alvo. Tuttavia nella pratica clinica non è sempre facile effettuare una diagnosi differenziale tra stipsi e SII nella variante con stitichezza.

In genere i pazienti considerano la stipsi in senso etimologico. Stipsi deriva da "*stypheien*" (stretto) e indica una sensazione soggettiva di defecazione non soddisfacente e in effetti solo una parte dei soggetti stitici lamenta un ridotto numero di evacuazioni settimanali, mentre il sintomo più frequentemente riferito sono le difficoltà evacuatorie. Potremmo perciò semplicemente parlare di stipsi quale "disagio legato al difficoltoso o rallentato passaggio delle feci attraverso colon e/o retto", tuttavia è opportuno che i MMG conoscano e imparino a utilizzare i Criteri di Roma per poter avere un preciso riferimento sull'efficacia dei differenti trattamenti.

Una certa quantità di soggetti, soprattutto anziani, ritengono comunque che sia normale e necessario avere una evacuazione al giorno, determinando una sovraesposizione farmacologica

soprattutto ai lassativi di contatto, eventualmente assunti come fitoterapici ⁵. In questi casi, oltre alla convivenza con uno dei tanti falsi miti sulla stipsi, può essere presente un disagio psicologico mascherato.

Le situazioni mascherate

La lista delle condizioni che possono determinare stipsi è lunga ³⁻⁶⁻⁹. Una possibile strategia basata sulla considerazione di alcune categorie patologiche è riportata nella Tabella II.

Tabella II.

Una strategia diagnostica.

Diagnosi più frequenti/probabili	Stipsi semplice associata a comportamenti dietologici e/o abitudini inadeguati
Gravi patologie da non tralasciare	Neoplasie endoluminali (colon e retto), neoplasie extraluminali (linfomi, tumori ovarici)
Possibili errori da patologie spesso non diagnosticate	Fecalomi, lesioni anali locali, disordini elettrolitici, immobilità, insufficienza renale cronica, patologie rare (avvelenamento metalli pesanti, ipercalcemia, iperparatiroidismo, dolicolon e diverticolosi, sclerodermia)
Situazioni mascherate	Depressione, diabete, farmaci, patologia tiroidea, disfunzioni neurologiche e miopatiche, disidratazione
Il paziente sta cercando di dirmi qualcosa?	Espressione di sindromi psichiatriche

È evidente che tutte le possibile cause organiche, metaboliche, sistemiche e locali di stipsi devono essere correntemente identificate. Un piccolo ma importante elenco di presentazioni suggestive per patologia organica (cosiddetti sintomi di allarme, soprattutto per patologia neoplastica) è composto da:

- modifiche del calibro delle feci;
- modifiche quantitative e qualitative delle defecazioni;
- recente insorgenza dei sintomi;
- sanguinamento rettale;
- anemia in particolare con positività del sangue occulto fecale;
- perdita di peso non volontaria.

Questi aspetti devono essere considerati con attenzione soprattutto nei pazienti meno giovani: l'età di riferimento è generalmente fissata attorno ai 50 anni, tenendo comunque presente la storia familiare e l'adesione o meno a screening per il cancro del colon retto. Nel sospetto di una causa organica è evidente la necessità di ricorrere ad accertamenti, che comprenderanno esami endoscopici, radiologici e biochimici in funzione del sospetto clinico. Tra gli esami laboratoristici vi è un certo consenso nel suggerire una valutazione dell'esame emocromocitometrico, della funzionalità tiroidea, degli indici di flogosi, del calcio e degli elettroliti

plasmatici³⁻⁶⁻⁹. La colonscopia non è generalmente raccomandata in pazienti con stipsi cronica in assenza di segni o sintomi di allarme⁹. Uno studio recente cui hanno partecipato 41 MMG della provincia di Pisa¹⁰ ha evidenziato come si ricorra a esami laboratoristici in oltre la metà dei casi di stipsi, prescrivendo colonscopia o clisma opaco in poco più del 40% dei casi. In questo studio è risultato elevato il ricorso a studio ultrasonografico dell'addome (oltre un terzo dei casi), un accertamento particolarmente gradito al paziente ma che non presenta particolare sensibilità diagnostica per le principali cause di stipsi e quindi dovrebbe essere utilizzato solo su sospetti specifici.

Stipsi e anziano

Molteplici alterazioni della struttura e delle funzioni ano rettali possono essere correlate all'età. In oltre la metà dei pazienti ospiti di istituzioni sociosanitarie si osserva ridotta motilità intestinale alla cui patogenesi concorrono anche la presenza di patologie multiple, dieta povera di fibre, basso apporto calorico, scarsa idratazione, modifiche della microflora per aumento di batteri proteolitici. Fattori importanti sono altresì il decadimento cognitivo e fattori ambientali legati alla ridotta privacy, alla riduzione dell'autonomia gestionale del proprio tempo, ad attrezzature sanitarie non percepite come familiari. Da sottolineare il possibile effetto negativo sull'alvo di comuni terapie farmacologiche, presenti frequentemente nella complessa polifarmacoterapia dell'anziano. Un elenco delle principali categorie farmacologiche associate a stipsi in relazione ai relativi possibili meccanismi comprende⁶⁻⁸⁻⁹:

- azione su recettori (antidepressivi, antipsicotici, antispastici, antiepilettici, inibitori MAO, antistaminici, antiparkinsoniani, simpaticomimetici, dopaminergici, oppiacei);
- riduzione attività contrattile (calcio antagonisti, calcio, alluminio);
- disidratazione (diuretici);
- legame sali biliari (antiacidi, calcio, alluminio, colestiramina);
- alterazione microflora intestinale (antibiotici);
- inibizione sintesi prostaglandine (FANS);
- sconosciuta (antiepilettici, ferro).

Per una corretta gestione della stipsi dell'anziano tutti questi fattori devono essere considerati e affrontati, specie quelli farmacologici e ambientali. Non va dimenticato che in età avanzata la stipsi può essere associata a una sintomatologia atipica quale vomito, febbre, tachipnea, tachicardia, agitazione e stato confusionale, per cui la funzionalità intestinale va attentamente monitorata e regolarizzata per evitare complicanze gravi, occlusive o emorragiche.

Una causa o molteplici cause?

Quando le cause di una stipsi cronica non sono riconducibili a cause organiche o farmacologiche o metaboliche si parla di stipsi funzionale, condizione che può presentare una genesi complessa³⁻¹¹⁻¹⁴. Dal punto di vista fisiologico la massa fecale è in larga

parte determinata dal contenuto di acqua, generalmente attorno al 70-80%, che è in relazione al riassorbimento effettuato nel corso del transito intestinale. Il transito è a sua volta influenzato dalle caratteristiche del cibo ingerito. L'assorbimento di acqua (circa 8 l/die) è una funzione principale del colon, assieme alla degradazione di sostanze proteiche e carboidrati ad opera della flora batterica in esso contenuta. La funzione motoria consta di processi di mixing e di treni periodici di onde peristaltiche che spostano il contenuto colico fino al sigma. Un adeguato riempimento del sigma determina intense contrazioni che forzano l'ingresso delle feci nel retto. A questo punto la contrazione della parete addominale e del muscolo elevatore dell'ano associate al rilasciamento dello sfintere determinano l'evacuazione. Il riflesso defecatorio è attivato dal riempimento rettale: a una fase di contenimento (rilasciamento dello sfintere interno e contrazione dell'esterno) segue, al raggiungimento di una soglia pressoria percepita a livello di SNC quale sensazione di evacuare, l'apertura dello sfintere esterno integrata dall'azione dei muscoli del pavimento pelvico. Tutto molto ben organizzato, e quindi molto complesso¹³.

Da tempo è condiviso il concetto che il materiale ingerito deve essere costituito da una discreta quantità di fibre e di acqua proprio per mettere in moto la "macchina colon", tuttavia la difficoltà di correggere stili alimentari non appropriati è molto elevata. Molti individui non tollerano i quantitativi di fibre suggeriti (25-30 g di fibre giornalieri, l'equivalente di 7 mele), neppure in forma di supplemento. Mantenere un'adeguata idratazione non è facile, in particolare nei soggetti anziani, poiché per alterare in modo significativo l'idratazione delle feci è necessario introdurre diversi litri di acqua. La massa di fibre alimentari e carboidrati resistenti alla digestione costituisce il substrato su cui agiscono le centinaia di specie di batteri presenti nel colon, che rappresentano un'alta percentuale della massa secca fecale. La massa batterica modifica l'ambiente del colon non solo intervenendo sui volumi del contenuto ma anche attraverso la produzione di nuove sostanze, a loro volta in grado di agire sulla motilità intestinale. Questa massa batterica, che si è adattata qualitativamente nei secoli alle modificazioni alimentari, deve essere tutelata e agevolata piuttosto che maltrattata nel corso di alimentazione incongrua o di bombardamenti farmacologici.

Alla base di alterazioni dell'alvo possono essere riconosciute alterazioni della sensibilità somatica¹²⁻¹³: il retto non "sente" la presenza delle feci e quindi una persistenza prolungata nel viscere determina ulteriore disidratazione e indurimento del materiale fecale, con necessità di produrre sforzi che possono provocare danni muscolari, rettocele e prolasso rettale. Altri pazienti hanno un retto ampio e sono necessari volumi ampi di feci per innescare lo stimolo. Nella cosiddetta dissinergia pelvica i muscoli che dovrebbero rilasciarsi si contraggono, determinando non solo la difficoltà evacuativa ma anche alterazioni anatomiche a causa delle alte pressioni che vengono a stabilirsi a livello rettale. In questi casi va accuratamente valutato se eventuali alterazioni anatomiche riscontrabili a livello pelvico quale prolasso rettale o rettocele, siano primarie o piuttosto conseguenti ai meccanismi

fisiopatologici instauratisi in corso di stipsi. Alterazioni del pavimento pelvico e dei meccanismi neuromuscolari responsabili dello svuotamento dell'ampolla sono riconoscibili con elevata frequenza specie nel sesso femminile, talora successivamente a interventi pelvici o gravidanza.

L'importanza di movimenti efficaci

Un rallentamento del transito colico può essere causato da una alterazione dei movimenti che assicurano il mixing dei contenuti o il trasporto in senso aborale, oppure da ridotta risposta a quel meccanismo che chiamiamo riflesso gastrocolico che è normalmente attivato al pasto o al risveglio¹²⁻¹⁴. Questo riflesso è legato a un pattern motorio caratterizzato da contrazioni a elevata ampiezza rispetto alle contrazioni segmentante intradigestive e che si propagano velocemente, causando lo spostamento del contenuto endoluminale (feci e/o aria) per lunghi tratti (cosiddette HAPC, *High Amplitude Propagation Contractions*). Due sono le principali condizioni patologiche motorie: una riduzione globale (*inerzia coli*), oppure una incoordinazione dell'attività motoria. Queste alterazioni sono determinate da patologie della muscolatura liscia e/o della complessa rete neurale intestinale, di cui sono paradigmatici i casi che si manifestano con megacolon. Nei pazienti con stipsi sono dimostrate alterazioni dei neurotrasmettitori implicati nella regolazione della motilità, quali alterata risposta agli stimoli colinergici o disfunzioni nell'attività della serotonina (5-HT)¹²⁻¹⁴. Molti sforzi si stanno concentrando sulla ricerca di sostanze che possano interagire sui recettori intestinali in senso favorente una propulsione coordinata. Il primo di questi agenti, che ha inaugurato una nuova classe terapeutica nella classificazione dell'OMS, è la prucalopride, un agonista altamente selettivo dei recettori serotoninergici 5-HT₄, che presenta una efficace azione propulsiva ed è approvato per il trattamento cronico della stipsi nelle donne in cui i lassativi non consentono un adeguato sollievo.

Una certa percentuale di pazienti con stipsi ha caratteristiche cliniche associate tipiche della SII, cioè dolore addominale in relazione ai movimenti dell'alvo, con o senza sensazioni di gonfiore o distensione addominale. In questi pazienti assieme ai meccanismi responsabili della stipsi possono coesistere alterazioni della sensibilità viscerale che rendono più complessa la gestione del paziente. In questi casi sono frequenti stati di ansia o depressione che a loro volta possono influire anche indirettamente sulle funzionalità intestinali.

Riassumendo, le principali tipologie della stipsi cronica sono l'alterato transito intestinale (da attività motoria ridotta o incoordinata) e la difficoltà di transito/espulsione rettale. A questi meccanismi, che spesso sono presenti contemporaneamente, può associarsi la presenza di SII.

Quale stipsi?

Nell'affrontare una strategia diagnostico-terapeutica è necessario confrontarsi da una parte con dati epidemiologici che evidenzia-

no la grande frequenza delle forme di stipsi in assenza di cause organiche, dall'altra con la necessità di escludere gravi patologie o situazioni mascherate. Non a caso è affermato che l'esercizio dell'arte diagnostica nella stipsi consisterebbe nell'evitare accertamenti non necessari. L'uso appropriato degli accertamenti deve perciò essere calibrato sul sospetto clinico, razionalizzando le metodiche non invasive, senza cadere nel rischio di sovra utilizzo di esami di semplice esecuzione^{6 7 9 10 12 13}. Vi è largo consenso nel limitare l'uso dei marcatori neoplastici al follow-up di lesioni in trattamento, e di considerare la ricerca del sangue occulto fecale prevalentemente un test di screening (quindi per soggetti sani in corso di campagne strutturate) con un ruolo nel percorso diagnostico di anemie di natura non evidente.

Una volta che siano ragionevolmente escluse patologie organiche o trappole fisiopatologiche possiamo impostare il nostro approccio terapeutico il più possibile personalizzato tenendo conto delle differenti espressioni cliniche, della presenza di gonfiore e/o dolore addominale. È probabile che siano pazientemente necessari diversi aggiustamenti terapeutici per trovare un giusto equilibrio sia nutrizionale che farmacologico. In caso di scarso successo è opportuno approfondire il quadro fisiopatologico cercando di inquadrare il paziente in una delle principali categorie che sono riportate nella Tabella III.

Questa suddivisione assume rilevanza ai fini terapeutici poiché

Tabella III.

Categorie di stipsi basate su una valutazione clinico-fisiopatologica.

Tipo	Caratteristiche cliniche
Stipsi con transito normale con o senza SII	Il tipo più comune Presenti comunemente dolore, gonfiore, sensazione di evacuazione incompleta
Stipsi con transito rallentato	Frequente nel sesso femminile Tempo di transito colico rallentato Normale funzionalità del pavimento pelvico
Disordini della defecazione	Prolungato eccessivo sforzo Difficoltà evacuatorie anche con feci morbide Necessità di pressione rettale/vaginale per defecare Uso di manovre manuali facilitatorie Manometria: alta pressione sfinteriale basale

per ciascuna situazione sono proponibili trattamenti diversificati^{3 12}. Deve essere considerato che nessun criterio anamnestico da solo è sufficientemente specifico da permettere di identificare con esattezza il sottotipo fisiopatologico^{7 12} e l'inquadramento del paziente deve essere basato su storia clinica, esplorazione rettale ed esami strumentali. L'esplorazione rettale, fondamentale per evidenziare patologie locali e valutare la funzionalità sfinteriale, è una pratica un po' abbandonata dal MMG, ma che necessita di una ripresa professionale, in quanto fornisce in modo semplice

preziose informazioni, orientando eventualmente verso la necessità di un approfondimento diagnostico con l'invio allo specialista per accertamenti di secondo livello.

Un esame di grande utilità è rappresentato dallo studio del tempo di transito del colon che può essere effettuato anche nelle cure primarie tramite l'utilizzo di marker radiopachi^{37 15}. Secondo procedure standardizzate è sufficiente far eseguire al paziente un Rx diretto dell'addome ad alcuni giorni di distanza dall'assunzione di piccoli marker plastici che risulteranno visibili e conteggiabili nel radiogramma. La percentuale di ritenzione colica dei marker rispetto al quantitativo ingerito darà una chiara idea se il transito del tratto colico è stato rallentato rispetto ai valori di normalità. È anche possibile avere un'idea grossolana sulla tipologia del rallentamento: in caso di disfunzione espulsiva la maggioranza dei marker sarà individuabile in sede sigma-ampolla, mentre risulterà più distribuita con presenza significativa anche nei tratti destro e trasverso nei casi di patologia motoria dell'intero colon. Questo accertamento, non invasivo ed economico, ovviamente non sostituisce le metodiche di diagnostica per immagine o endoscopiche nella ricerca di ostruzioni, ed è consigliabile nei casi di stipsi resistente, se necessario assieme alla valutazione defecatoria.

Il paziente difficile

Qualora l'identificazione di meccanismi fisiopatologici non sia evidenziabile con facilità oppure quando i provvedimenti intrapresi non si rivelino sufficienti è indicato l'invio a una gestione

integrata con lo specialista, per approfondire la valutazione diagnostica prevalentemente dal punto di vista funzionale^{37 12-14}. La manometria anorettale permette di valutare disordini evacuativi e della sensibilità rettale, similmente al test di espulsione del palloncino, più semplice ed economico, ma meno sensibile e specifico. Comunque la diagnosi di defecazione ostruita non può essere sostenuta dalla sola manometria rettale. La defecografia definisce con buona precisione i disordini evacuativi, la risonanza magnetica dinamica (Defeco-RM) permette una valutazione anatomico-funzionale durante la defecazione, mentre l'ecografia endoanale ed endovaginale permettono di evidenziare cause locali di disfunzione anatomica. In questo campo trova applicazione anche l'elettromiografia. Lo studio manometrico del colon è una metodica complessa che permette di definire anomalie motorie di origine neuromuscolare che determinano il rallentamento del transito, attraverso la valutazione delle onde contrattili e la loro propagazione, in particolare valutando quei treni di onde ampie e rapide che determinano gli spostamenti fecali massivi. L'integrazione con lo specialista è necessaria anche per avviare il paziente a trattamenti specifici nel caso siano individuate lesioni di interesse chirurgico, oppure nel caso sia indicato un trattamento riabilitativo neuromuscolare tipo bio-feedback.

In conclusione, l'inquadramento clinico della stipsi cronica da parte del MMG può essere riassunto dalla figura 1, nella quale è centrale il raggiungimento di una diagnosi di stipsi cronica funzionale dopo l'accurata valutazione di cause organiche, farmacologiche, anorettali o chiaramente legate a incongrue abi-

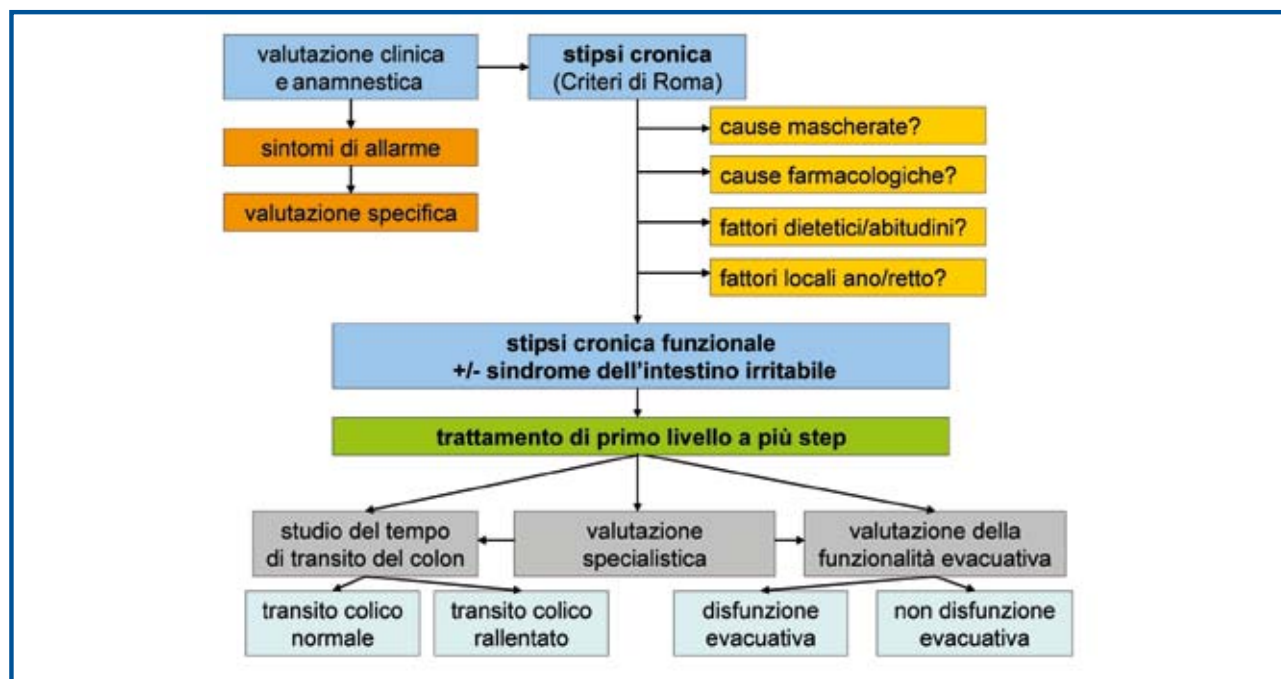


Figura 1. Inquadramento clinico della stipsi cronica.

tudini comportamentali o alimentari, con particolare attenzione alle situazioni mascherate, soprattutto negli anziani. Nella stipsi cronica è opportuno impostare una terapia il più possibile personalizzata basata sul miglioramento del contenuto fecale, lassativi e farmaci attivi sulla motilità. In caso di scarso successo è utile un approfondimento fisiopatologico integrato con lo specialista, in particolare orientato sulla valutazione del transito colico e della funzionalità anoretale.

Bibliografia

- 1 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;33:895-901.
- 2 Cottone C, Disclafani G, Ubaldi E, et al. *Prevalence of constipation in general practice in Italy*. Gut 2009;50(Suppl 2):A189.
- 3 Tack J, Muller-Lissner S, Stanghellini V, et al. *Diagnosis and treatment of chronic constipation – a European perspective*. Neurogastroenterol Motil 2011;23:697-710.
- 4 Longstreth GF, Thompson G, Chey WD, et al. *Functional bowel disorders*. Gastroenterology 2006;130:1480-91.
- 5 Muller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, et al. *Myths and misconceptions about chronic constipation*. Am J Gastroenterol 2005;100:232-42.
- 6 World Gastroenterology Organisation Global Guideline. *Constipation-a global perspective*. J Clin Gastroenterol 2011;45:483-7.
- 7 Bove A, Bellini M, Battaglia E, et al. *Consensus Statement AIGO/SICCR. Diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (part I: Diagnosis)*. World J Gastroenterol (in press).
- 8 American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. *An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America*. Am J Gastroenterol 2005;100:S1-4.
- 9 Locke GR III, Perberton JH, Phillips SF. *AGA technical review on constipation*. Gastroenterology 2000;119:1766-78.
- 10 Gambaccini D, Bellini M, Salvadori S, et al. *The general practitioners' approach to chronic constipation*. Dig Liver Dis 2009;41(Suppl 1):S99-100.
- 11 Talley NJ, Jones M, Nuyts G, et al. *Risk factors for chronic constipation based on general practice sample*. Am J Gastroenterol 2003;98:1107-111.
- 12 Cook LJ, Talley NJ, Benning MA, et al. *Chronic constipation: overview and challenges*. Neurogastroenterol Motil 2009;21(Suppl 2):1-8.
- 13 Brookes SJ, Dinning PG, Gladman MA. *Neuroanatomy and physiology of colorectal function and defecation: from basic science to human clinical studies*. Neurogastroenterol Motil 2009;21(Suppl 2):9-19.
- 14 Dinning PG, Smith TK, Scott SM. *Pathophysiology of colonic causes of chronic constipation*. Neurogastroenterol Mot 2009;21(S21):20-30.
- 15 Bozzani A. *Lo studio del tempo di transito intestinale nella stipsi cronica*. Rivista SIMG 2003;(4-5):49-50.

Key messages

- La stipsi cronica, condizione frequente specialmente nel sesso femminile e nell'età avanzata, richiede un'attenta valutazione quale possibile espressione di molteplici condizioni, anche mascherate, in particolare farmacologiche. Nei soggetti più giovani prevalgono le alterazioni funzionali. Deve essere sempre considerato il ruolo di abitudini alimentari e comportamentali
- La diagnosi di stipsi non può essere formulata solo sulla base del ridotto numero di evacuazioni, ma richiede una valutazione dell'intera sintomatologia del paziente, utilizzando definizioni standardizzate quali i Criteri di Roma
- Alterazioni motorie e disfunzioni evacuative, i principali aspetti fisiopatologici della stipsi cronica funzionale, possono presentarsi associati fra loro e alla sindrome dell'intestino irritabile
- Una volta escluse patologie organiche o trappole fisiopatologiche è possibile impostare un primo approccio terapeutico. Ulteriori approfondimenti diagnostici possono essere orientati in primis alla valutazione del tempo di transito colico e allo studio della funzionalità evacuativa