

Come affrontare la stipsi funzionale

Sergio Amarri*, Nadia Burgoni**

*UO di Pediatria, AUSL di Ravenna; **Corso di Laurea in Dietistica, Università di Modena e Reggio Emilia

Abstract

How to tackle with functional constipation

Functional constipation regards about 3% of children examined by the paediatrician. The frequency and the impact of such a problem impose different evidenced based and easily applicable therapeutic strategies. First of all child's and family's education and faecal impaction removal. Important parts of the treatment are also a fibre rich diet, good water intake, behavioural modifications, physical activity and a reasonable use of drugs. A single therapeutic remedy rarely brings success, therefore the most shared therapeutic ways are hereby shown. The paediatrician is almost always able to tackle with the problem without requesting other advices.

Quaderni acp 2005; 12(1): 43-45

Key words Constipation. Diet. Fibre. Laxatives. Behavioural modification

La frequenza e l'impatto clinico della stipsi funzionale che riguarda circa il 3% dei bambini visitati dal pediatra impongono l'adozione di strategie terapeutiche basate sulla evidenza clinica e facilmente applicabili. Le strategie comprendono anzitutto la rimozione dell'impatto fecale e l'educazione del bambino e della famiglia. Sono parti importanti del trattamento di mantenimento: la dieta con una ragionevole quantità di fibre e di acqua, le modificazioni comportamentali, l'attività fisica. E naturalmente un ragionevole uso di farmaci. Un singolo rimedio terapeutico raramente porta completo successo e sono illustrati i percorsi terapeutici più condivisi. Quasi sempre il pediatra è in grado di affrontare da solo la soluzione del problema senza richiedere consulenze specialistiche.

Parole chiave Stipsi. Dieta. Fibre. Lassativi. Modificazioni comportamentali

La stipsi, definita come riduzione della frequenza di scariche alvine o la difficoltosa evacuazione di feci dure, è un evento molto frequente: si stima che il 3% di tutti i bambini visitati da un pediatra e il 25% delle consulenze gastroenterologiche si abbiano per questo problema (1). La maggioranza dei casi di stipsi osservati dal pediatra ha una diagnosi di stipsi funzionale (cioè senza patologia organica). A questo gruppo di bambini-ragazzi il pediatra potrebbe rivolgere i consigli che seguono come approccio iniziale al problema.

L'atteggiamento del pediatra può far perno su una serie di approcci e di strategie sintetizzabili in:

1. Educazione
2. Rimozione dell'eventuale ingombro fecale
3. Terapia di mantenimento
 - a. Dieta
 - b. Modificazioni comportamentali

- c. Attività fisica
- d. Farmaci

Educazione

Nella stipsi funzionale l'origine del problema risiede in una "predisposizione" individuale, spesso familiare, a generare feci dure, disidratate, in presenza di un possibile colon lungo (dolicocolon) o con alterazioni della motilità. È indispensabile iniziare la terapia con solida motivazione e il medico curante deve prepararsi a spendere tutto il tempo necessario per rassicurare la famiglia su una buona prognosi del problema. Ad esempio, uno dei sintomi che più preoccupano sono i sanguinamenti da ragadi anali. Questo segno, invece, è interpretabile come un dato positivo a favore della diagnosi di disturbo funzionale, poiché depone per una buona capacità espulsiva delle feci, seppur indurite e quindi capaci di generare lesioni anali. Una consulenza spe-

cialistica gastroenterologica può essere utile, se i genitori necessitano di ulteriore supporto sulla strada dell'accettazione del concetto di una buona prognosi.

Rimozione dell'ingombro fecale

La presenza di fecalomi o di importanti masse di feci dure impedisce l'inizio di una terapia dietetica o farmacologica efficace e priva di effetti collaterali.

Per la rimozione di queste ci si può attenere ai seguenti criteri:

- Nei bambini sotto i 3 anni il retto può essere pulito con clisteri evacuativi. È indicato l'uso di miscele di soluzione fisiologica e olio di vaselina (proporzioni 8:2 su 10 parti di una dose di circa 10-15 ml/kg) al posto delle formulazioni per adulto, sconsigliate per l'alta concentrazione di fosfati.

- Nei bambini più grandi la rimozione della massa può essere eseguita anche con lassativi osmotici (polietilenglicole).

Terapia di mantenimento

Una volta superata la fase acuta, va fatto il possibile per abituare il bambino a non fare in modo di riformare feci dure e di difficile evacuazione con una terapia di mantenimento, che comprende dieta, modificazioni comportamentali, attività fisica e farmaci. L'approccio raramente è limitato a una sola strategia. Solitamente è preferibile applicarne più di una. Ad esempio, è utile una correzione dell'alimentazione associata a modificazioni comportamentali e a un aumento dell'attività fisica. Spesso è necessario ricorrere a un presidio farmacologico, soprattutto nei bambini più piccoli.

Dieta La dieta è il punto principale da curare. Deve comprendere una sufficiente quantità di acqua e fibre, che aumentano il volume e il peso delle feci, permettendone la progressione e una migliore evacuazione. Va quindi incoraggiata un'assunzione elevata di acqua, abitan-

Per corrispondenza:
Sergio Amarri
e-mail: s.amarri@ausl.ra.it

il punto su

TABELLA 1: CONTENUTO DI FIBRA NEGLI ALIMENTI (4)

Alimento	Fibra per 100 g (crudo e al netto degli scarti)
CEREALI E DERIVATI	
Pasta di semola	2,7
Riso	1,0
Pane comune	3,8
Fette biscottate	3,5
Biscotti secchi	2,6
Biscotti frollini	1,9
Cornflakes	3,8
Crackers	2,8
Grissini	3,5
Pizza margherita	3,8
Patate	1,6
FRUTTA	
Pere	3,8
Mele	1,7
Kiwi	2,2
Arance	1,6
Albicocche	1,5
Pesche	1,6
Banane	1,8
Fragole	1,6
Mandarini	1,7
Uva	1,5
Frutti di bosco (lamponi, more, mirtillo, ribes)	4,3
Ananas	1,0
Prugne	1,4
Succo di frutta (pesca, pera, albicocca ecc.)	0,2
Marmellata	2,2
VERDURA	
Carciofi	5,5
Carote	3,1
Spinaci	1,9
Melanzane	2,6
Cavolfiori	2,4
Finocchi	2,2
Pomodori	2,0
Radicchio rosso	3,0
Lattuga	1,5
Fagiolini	2,9
Zucchine	1,2
LEGUMI	
Fagioli borlotti freschi	4,8
Piselli freschi	6,3

TABELLA 2: INDICAZIONI PER I GENITORI NELLE VARIE ETÀ

BAMBINI da 1 a 3 anni		
Apporto giornaliero di fibra consigliato: 6-13 g		
Alimento	Quantità (g)	Contenuto di fibra (g)
Biscotti secchi	15 (colazione)	0,39
Pasta di semola	40 (pranzo) + 20 (cena)	1,62
Pane comune	30 (pranzo) + 30 (cena)	2,28
Spinaci	5	2,20
Cavolfiori	50	1,50
Kiwi	100	0,95
Albicocche	100	1,20
Pane e marmellata	30 + 20 (merenda)	1,58
Totale fibra (g)		11,72
BAMBINI da 3 a 5 anni e mezzo		
Apporto giornaliero di fibra consigliato: 8-15,5 g		
Alimento	Quantità (g)	Contenuto di fibra (g)
Fette biscottate e marmellata	20 + 20 (colazione)	1,14
Pasta di semola	55 (pranzo) + 25 (cena)	2,16
Pane comune	40 (pranzo) + 40 (cena)	3,04
Melanzane	50	1,30
Pomodori	50	1,00
Arance	110	1,76
Pesche	110	1,76
Frullato di frutta con biscotti	100 + 15 (merenda)	2,18
Totale fibra (g)		14,34
BAMBINI da 6 a 11 anni		
Apporto giornaliero di fibra consigliato: 11-21 g		
Alimento	Quantità (g)	Contenuto di fibra (g)
Cornflakes	40 (colazione)	1,52
Pasta di semola	65 (pranzo) + 30 (cena)	2,56
Pane comune	55 (pranzo) + 55 (cena)	4,18
Carote	100	3,10
Finocchi	100	2,20
Banane	150	2,70
Fragole	150	2,40
Crackers e succo di frutta	25 + 200 (merenda)	1,10
Totale fibra (g)		19,76
RAGAZZI da 12 a 18 anni		
Apporto giornaliero di fibra consigliato: 17-28 g		
Alimento	Quantità (g)	Contenuto di fibra (g)
Biscotti frollini	40 (colazione)	0,76
Pasta di semola	80 (pranzo) + 40 (cena)	3,24
Pane comune	75 (pranzo) + 75 (cena)	5,70
Radicchio rosso	100	3,00
Zucchine	150	1,80
Pere	150	5,70
Mandarini	150	2,55
Pizzetta margherita	100 (merenda)	3,80
Totale fibra (g)		26,55

do il bambino a berne piccole quantità nell'arco della giornata, anche lontano dai pasti. L'eccessiva disidratazione delle feci è, infatti, una delle cause principali di stipsi ostinata; inoltre, i lassativi osmotici funzionano attirando acqua e rammollendo le feci, e possono quindi essere efficaci solo in presenza di acqua nell'intestino.

La difficoltà maggiore per i genitori è comprendere come fornire al bambino stitico, attraverso l'alimentazione, un adeguato apporto di fibra, che nella maggior parte dei casi è carente. Un livello di assunzione giornaliera di fibra auspicabile in età pediatrica può essere calcolato nell'intervallo compreso tra un minimo di grammi dato dalla età anagrafica + 5 e un massimo di grammi dato da età anagrafica + 10 (2). Applicando il criterio a un bambino di 3 anni, questo dovrebbe assumere tra 8 e 13 grammi di fibra al giorno. Il contenuto in fibre degli alimenti è riassunto nella *tabella 1*.

La tolleranza individuale a livello gastrointestinale è variabile e può essere critica in soggetti non adattati. Un eccessivo apporto di fibra può infatti causare disturbi gastrointestinali: meteorismo, gonfiore e dolori addominali. Per questa ragione l'introduzione nella dieta di alimenti contenenti significative quantità di fibra alimentare deve essere graduale. Inoltre un eccessivo apporto di fibra (superiore al range consigliato) potrebbe causare chelazione di sali minerali o perdita di nutrienti, con conseguente insorgenza di carenze.

Adeguate quantità di fibra alimentare possono essere raggiunte semplicemente incoraggiando il bambino a un consumo abituale di cereali, frutta, verdura e legumi. L'introduzione graduale e progressiva di alcuni alimenti di origine vegetale è auspicabile già nel corso del divezzamento nella seconda metà del primo anno di vita, oltre che per l'apporto di una sufficiente quantità di fibra, anche per permettere una naturale accettazione di un corretto regime alimentare dopo il primo anno (3,4).

Si forniscono, nella *tabella 2*, alcuni esempi con i quali il pediatra può aiutare i genitori ad adottare un'alimentazione equilibrata, sufficiente per raggiungere un adeguato apporto di fibra nelle diverse fasce di età pediatrica.

Modificazioni comportamentali In associazione alla dieta sono utili modificazioni comportamentali:

- ▶ riduzione delle tensioni emotive esistenti, cercando di attuare un'attitudine positiva relativamente al problema nel bambino e in tutta la famiglia;
- ▶ "toilette training": consiste nell'insegnare al bambino il modo più corretto per un'efficace evacuazione. La posizione ideale è "semi-accucciata" con entrambe le piante dei piedi saldamente appoggiate a terra o a un sostegno (evitando le gambe penzoloni), onde favorire un potente torchio addominale. Inoltre sono consigliate le sedute dopo i pasti, concedendo al bambino tutto il tempo necessario.

Attività fisica Una regolare attività fisica stimola la funzionalità intestinale, favorendo l'evacuazione. Si consiglia di far attuare al bambino l'attività fisica preferita (nuoto, calcio, pallavolo, basket, tennis ecc.) e di ridurre la sedentarietà quotidiana, sviluppando uno stile di vita più attivo come andare a scuola a piedi o in bicicletta, portare a spasso il cane, giocare all'aria aperta ed evitare di trascorrere troppe ore davanti alla televisione o al computer.

Farmaci I farmaci indicati per la terapia di mantenimento sono i rammollitori fecali che comprendono:

- ▶ *lassativi osmotici*: sono consigliati il lattitolo e il lattulosio al dosaggio giornaliero di 1-3 g/kg/die in un'unica

somministrazione lontano dai pasti, accompagnata da abbondante acqua;

- ▶ *oli minerali lubrificanti*: il più usato è l'olio di vaselina al dosaggio giornaliero di 1-1,5 ml/kg/die in 1 o 2 somministrazioni, preferibilmente alla sera prima di andare a letto;
- ▶ *polietilenglicole*: farmaco di cui si è dimostrata recentemente l'efficacia, nei casi resistenti alle molecole precedentemente descritte. Il dosaggio giornaliero è di circa 0,7 ml/kg/die.

Tutti questi farmaci, che ovviamente il pediatra prescriverà, vanno assunti solitamente dai 3 ai 6 mesi fino alla completa regolarizzazione dell'alvo, aggiungendo la dose fino a quella minima efficace per ottenere feci morbide. Uno degli errori più frequenti, infatti, è quello di sospendere la terapia con rammollitore subito dopo averne osservato un effetto positivo. Questi lassativi vanno usati fino a una completa e persistente normalizzazione dell'alvo, valutando con cautela gli effetti della sospensione. ◆

Bibliografia

- (1) Clinical practice guidelines-NASPGN. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 29:612-6.
- (2) American Health Foundation. Proceedings of the Children's Fiber Conference. American Health Foundation, New York, maggio 1994.
- (3) SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana). LARN - Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti per la popolazione italiana. EDRA Medical Publishing and New Media. Revisione 1996.
- (4) INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione). Tabelle di Composizione degli alimenti. EDRA Medical Publishing and New Media. Aggiornamento 2000.

