



## Il Manuale di Clinica Pratica

---

<b>Titolo</b>	Diarrea e stipsi
<b>Data</b>	26 febbraio 2006 alle 17:29:00
<b>Autore</b>	R. Rossi

---

### LA DIARREA

Ressa:  
Allora, caro Rossi, come definiresti la diarrea? Mi pare che ci sia qualche confusione in merito...

Rossi:  
Si crede che diarrea sia equivalente ad emissione di feci liquide. Si capisce però che si tratta di un parametro per certi versi soggettivo e talora difficile da valutare, se si escludono i casi eclatanti. Gli studiosi hanno dato questa definizione di diarrea: aumento (più di tre volte al giorno) delle evacuazioni e aumento del peso delle feci evacuate al giorno (superiore a 200 grammi/die).

Ressa:  
Questa del peso mi fa un po' ridere...

Rossi:  
In effetti direi che non è una parametro ottimale da far misurare al paziente. Ai fini pratici, possiamo però dire che per diarrea si intende un aumento delle evacuazioni giornaliere (rispetto allo standard per quel paziente) con emissione di feci molli o acquose. Faremo bene comunque a non focalizzare troppo l'attenzione sui criteri della definizione: in genere un paziente sa benissimo quando soffre di diarrea.

Ressa:  
Ho sentito parlare di vari tipi di diarrea: secretoria, osmotica, infiammatoria, grassa...  
Puoi dirci brevemente di cosa si tratta? Rossi:  
E' una classificazione della diarrea di tipo fisiopatologico che si richiama al meccanismo che ne sta alla base. A mio avviso non conviene perderci troppo tempo perché credo sia più utile una classificazione di tipo clinico che distingue le diarree in acute e croniche.

Ressa:  
Bene, cominciamo allora con la diarrea acuta...

Rossi:  
Si definisce acuta una diarrea che dura da meno di 4 settimane. La causa più frequente è una infezione (virus, batteri, protozoi e parassiti multicellulari). Altre cause possono essere un'intossicazione alimentare, allergie ad alcuni alimenti oppure l'uso di farmaci. Numerosi sono i farmaci che possono essere responsabili di diarrea: molti antibiotici, antineoplastici, antidiabetici (acarbiosio, metformina), vari FANS, chinidina, beta-bloccanti, orlistat, teofillina. Da non dimenticare una situazione che può sfuggire se non ci si pensa: la diarrea potrebbe essere dovuta ad abuso di lassativi.  
Esiste anche la falsa diarrea che si verifica in caso di fecalomi; il fecaloma è un accumulo di feci dure e secche che si realizza in caso di stipsi ostinata e si situa a livello dell'ampolla rettale: il paziente riferisce perdite rettali liquide che però non sono delle vere feci.  
Infine una forma acuta potrebbe in realtà essere la presentazione iniziale di una diarrea cronica.

Ressa:  
Come comportarsi di fronte ad una diarrea acuta? Rossi:  
Anamnesi ed esame obiettivo rimangono fondamentali. Nell'anamnesi si deve valutare soprattutto l'assunzione di farmaci o di particolari alimenti (alcuni soggetti ingeriscono molti zuccheri e dolcificanti artificiali che sono responsabili di diarrea e flatulenza) oppure un recente viaggio all'estero (diarrea del viaggiatore). Bisogna chiedere inoltre se nelle feci sono presenti muco e sangue, segni che possono orientare verso una genesi infettiva batterica oppure verso una rettocolite ulcerosa all'esordio.  
L'esame obiettivo non serve ovviamente per determinare la causa della diarrea ma per valutarne la gravità. E' importante soprattutto esaminare l'idratazione del paziente con l'esame delle mucose e della pressione in clino e ortostatismo, la presenza di segni neurologici (che orientano verso una tossinfezione alimentare). Particolare attenzione va posta ai bambini piccoli che vanno incontro facilmente a disidratazione (alla diarrea può associarsi anche il vomito); in questi casi può essere prudente prevedere un ricovero di qualche giorno per ripristinare l'equilibrio idro-elettrolitico con una terapia infusiva.

Ressa:  
E' necessario richiedere esami di laboratorio o strumentali?

Rossi:  
Nella maggior parte dei casi la diarrea acuta ha un decorso autolimitato e non necessita di accertamenti. In alcuni casi particolarmente impegnati è opportuno tuttavia richiedere un emocromo (per escludere o confermare una anemia e per



valutare una leucocitosi che può indirizzare verso una forma batterica), elettroliti, azotemia e creatinina (per evidenziare disidratazione). Utile può essere la coprocultura se si sospetta una diarrea di origine batterica (salmonella, shigella, coli patogeni, campylobacter, yersinia, vibrione); se il paziente ha assunto recentemente antibiotici bisogna richiedere una coprocultura per clostridium difficile nell'ipotesi di una colite pseudomembranosa. Anche la ricerca di uova e parassiti fecali talora può risultare di una qualche utilità. In alcuni casi, se la diarrea si protrae e/o è grave può essere necessario ricorrere ad un esame endoscopico. Ressa:

Vi sono particolari categorie di pazienti a cui porre attenzione?

Rossi:

Nei pazienti affetti da AIDS una diarrea acuta può significare la presenza di una colite batterica oppure di un linfoma a localizzazione colica. Nei pazienti con neoplasia la comparsa di diarrea acuta può essere una complicanza della chemioterapia o della radioterapia, talora essere dovuta allo scioglimento di un fecaloma oppure all'uso eccessivo di lassativi (di solito usati in associazione alla morfina per combattere la stipsi causata dall'oppioide).

Ressa:

Insomma, come dobbiamo comportarci di fronte ad un paziente con diarrea acuta dal punto di vista della terapia?

Rossi:

La cosa più importante è reintegrare la perdita di liquidi ed elettroliti. Nei normali casi ambulatoriali può essere sufficiente ricorrere alle soluzioni reidratanti orali che si trovano in libera vendita in farmacia. Comunque si può preparare la soluzione anche in casa sciogliendo in un litro d'acqua 4 cucchiaini di zucchero, un cucchiaino di sale da cucina, 2 banane frullate e un cucchiaino di bicarbonato di sodio.

Per quanto riguarda la quantità da somministrare questa dovrà essere guidata dalla sete del paziente e dal suo stato di idratazione.

Ressa:

Io la sapevo diversa: pozione del Riverio: un litro d'acqua, succo di 1-2 limoni, 3 cucchiaini di zucchero, 1 cucchiaino di bicarbonato un pizzico di sale; mescolare il tutto a temperatura ambiente e berlo a piccolissimi sorsi (1-2 cucchiaini di bevanda ogni 5-10 minuti).

Qualche consiglio alimentare al paziente con diarrea? Rossi:

Di solito io consiglio di eliminare il latte e di privilegiare per qualche giorno una dieta a base di riso, patate lesse, pollo o pesce bollito, banane, the, grissini.

Ressa:

Esiste uno spazio per la terapia farmacologica?

Rossi:

Tra gli antidiarroeici trovo comoda la loperamide che prescrivo nei casi in cui le scariche siano molto frequenti. Come da scheda tecnica il farmaco non va usato al di sotto dei 12 anni, in gravidanza e durante l'allattamento, se vi è sangue nelle feci o febbre elevata che facciano pensare ad una enterite batterica; va evitato anche in caso il paziente soffra di colite ulcerosa.

Ressa:

Ricordo anche una bella ritenzione acuta di urina di un paziente con iperplasia prostatica mentre soggiornava in un paese tropicale (e meno male che lo avevo avvisato di non usare prodotti per fermare la diarrea ma solo antimicrobici). E gli antibiotici?

Rossi:

Le comuni enteriti acute ambulatoriali nella maggior parte dei casi sono dovute a virus (rotavirus, adenovirus, coronavirus e altri) e anche nei casi batterici (circa il 20% dei casi è dovuto a infezioni da Campylobacter, Shigella, Salmonella, E. Coli, Yersinia, Vibrio e altri) il decorso è molte volte autolimitato per cui di solito non prescrivo antibiotici. In realtà vi sono alcune prove che la diarrea acquisita in comunità possa avere un decorso più breve di 1-2 giorni con l'uso della ciprofloxacina (studi con altri antibiotici hanno dato risultati incerti). In linea generale si può consigliare di ricorrere all'antibiotico quando vi è febbre alta, se vi sono feci sanguinolente o se la diarrea persiste oltre i 3-4 giorni.

Un caso particolare è la cosiddetta diarrea del viaggiatore che nell'80% dei casi è provocata da batteri (soprattutto E. Coli enterotossica ma anche Salmonella, Shigella o rotavirus). Vi sono numerosi RCT che hanno dimostrato che l'uso empirico di antibiotici (i due più usati sono chinolonici e cotrimoxazolo) riducono la durata della diarrea acquisita durante un viaggio di un paio di giorni. Alcuni consigliano in alternativa un macrolide come l'azitromicina o la claritromicina. Anche la rifaximina ha dimostrato di essere efficace per la profilassi della diarrea del viaggiatore, perlomeno nei casi in cui questa è dovuta a E. Coli.

Ressa:

Altre terapie come i fermenti lattici?

Rossi:

I probiotici vengono ampiamente usati; quasi sempre sono gli stessi pazienti che iniziano spontaneamente ad assumerli. Alcune segnalazioni suggeriscono che possono avere una certa utilità (vedi una recente revisione Cochrane), così come per la diosmectite, che talora anch'io prescrivo. Penso però che si tratti di una terapia complementare dalla quale non mi aspetto miracoli anche perché la maggior parte delle enteriti acute guarisce spontaneamente in pochi giorni.

Ressa:



Quando dobbiamo ricoverare il paziente? Rossi:

Vanno ricoverati i neonati e i lattanti, i pazienti con gravi segni di disidratazione (perdita > 10% del peso), con condizioni generali scadute oppure se la diarrea è abbondante, sanguinolenta, persistente e/o con febbre elevata.

Ressa:

Passiamo alla diarrea cronica.

Rossi:

Qui le cose si fanno più complesse in quanto possono essere in gioco numerose patologie; le cause infettive sono responsabili raramente di una diarrea cronica.

Spesso si rendono necessari accertamenti laboratoristici e strumentali.

Ressa:

Un iter diagnostico di minima?

Rossi:

Esami di routine come l'emocromocitometrico, la VES, la PCR, l'elettroforesi proteica, la sideremia e la ferritina sono utili per studiare lo stato generale del paziente con diarrea cronica.

Bisogna poi chiedere una coprocultura e un esame parassitologico delle feci (aggiungere anche la ricerca di antigeni fecali della Giardia).

Ressa:

La giardiasi cronica è una delle cause più comuni a tutte le età e, a volte, è difficile da eradicare. Rossi:

Una volta esclusa una causa infettiva si può puntare l'attenzione sulle patologie infiammatorie croniche dell'intestino (colite ulcerosa e morbo di Crohn) e neoplastiche: una colonscopia e/o un esame radiologico del piccolo intestino possono essere di aiuto nella diagnosi.

Infine vanno esplorate altre possibilità:

- una insufficienza esocrina pancreatica conseguenza per esempio di una pancreatite cronica in cui le feci appaiono grasse e untuose

- una celiachia

- una intolleranza al lattosio

- una diarrea endocrina (ipertiroidismo, gastrinoma, VIPoma, feocromocitoma)

In alcuni casi la negatività degli esami di primo livello, la persistenza della sintomatologia e la necessità di ricorrere a test particolari (per esempio il test alla secretina per svelare una insufficienza pancreatica o il breath test al lattosio) consigliano di inviare il paziente presso un centro gastroenterologico.

Vorrei infine ricordare due punti sempre da valutare prima di imbarcarsi in lunghi ed estenuanti accertamenti:

- la sindrome del colon irritabile può essere responsabile di periodi di diarrea (vedi il capitolo relativo)

- chiedere sempre al paziente circa un eventuale abuso di lassativi. Ressa:

Come si tratta la diarrea cronica?

Rossi:

Da quanto si è detto finora si può capire che il trattamento dovrebbe esser indirizzato alla causa che sta alla base del disturbo.

Nei casi in cui non si arrivi ad una diagnosi oppure in attesa dell'esito degli accertamenti può essere prescritta una terapia sintomatica a base di inibitori della motilità intestinale come la loperamide. Gli autori anglosassoni usano anche la clonidina e gli oppioidi come codeina e morfina, ma in Italia quest'ultimo è un approccio che non gode di molta simpatia sia per i formalismi di legge che regolano la prescrizione di questi farmaci sia per il timore di un abuso, timore che, secondo la letteratura, sarebbe però esagerato. Possono risultare di una certa utilità anche gli addensanti come la diosmectite.

Alcuni consigliano un tentativo empirico con un antibatterico (chinolonico o metronidazolo) o con colestiramina.

Nella steatorrea di origine pancreatica trovano indicazione gli enzimi pancreatici.

## LA STIPSI

Ressa:

Dalla padella alla brace... parliamo ora della stipsi.

Rossi:

Si intende per stipsi una riduzione della frequenza delle evacuazioni rispetto al normale.

Prima però bisognerebbe definire qual è la normalità. Gli studiosi si sono messi d'accordo ed hanno definito normale una frequenza che va da 2 volte al giorno a 3 volte alla settimana.

Ressa:

Da dove hanno tirato fuori queste percentuali?

Rossi:

Non te lo so dire anche se immagino abbiano usato degli studi epidemiologici. Così per stipsi si intende una frequenza di evacuazioni di 2 volte alla settimana o frequenze inferiori. Comunque, secondo me, sono numeri da prendere con beneficio d'inventario...

Ressa:

Quanti tipi di stipsi esistono?



Rossi:

Come succede per molte alte condizioni la stipsi viene suddivisa in forme secondarie e primitive.

Ressa:

Partiamo dalle prime...Rossi:

Vi sono numerose situazioni che possono causare stipsi. Alcune sono abbastanza facilmente individuabili con l'anamnesi o con alcuni semplici test di laboratorio: diabete, ipotiroidismo, ipercalcemia, ipopotassiemia, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, ictus cerebrale, uso di farmaci (FANS, oppioidi, antispastici, antidepressivi triciclici, antipsicotici, levo-dopa, calcioantagonisti, clonidina, antiacidi, sucralfato, colestiramina, alcuni chemioterapici come il metotrexato o il fluorouracile). Negli anziani che fanno poco movimento, sono spesso seduti o allettati, hanno una dieta povera di fibre, spesso la stipsi è dovuta alla formazione di fecalomi che è necessario rimuovere manualmente.

Ressa:

Ricordo che anche patologie del tratto digestivo possono causare stipsi: diverticoli, neoplasie, sindromi aderenziali addominali post-chirurgiche, patologia ano-rettale (ragadi, emorroidi trombizzate, prolasso della mucosa anorettale)...

Rossi:

L'esame della zona anale è sempre indispensabile nel caso di stipsi anche se in caso di ragade o emorroidi trombizzate il sintomo principale che porta dal medico di solito è il dolore.

Ressa:

E la malattia di Hirschsprung?

Rossi:

Mai vista! Comunque la malattia di Hirschsprung (o megacolon congenito) è una anomalia di innervazione (assenza dei plessi autonomici a livello della parete intestinale), di solito limitata al colon, che comporta una ostruzione funzionale alla progressione delle feci. Nelle forme più conclamate la malattia si diagnostica già nei bambini che presentano stipsi importante e distensione addominale. Nelle forme più lievi vi può essere solo una stipsi episodica per cui la diagnosi viene posta durante l'adolescenza o nei giovani adulti. Ressa:

Veniamo alla stipsi idiopatica o primitiva...

Rossi:

Si pensa che essa possa verificarsi essenzialmente per due meccanismi:

il transito intestinale rallentato a causa di un malfunzionamento delle fibre muscolari lisce della parete intestinale primitivo o mediato da una alterazione funzionale delle fibre nervose che le innervano  
difficoltà o incapacità ad espellere le feci per una insufficienza del complesso meccanismo che regola questa delicata funzione (in pratica durante il tentativo di espulsione delle feci la muscolatura del pavimento pelvico e dello sfintere anale esterno invece di rilassarsi si contraggono, vi è, in altre parole, una dissinergia del pavimento pelvico)  
I due meccanismi possono coesistere nello stesso paziente.

Ressa:

Come si valuta un paziente che riferisce stipsi...

Rossi:

Anzitutto è bene chiedere cosa intende per stipsi perché può essere che i pazienti non abbiano le idee chiare. Poi con anamnesi ed esame obiettivo bisogna cercare di escludere qualche forma secondaria. E' importante soprattutto una attenta anamnesi farmacologica perché abbiamo visto che ci sono molti prodotti che possono causare stipsi. Ressa:

Si richiedono accertamenti?

Rossi:

Dipende naturalmente da quanto tempo dura il sintomo. Se si tratta di un disturbo transitorio di recente insorgenza può essere appropriato solo un trattamento sintomatico, purché ovviamente non vi siano segni che orientano verso una patologia organica come una occlusione intestinale.

Se il disturbo è cronico può essere utile chiedere una glicemia, una calcemia, una potassiemia e un TSH. Inoltre consiglieri anche un emocromo con sideremia e ferritina e una ricerca del sangue occulto nelle feci, tutti esami che possono eventualmente indirizzare verso una patologia infiammatoria o neoplastica del colon.

Gli esami endoscopici (ano-retto-sigmoidoscopia e colonscopia) sono richiesti se si sospetta una patologia organica (per esempio se vi è rettorragia o ematochezia o anemia sideropenica).

Nei pazienti che lamentano anche dolore addominale una radiografia in bianco dell'addome serve ad escludere la presenza di livelli idro-aerei sospetti per sindrome occlusiva.

Ressa:

E nei pazienti che lamentano stipsi cronica idiopatica intrattabile? Rossi:

Può essere utile ricorrere alla valutazione di un gastroenterologo dedicato che potrà eseguire una manometria rettale e una defecografia. Ho per la verità un'esperienza limitata di casi come questi ma ho visto che, anche dopo ripetute valutazioni specialistiche, il paziente deve tenersi il suo disturbo e imparare a convivere.

Ressa:

Anch'io, sono esami che non ho mai fatto eseguire.



## Come trattiamo la stipsi?

Rossi:

Nelle forme acute di recente insorgenza spesso è lo stesso paziente che si reca in farmacia e assume di sua iniziativa un lassativo.

Nel forme croniche idiopatiche si raccomanda di solito di aumentare la quantità di fibre assunte con la dieta, di bere molto e di praticare attività fisica.

I pazienti affetti da dissinergia del pavimento pelvico possono trarre giovamento da tecniche di biofeed-back che insegnano a controllare l'ultima fase di espulsione delle feci con l'uso della manometria rettale in modo che il paziente stesso cerchi di eliminare la contrattura paradossa che si verifica durante la defecazione.

Ressa:

Non mi è mai capitato di avviare pazienti a queste metodiche, maledetta ignoranza !

E i lassativi? Rossi:

Sono utili se usati sporadicamente ma spesso i pazienti tendono a farne un uso cronico provocando talora una vera e propria stipsi da lassativi.

Se ne distinguono diversi a seconda del loro meccanismo d'azione: lassativi di massa (a base di metilcellulosa o psyllium), emollienti (arcinota la miscela dei tre oli), osmotici (sali di magnesio, lattulosio, sorbitolo), stimolanti (olio di ricino, senna, cascara).

Quelli meglio tollerati nell'uso cronico sono i lassativi di massa e quelli osmotici.

Talora possono trovare indicazione le supposte di glicerina e i clisteri, soprattutto nei casi di dissinergia del pavimento pelvico.

Ressa:

Due parole per concludere...

Rossi:

Direi di far nostre le conclusioni di una recente revisione per sdrammatizzare un po' la questione. La stipsi cronica infatti è una condizione comune che preoccupa i pazienti ma non è pericolosa e sulla quale medici e pazienti forse devono rivedere alcune convinzioni (Müller-Lissner SA et al. Am J Gastroenterol. 2005;100:232-242). Queste sono le principali conclusioni:

- 1) non c'è nessuna prova che la stipsi sia dannosa perché provoca una "autointossicazione" (assorbimento di sostanze tossiche dalle feci che ristagnano nel colon)
- 2) il dolicocolon non è una causa di stipsi
- 3) il ruolo degli ormoni sessuali nel causare stipsi è controverso, probabilmente minimo, anche se durante la gravidanza le variazioni ormonali possono essere responsabili di un rallentamento del transito intestinale.
- 4) l'ipotiroidismo è una causa rara di stipsi
- 5) una dieta povera di fibre probabilmente non causa stipsi; è vero che alcuni pazienti possono beneficiare da un aumento delle fibre nella dieta, ma è anche vero che soggetti con forme severe di stipsi peggiorano quando aumentano l'introito di fibre
- 6) non ci sono prove che l'aumento dell'introito di liquidi migliori la stipsi
- 7) alle dosi comunemente usate i lassativi di tipo stimolante non sono pericolosi e anche in chi li usa cronicamente è difficile che si instaurino fenomeni di tolleranza; non ci sono prove che alla sospensione dei lassativi si abbia una stipsi da rebound né che l'uso cronico porti alla dipendenza.

Ressa:

La stipsi cronica idiopatica quindi non è pericolosa (e non è un fattore di rischio per sviluppo di neoplasia del colon) e forse è per questo che i medici hanno la tendenza a metterla in secondo piano, mentre preoccupa molto i pazienti che ricorrono spesso all'automedicazione per cercare di "regolarizzare" la loro funzione intestinale. In ogni caso i pazienti si sentono molto disturbati e focalizzano forse in maniera eccessiva l'attenzione sulla loro funzione intestinale.

Queste conclusioni che riporti fanno giustizia di alcuni luoghi comuni come per esempio che la condizione dipenda da una dieta povera di fibre o di liquidi. Quello che più conta comunque è che l'uso cronico di lassativi stimolanti non sembra comportare rischi particolari. In questo senso i medici possono quindi tranquillizzare i pazienti che talora sono preoccupati dal fatto di dover ricorrere spesso ai lassativi, se non altro per alleviare quello che per loro è un disturbo molto fastidioso.