

LA “MALATTIA” STIPSI

Gabriele Bazzocchi, Mimosa Balloni, Erica Poletti
Unità di Neuro-Gastroenterologia e Riabilitazione Intestinale
Montecatone Rehabilitation Institute, Imola

Pubblicato in inglese su Pelviperineology nel 2019

DEFINIZIONE e QUADRI CLINICI

Si è sempre detto che la Stipsi è un sintomo e non una malattia, ma oggi si preferisce definire Stipsi una condizione di sofferenza, un insieme di sintomi e di segni clinici a cui il paziente può arrivare attraverso numerose, e tra loro molto differenti, modalità che poi confluiscono a determinare una Sindrome ben precisa con due quadri clinici ben chiari. Il primo è caratterizzato da una rarità e da una ridotta percezione dello stimolo evacuativo, a cui fa seguito di regola una defecazione agevole, tutto sommato soddisfacente, anche se spesso con espulsione di feci piccole e dure. Al di fuori di questo lungo intervallo tra due defecazioni, peraltro spontanee e normali, non vi sono di regola altri disturbi, cosa che distingue in modo netto questa forma di Stipsi dal marasma sintomatologico che è proprio della Sindrome dell’Intestino Irritabile (IBS): dolore addominale più o meno persistente, senso di gonfiore e distensione addominale, inappetenza, digestione difficile, malessere. Il secondo scenario della Stipsi è invece caratterizzato da una notevole associazione di sintomi: in primis una difficoltà espulsiva, con percezione di un ostacolo alla fuoriuscita delle feci, per cui è richiesto uno “sforzo” intenso, la necessità di esercitare un torchio addominale eccessivo, a volte la indispensabilità di doversi aiutare con manovre manuali, con poi spesso la sensazione residua di non avere completato lo svuotamento intestinale. Questo tanto di più se le feci sono scarse e dure, ma il quadro può essere presente anche se la consistenza fecale è regolare o addirittura fluida. Questi due quadri clinici della Stipsi spesso si succedono, di solito il secondo si aggiunge nel tempo al primo, oppure si sommano e si alternano nel breve periodo creando situazioni le più diverse e complicate, ovviamente anche in relazione ai tentativi terapeutici (lassativi, farmaci, integratori, diete) che vengono messi in atto per risolverli. A queste dinamiche alterate della defecazione, la prima identificata come Slow Transit Constipation (STC), la seconda come Disordered Defecation (DD), si associano poi tutti quei disturbi che abbiamo già detto definiscono l’IBS, a volte in modo tale che francamente una sicura distinzione clinica, e di conseguenza fisiopatologica, tra le due Sindromi non è né possibile né utile ai fini terapeutici. A questi si possono associare altri sintomi e segni come un’evidenza di feci di forma e consistenza

anomale (a volte sottili, a volte a “blocchi”, a volte frammentate, maleodoranti), dolore perineale, evidenza di “qualcosa” che prolassa dall’orifizio anale o la presenza di sangue fresco durante e/o dopo la defecazione. Va poi considerato che queste due forme di Stipsi si complicano ulteriormente per disturbi che dipendono da comportamenti errati del paziente piuttosto che da alterata funzionalità intestinale: persone convinte che dopo 48, 36, ma addirittura solo 24 ore di assente percezione del bisogno evacuativo si debba comunque cercare una defecazione, mettono in atto tutta una serie di misure per indurla (assumono lassativi per bocca, si posizionano sul w.c. sforzandosi di ottenere una espulsione di feci, introducono supposte o clismi) sconvolgendo così quello che spesso sarebbe stato un regolare intervallo tra una defecazione spontanea e l’altra. Cercano una soluzione alla loro “stipsi” persone che vorrebbero confinare la defecazione in un certo momento della giornata, a loro gradito perché disponibile la toilette di casa, perché non accada durante l’orario di ufficio e per tanti altri motivi simili. Si posizionano quindi sul w.c. senza avere percepito alcun segnale di “bisogno evacuativo” e “provano”. Nel caso molto probabile di un fallimento o di una scarsità dello svuotamento intestinale così ottenuto, chiedono aiuto in quanto si ritengono affetti da stipsi. Molto spesso questo comportamento viene adottato per cercare di ridurre una situazione di gonfiore, senso di tensione addominale. Si comprende bene che questi comportamenti da soli o sovrapposti alle condizioni di STC e di DD, creano dei quadri clinici così complessi che la loro analisi richiede una indagine anamnestica perlopiù non compatibile con i normali tempi di una visita medica, anche in un contesto specialistico. La mancata comprensione però di tutte le dinamiche in gioco, sottostanti la condizione di stipsi che il paziente riporta al medico a cui si rivolge, pregiudica quasi invariabilmente l’efficacia di qualunque trattamento, anche chirurgico, che questo gli propone.

EZIOLOGIA

In tema di discussione sulla eziopatogenesi della Stipsi, conviene subito sgombrare il campo da quelle situazioni in cui i disturbi della evacuazione sono secondari ad una malattia intestinale il cui esordio può manifestarsi anche, o solo, con questi: neoplasie, complicanze di una malattia diverticolare, coliti infiammatorie, Morbo Celiaco ed altre entità patologiche. Il sospetto che disturbi dell’alvo siano conseguenza di queste patologie insorge di regola facilmente perché quasi sempre oltre alla stipsi sono riscontrabili altri sintomi e segni clinici, definiti appunto “di allarme”, come anemizzazione, calo ponderale, sangue nelle feci in assenza di evidenti patologie anali, astenia, febbre, alterazioni degli esami di laboratorio. Tutte le stipsi “acute”, cioè comparse da poco tempo in individui in precedenza con abitudini evacuative regolari e soddisfacenti, dovrebbero essere gestite dal medico

come potenzialmente secondarie alle cause di cui sopra e quindi portare ad opportune indagini diagnostiche. Anche in presenza di stipsi cronica (sono i tre mesi il limite temporale che distingue le due forme) si deve in prima battuta valutare la possibilità che sia secondaria ad altre patologie, prima di tutto al consumo di certi farmaci. L'assunzione di oppioidi, di calcio antagonisti, agonisti adrenergici, dopaminergici, antidepressivi triciclici, neurolettici ed agenti chemioterapici è spesso gravata dalla progressiva comparsa dei disturbi della defecazione prima visti. Anche turbe metaboliche (ipercalcemia, ipopotassiemia) ed ormonali possono causare stipsi. Molto rilevante è il ruolo delle patologie neurologiche: una severa stipsi è facilmente inquadrabile come conseguenza di una lesione midollare o cerebrale, quando queste siano dovuti a traumi, emorragie, infiammazioni e altro. Al contrario invece, altre malattie neurologiche possono essere alla base di Stipsi in modo decisamente subdolo: è molto più frequente di quanto si pensi il riscontro di una patologia come la Spina Bifida Occulta, la Sindrome del Midollo Ancorato e più in generale patologie della Cauda Equina e della regione sacrale (si pensi alla Sindrome di Currarino) dopo anni ed anni in cui il paziente riportava, di regola in età pediatrica, ma a chi scrive è capitato di diagnosticarle anche in adulti maturi, una Stipsi particolarmente severa e refrattaria ad ogni trattamento. La comparsa di Stipsi in giovani donne può essere per molti anni il primo ed unico disturbo di una Sclerosi Multipla, malattia che viene poi riconosciuta quando compaiono i sintomi neurologici tipici oppure si vanno ad associare i disturbi di una "vescica neurogena": ritenzione e/o incontinenza urinaria. Anche le grandi malattie neurologiche su base neurodegenerativa come il Parkinson o l'Alzheimer sono quasi invariabilmente caratterizzate da un alvo stitico, sia con aspetti di STC che di DD. Non va poi dimenticato che malattie dei gangli nervosi presenti nella parete intestinale come il Morbo di Hirschsprung (con cui si nasce) e la Pseudo Ostruzione Intestinale Idiopatica (che invece insorge in età successive) sono cause di disordini della defecazione a volte di veramente difficile individuazione.

Tutte queste forme dovute ad una eziologia ben identificabile rappresentano però una minoranza di tutti i quadri di stipsi: per avere percentuali esatte si dovrebbe distinguere per età, sesso, comorbidità ecc ecc, cosa esula dagli obiettivi di questo articolo. In ogni caso si è concordi nell'affermare che la maggioranza delle stipsi non riconoscono una causa nota, per cui vengono classificate come Primitive o meglio, come Stipsi Funzionali, dove per "funzionale" si intende che si è di fronte ad un malfunzionamento intestinale che non è possibile, almeno allo stato attuale delle conoscenze, mettere in relazione ad una quadro anatomo-patologico riscontrabile, a "markers" di alterazioni morfologiche o biochimiche a carico del tubo digerente o di altri organi. Sono comunque sempre più precise le osservazioni che anche in queste forme è possibile riscontrare anomalie o di tipo strutturale che riguardano la

composizione cellulare del Sistema Nervoso Enterico, oppure di tipo neuro-umorale come alterazioni di neuromediatori e di sostanze che influiscono sulla regolazione della motilità del colon retto: il problema è che però mai le anomalie riscontrate sono presenti in tutte le forme di Stipsi Funzionale, per cui da una parte si va restringendo il numero di quelle ad eziopatogenesi sconosciuta, ma dall'altra si afferma che la Stipsi è una sindrome, quasi mai una disease, ma certamente una illness.

FISIOPATOLOGIA

La Stipsi è sempre conseguente ad una disfunzione del colon e del retto, dati i tempi di ore con cui si attua il transito nello stomaco e nell'intestino tenue, in confronto ai giorni che fisiologicamente caratterizza quello nel grosso intestino. In estrema sintesi, si riconoscono classicamente due meccanismi che caratterizzano la disfunzione del colon che è alla base della Stipsi: da una parte un deficit, una inefficienza, della motilità propulsiva del colon che produce il mixing ed il trasporto dei contenuti endoluminali del colon (gas e materiale fecale) ed assicura il ciclico riempimento del retto: la chiamiamo "colonic dysmotility". Dall'altra un'alterazione della complessa dinamica sensitivo-motoria che presiede allo svuotamento completo del contenuto rettale, del sigma e del colon discendente, che chiamiamo "obstructed defecation". Il SNC opera nella modulazione di entrambi i meccanismi, ma la colonic dysmotility coinvolge SNA, SNE e la muscolatura liscia del colon, mentre l'efficienza della evacuazione è garantita da una normalità anche della innervazione somatica periferica, della muscolatura striata del diaframma, della parete addominale, del pavimento pelvico comprese le sue strutture fascio-connettivali.

La DISMOTILITY è caratterizzata da una riduzione/assenza delle contrazioni peristaltiche ad effetto propulsivo del colon: gli studi più recenti hanno iniziato a riscontrare alterazioni dei complessi meccanismi di regolazione del Sistema Nervoso Enterico (SNE), un vero e proprio "secondo cervello" che si trova nella parete intestinale e la cui complessità, per numero di neuroni e integrazione tra loro, è paragonabile a quella dell'encefalo. Difficoltà tecniche e di ordine etico impediscono di condurre studi sull'uomo sano e malato per capire le relazioni tra le anomalie individuate nel funzionamento del SNE, ed i comportamenti della contrattilità della muscolatura del viscere visti in persone con stipsi, ma non vi sono dubbi che questo fattore di anomalo trasporto del contenuto endoluminale attraverso il colon, tra l'altro spesso allungato e contorto, giochi un ruolo causale in molte stipsi. Le recenti evidenze che vengono dal gruppo australiano di Dinning e Marcello Costa dimostrano come la peristalsi nel colon sia modulata non solo dalla perfetta integrazione di stimoli inibitori e eccitatori che hanno luogo nella rete neuronale del

SNE e che si susseguono nello stesso tratto di viscere, ma anche da un recettore “meccanico” che registra il grado di dilatazione che il contenuto endoluminale esercita su quel dato segmento intestinale. In altre parole la propulsione dei contenuti nel colon è funzione del volume e della consistenza del materiale trasportato dalla peristalsi stessa la cui regolazione quindi dipende da fenomeni di accoppiamento neuro-meccanico che si modificano in presenza di alterazioni della composizione del MI. Se ne deduce che a parità di capacità “contrattile” del viscere, se il contenuto è costituito da materiale fecale scarso e fluido, l’efficienza del transito oro-aborale è profondamente diversa in confronto ad un contenuto voluminoso e di consistenza pastosa. E’ quindi lecito supporre che in questo tipo di stipsi la “Colonic Dysmotility” possa derivare anche da una profonda alterazione quantitativa e qualitativa della composizione del microbiota intestinale (disbiosi) che abbia compromesso la possibilità di formare una massa fecale adeguata ad essere fisiologicamente trasportata, visto che il 70% del peso delle feci (tolta l’acqua) è costituita dai batteri vivi che albergano nel colon. L’evacuazione intestinale, contrariamente alla minzione, che è necessaria per eliminare all’esterno prodotti metabolici che altrimenti sarebbero dannosi e tossici per il nostro organismo, non è altro che il meccanismo, certamente non sufficiente, ma sicuramente necessario, per mantenere l’equilibrio della flora batterica che alberga e si sviluppa nel nostro intestino come risultato di un vero e proprio processo produttivo, di un “bioreattore anaerobico” contenuto nel colon. Il colon umano è l’ecosistema con la più alta concentrazione di batteri esistente sul pianeta Terra: parliamo di un chilo e mezzo di microrganismi, cioè centomila miliardi di cellule, a fronte dei 10.000 miliardi di cellule eucariotiche che costituiscono l’organismo umano. Quasi 1000 tipi di specie batteriche, con più di 7000 ceppi, sono state individuate e definiscono il Microbiota Intestinale (MI), ma molte sono ancora “sconosciute”.

Una evacuazione intestinale efficiente richiede una coordinazione totale tra sforzo e rilasciamento della muscolatura del pavimento pelvico e sfinteri anali. Una OBSTRUCTED DEFECATION può derivare da disordini di questa coordinazione anorettale su base solo funzionale, come nel caso di una contrazione paradossa del M. Puborettale e/o una dissinergia addomino-perineale, per cui non si realizza l’indispensabile incremento pressorio sul retto che spinge le feci all’esterno. Oppure da alterazioni strutturali che vanno meccanicamente ad ostacolare la fuoriuscita del contenuto fecale: sfiancamenti della parete del retto (rettocele), patologica discesa del piano perineale, prolasso o intussuscezione rettali sono le condizioni che impediscono l’efficienza della evacuazione a volte fino a impedirli del tutto. Da qui la necessità di “aprire” la strada alla espulsione del contenuto fecale con supposte, clismi, manovre manuali e l’assunzione di posture particolari. Tra alterazione funzionale e quella

strutturale esistono circoli viziosi continui, per cui l'insorgenza di uno peggiora il secondo e così via.

ASSESSMENT

Una meticolosa raccolta della storia clinica ed una valutazione proctologica, meglio se completata da una ano-rettoscopia senza una preventiva preparazione, permettono di raccogliere nella maggioranza dei casi tutti gli elementi necessari per un corretto inquadramento della forma di stipsi in questione. L'esecuzione di una esplorazione rettale prima digitale e poi con rettoscopio "disposable", ma non avendo attuato alcuna preparatoria pulizia del viscere, si rivela molto utile in questi casi perché permette di documentare un'eventuale presenza di feci nel retto: sapendo la distanza dall'ultima evacuazione si può così dedurre se la coprostasi rettale è conseguenza di un'incompletezza dello svuotamento, nel caso che questo sia avvenuto da breve tempo. Oppure può segnalare una problematica di sensibilità viscerale se l'ultima evacuazione è avvenuta in precedenza, ad una notevole distanza, e la presenza non è stata percepita dal paziente.

La valutazione clinico-anamnestica è sufficientemente precisa ovviamente in assenza dei sintomi/segni "di allarme" di cui si è detto in precedenza: il riscontro di uno o più di questi obbliga a specifici percorsi diagnostici clinico-laboratoristico-strumentali per escludere le patologie citate ed altre possibili cause organiche del disturbo evacuativo.

Le indagini che permettono di acquisire ulteriori elementi di distinzione tra i meccanismi fisiopatologici in gioco in una stipsi sono certamente la Defecografia e la Manometria Ano-Rettale, ma si tratta di esami che forniscono elementi utili solo se realizzate da operatori esperti e secondo precisi protocolli di esecuzione che quasi mai sono quelli "standard" forniti da radiologie e Gastroenterologie non dedicate a questa patologia. Valga per tutti l'esempio di una Manometria Ano-Rettale eseguita con una tecnica che non permette di registrare l'incremento pressorio che si realizza nel retto superiore durante il torchio addominale, lo sforzo evacuativo. La mancanza di questo elemento non permette di riconoscere e classificare il tipo di Defecazione Dissinergica eventualmente presente. A queste due indagini si possono aggiungere il Test della Espulsione di un Pallone Rettale, Elettromiografia del Perineo e sfinteri anali, ma non cambia il discorso: forniscono elementi utili solo in mani esperte e quando l'indicazione è ben chiara.

Anche indagini come lo studio del Tempo di Transito Intestinale usando marcatori radiopachi, non sono di uso diffuso perché il loro valore clinico dipende dalla tecnica impiegata, dalla concomitante raccolta di un Diario Evacuativo, dall'inserimento in un ben preciso programma terapeutico.

QUALI SONO LE TERAPIE DELLA STIPSI?

Il numero di integratori, supplementi, farmaci, dispositivi, schemi dietetici, indicazioni comportamentali, programmi riabilitativi e proposte di trattamenti terapeutici psicologici o mediante l'uso dell'acqua che vengono proposti alle persone con stipsi è tale che la loro semplice elencazione occuperebbe volumi. Forse nessun altro disturbo annovera tante "cure" come la stipsi. Molti di questi approcci non sono mai stati sottoposti ad una rigorosa valutazione scientifica, ma si fondano sui tanti "passa-parola" che esistono in tema di terapia della stipsi e, forse ancor di più, sulla disperata ricerca di qualunque soluzione dato l'incredibile effetto di compromissione della Qualità di Vita che hanno le turbe della defecazione e la scarsa offerta di risposte integrate, competenti, dedicate da parte delle strutture ospedaliere pubbliche. L' "armamentario" a disposizione del medico è molto ampio anche a volerlo restringere a quei presidi sostenuti in vario grado da evidenze di efficacia. Certamente i prodotti a base di macrogol 3550 o 4000 sono utili, ad alte dosi per ottenere risoluzioni di "blocchi", ritenzioni fecali importanti, a piccole dosi per garantire una consistenza fecale ottimale che aiuti un'evacuazione agevole. Anche i "veri" lassativi sono utili: picosolfato, prodotti a base di senna, cascara ecc stimolano la propulsione del colon in modo indiscutibilmente efficace. Affidare però la soluzione di una stipsi solo alla continua assunzione di questi farmaci non ha senso, ma in combinazione con altre strategie il loro impiego può rivelarsi utile ed insostituibile. Non si capisce la così diffusa preferenza di procurarseli in erboristerie, mercati, negozi di prodotti "naturali" rispetto ai prodotti presenti in farmacia, i quali sono stati sottoposti a severe prove di tollerabilità, di definizione della dose giusta, di serietà della tecnica farmaceutica con cui sono stati preparati. La presunta "naturalità" del prodotto non di farmacia spesso nasconde grossi problemi di biodisponibilità, purezza, efficacia dose dipendente, presenza di additivi ed altre sostanze che hanno effetti controproducenti.

Vi sono poi i prodotti a base di fibra alimentare solubile (derivati dello psyllium, glucommanani e tanti altri): l'assioma stitichezza uguale sempre carenza di fibra e quindi utilità di una dieta ricca di frutta e verdura e di supplementi di crusca non è mai stato vero ed è alimentato solo da "miti metropolitani", ma che questo tipo di cura abbia dei positivi effetti in molte forme di stipsi non vi sono dubbi.

Stesso discorso per i prodotti a base di batteri vivi, i probiotici, e di prebiotici come i FOS, l'inulina e altri. La loro combinazione ed eventuale associazione con altre strategie (lassativi, farmaci procinetici) è utile per quel riequilibrio del MI che oggi è uno dei target terapeutici più importanti alla luce di quanto accennato sopra. Siamo già alla fase in cui si distingue tra un probiotico ed un altro, tra prodotti mono-ceppo e miscele di vari microrganismi, sulla quantità somministrata, sulla loro capacità di

colonizzare il tubo digerente, a seconda della patologia per cui si vuole impiegarli, stipsi, diarrea, malattia infiammatoria ecc ecc.

Vi sono poi farmaci come la prucalopride, la linaclotide ed altri di più recente disponibilità che hanno potenti effetti nella stimolazione della peristalsi del colon con meccanismi diversi e più “fisiologici” rispetto ai lassativi. Nelle forme di stipsi alla cui base vi è unicamente una DISMOTILITY si rivelano indubbiamente utili, mentre nei casi in cui anche gli altri due meccanismi causali, OBSTRUCTED DEFECATION e DISBIOSI, giocano un ruolo rilevante, da soli non riescono a risolvere il quadro e, poiché il loro uso comporta costi discretamente elevati, vengono abbandonati, mentre in combinazione con altri presidi potrebbero essere efficaci e risolutivi. Molte persone con stipsi, constatata la non efficacia di schemi di terapia orale ricorrono a clismi, rettoclisi, sedute di idrocolonterapia. Anche questi approcci spesso, da soli, non risultano risolutivi, ma non vi è dubbio che spesso sono utili per rimuovere dal grosso intestino contenuti ormai stagnanti e permettere al colon di “sopportare” l’istaurarsi di una politerapia orientata in particolare al riequilibrio del MI, terapia che però nelle fasi iniziali potrebbe risultare gravata da gonfiore, dolore, irregolarità della frequenza delle evacuazioni e persistenza dei sintomi di ostruzione. Questi disturbi portano il paziente a sospendere la terapia prima che questa abbia attuato gli effetti benefici che pur poteva ottenere, ma in tempi lunghi, spesso insopportabili. Da qui l’utilità di garantire un’evacuazione “artificiale” attraverso questi diversi approcci di Trans Anal Irrigation (TAI) che oggi si avvalgono anche di sofisticati sistemi “a pressione positiva costante controllata”, cioè in cui l’acqua viene introdotta a pressione positiva rispetto a quella atmosferica (come invece è per la rettoclisi) e non intermittente (come invece avviene per perette, schizzettoni) e adattata al singolo paziente. La TAI con questi dispositivi, inizialmente esclusiva di pazienti con forme di stipsi secondaria a patologie neurologiche, si sta rivelando utile anche nelle forme funzionali più gravi e nelle forme insorte dopo interventi demolitivi degli organi pelvici.

.... E LA DIETA, LA RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO, IL BIOFEED-BACK, LA CHIRURGIA?

La confusione del paziente sul tema “alimentazione” è tanta, ma anche spesso dei terapeuti, che prescrivono restrizioni spesso insopportabili e prive di senso. Per quel che riguarda la stipsi “di per sé”, non associata ai sintomi di altre malattie funzionali, come la Sindrome dell’Intestino Irritabile, oppure ben documentate da esami di laboratorio e strumentali come allergie ed intolleranze, Malattie Infiammatorie ecc ecc, il regime dietetico da seguire è la Dieta Mediterranea: qualunque eliminazione di componenti del nostro tradizionale modo di alimentarci, effettuata per paura di altre

patologie (via i grassi che fanno male!) oppure nella convinzione di aiutare la risoluzione della stipsi (mangi tanta verdura e frutta!) si traduce in uno squilibrio del MI, un impoverimento della sua varietà, con prevalenza e “dominio” di certi gruppi batterici piuttosto che altri, e ciò ha sempre delle conseguenze patologiche, compreso stipsi e discomfort addominale, per cui è difficile che possa rivelarsi terapeutica per gli stessi disturbi. Le tecniche di riabilitazione del pavimento pelvico, il biofeed-back, in mani esperte e per forme di stipsi ben selezionate sono indiscutibilmente utili. Lo stesso discorso vale per gli interventi chirurgici orientati a risolvere le patologie che abbiamo visto che causano ostruzione meccanica al passaggio ed espulsione delle feci a livello rettale. Non vi sono dubbi sull’indicazione a procedere chirurgicamente in una donna con un prolasso/intussuscezione del retto, rettocele anteriore di notevoli dimensioni, che si sono formati nel tempo dopo parti difficoltosi, e la necessità per anni di esercitare uno sforzo evacuativo eccessivo per la presenza di feci “caprine” in seguito a errori alimentari. Ma anche questo intervento non darà la stessa soddisfazione se non preceduto e seguito da un ripristino della normale consistenza e volume delle feci potendo, le feci “caprine”, essere espressione anche di DISBIOSI e DISMOTILITY del colon, oltre che di patologico ristagno nel sigma-retto per incompletezza della evacuazione in quanto ostacolata. Sulla indicazione ad eseguire interventi di chirurgia maggiore sul colon come colectomie totali o comunque resezioni estese, in questi ultimi anni sono insorte notevoli perplessità in assenza di precise documentazioni di alterazioni del Sistema Nervoso Enterico. Di solito a questi interventi si ricorre in “extrema ratio” e per rimediare precedenti approcci chirurgici non risolutivi.

CONCLUSIONE

La stipsi, condizione sindromica che non minaccia la vita del paziente come altre patologie dell’apparato digerente, in primis il cancro, ma anche le Malattie Infiammatorie Intestinali, le epatiti, l’ulcera peptica ecc ecc, causa una sofferenza ed una riduzione della Qualità di Vita a volte superiore a queste. E’ molto frequente e ha un costo sociale enorme per cure, esami, ricoveri e compromissione della capacità lavorativa in tutto il mondo ad alto tenore di vita. Riconosce una eziopatogenesi molto complessa in cui giocano una parte ugualmente rilevante sia i meccanismi fisiopatologici che ne sono alla base, sia gli approcci terapeutici che vengono “tentati”, assunti e poi abbandonati, in un vortice spesso inestricabile di circoli viziosi di causa-effetto. Non è ritenuta dalla organizzazione sanitaria un problema importante, per cui non vi sono Centri espressamente dedicati negli ospedali italiani. Il paziente deve cercare soluzioni rivolgendosi allo specialista che si occupa di questi disturbi, il quale, anche se quello giusto sul piano delle conoscenze culturali e

l'esperienza clinica in tema di stipsi, difficilmente si potrà avvalere di un team integrato delle tante competenze che abbiamo visto hanno un ruolo nella diagnostica e nell'approccio globale al paziente con stipsi.