



“2° Iter formativo in Coloproctologia”

LA STIPSI DA RALLENTATO TRANSITO

INTESTINALE:TRATTAMENTO

Dr. Angelo De Sol

Clinica Chirurgica Generale e d'Urgenza

Az. Ospedaliera “S.Maria”-Terni

INDICE

- ***Introduzione*** *pag. 3*
- ***Inquadramento diagnostico*** *pag. 6*
- ***Trattamento*** *pag. 8*
- ***Bibliografia*** *pag. 12*

INTRODUZIONE

La stipsi è una riduzione della frequenza dell'alvo associata o meno a difficoltosa evacuazione delle feci, solitamente di consistenza aumentata. Le sue possibili cause sono numerose, di tipo organico o funzionale.

La stipsi cronica è un problema molto comune che statisticamente interessa circa il 18% della popolazione occidentale⁽¹⁾.

La stipsi cronica non deve essere considerata una malattia ma un sintomo la cui gravità può variare da forme lievi a forme severe per la risoluzione delle quali è necessario un trattamento chirurgico dopo fallimento della terapia medica⁽²⁾.

Tale sintomo può essere espressione di varie problematiche: un'ostruzione, un megacolon congenito, un megacolon acquisito, un rallentato transito intestinale⁽²⁾. Questo gruppo di pazienti, caratterizzati da "slow-transit", è relativamente piccolo rispetto alla totalità della popolazione con il sintomo "stipsi"⁽³⁾.

Al rallentato transito può anche associarsi un'incompleta e difficoltosa defecazione⁽³⁾. Sebbene sia in studio la patogenesi del rallentamento del transito ed in particolare la relazione tra motilità, cellule nervose e mediatori chimici colinergici^(2,4), non sono state ancora determinate le cause e i meccanismi certi, si parla quindi di inerzia colica idiopatica.

La colectomia per costipazione è stata inizialmente proposta agli inizi del 1900 da William Arbuthnot Lane, il quale descrisse l'utilizzo di by-pass ileo-sigmoidei e ileo-rettali come procedure da effettuare in presenza di letargia e mal di testa derivante da "autointossication"; la colectomia con anastomosi a livello del colon discendente o del retto intraddominale veniva eseguita solamente in caso di notevole dolore addominale.

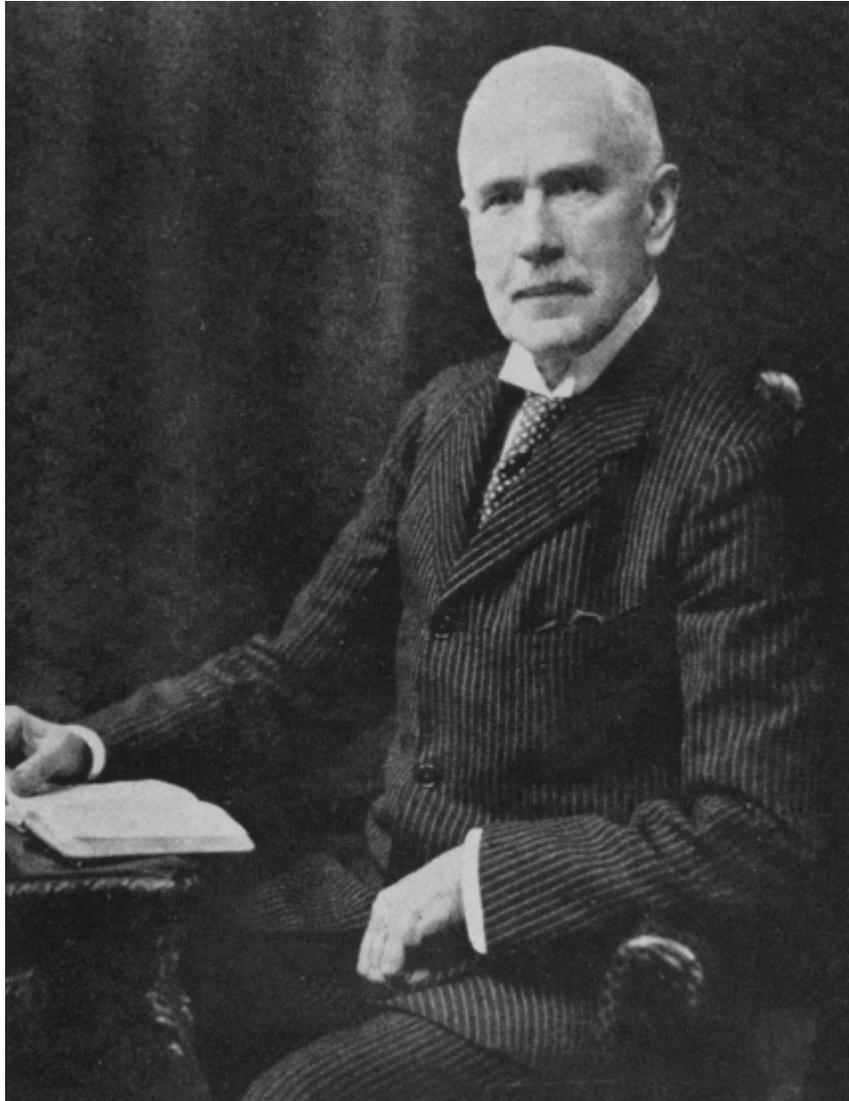


Figura 1. W.A. Lane

Lane aveva inoltre evidenziato che la resezione segmentaria del colon fino alla flessura splenica espone il paziente ad un rischio di stipsi recidiva a cui consegue la necessità di rimuovere il colon residuo. Nei 39 casi di Lane la mortalità operatoria era del 18%⁽⁵⁾. Questa notevole intuizione non venne adeguatamente valorizzata in quanto Lane estese impropriamente l'esecuzione della colectomia ad altre condizioni come la tubercolosi, la tireotossicosi e l'emigrania. Tale procedura è stata infatti raramente eseguita nei decenni seguenti. Nel 1913 al meeting della Royal Society of Medicine in Londra presentò la sua teoria sull'utilità della colectomia nel trattamento della "auto-intoxication"; in questa occasione Lane venne pubblicamente umiliato e la sua credibilità scientifica venne irrimediabilmente danneggiata.

Quasi un secolo più tardi vi è stata una ripresa di interesse per la colectomia totale nel trattamento dell'inerzia colica. Attualmente questa procedura rimane il trattamento chirurgico di scelta nella terapia

del rallentato transito intestinale.

Nell'inerzia colica idiopatica il colon ha un diametro normale, questo ne permette la differenziazione con il megacolon di Hirschsprung⁽²⁾.



© 2007 Elsevier Inc.

Figura 2. Megacolon

L'inerzia colica è definita come una condizione in cui vi è un'alterata propulsione verso il retto per mancata capacità di produrre movimento nel colon al momento della defecazione.

Tale condizione si manifesta con meteorismo, dolore addominale e con una sintomatologia di tipo sistemico come nausea e letargia. L'attività motoria del viscere è anormale, si ha ridotta ampiezza ed aumentata frequenza della propagazione delle contrazioni ed il tempo di transito attraverso il colon è prolungato⁽⁶⁾.

Secondo Preston e Lennard-Jones⁽⁷⁾ la relativa inattività del colon può essere dovuta a un disordine congenito o acquisito del plesso mioenterico.

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Al fine di formulare una corretta diagnosi di inerzia colica si deve sempre escludere la presenza di cause organiche che possono ostacolare il normale transito: neoformazioni, stenosi, volvoli e fecalomi. Un'anamnesi approfondita può altresì escludere l'eventuale presenza di patologie endocrino-metaboliche con possibili ripercussioni a livello del tratto digerente o l'assunzione di farmaci che possono rallentare la peristalsi fisiologica (Figura 3).

<u>Diet and habits</u>	<u>Endocrine, metabolic and collagen disease</u>
Inadequate fibre intake	Diabetes mellitus
Immobilisation/Lack of exercise	Hypothyroidism
Ignoring the call to stool	Hypercalcemia
Dehydration	Pregnancy
	Hypokalemia
	Uraemia
<u>Psychiatric disease</u>	Amyloidosis
Depression	Porphyria
Psychosis	Scleroderma
Anorexia nervosa	
	<u>Pharmacological causes</u>
<u>Neurological disease</u>	Opiates
Cerebrovascular disease	Antidepressants
Parkinson's disease	Antacids
Multiple sclerosis	Iron
Central nervous system malignancies	Diuretics
Cauda equina lesions	Anticholinergics
	Calcium antagonists
	Cholestyramine
	Antiparkinsonians
	Anticonvulsants

Figura 3. Cause extracoliche di stipsi

L'indagine diagnostica discriminante è rappresentata da un esame endoscopico e/o un clisma opaco a doppio contrasto che permette di distinguere le stipsi da cause organiche da quelle funzionali ⁽⁸⁾. Nel caso in cui tali procedure non evidenziassero lesioni organiche, si procederà alla valutazione dei tempi di transito intestinale con l'uso di marker radiopachi: il paziente dovrà ingerire 20 marker del diametro di 3-5 mm la cui progressione intestinale viene seguita con radiogrammi diretti dell'addome, ogni 24 ore, per 8 giorni. Generalmente viene considerato rallentato un transito superiore alle 96 ore. Questo test consente di differenziare le forme in cui è coinvolto l'intero colon da quelle in cui il disturbo è limitato al retto (o dischezie)⁽⁸⁾. In quest'ultima condizione lo studio manometrico potrà evidenziare turbe del tono sfinteriale e della sensibilità del viscere con conseguente modificazione della soglia per i riflessi defecatori⁽⁸⁾.

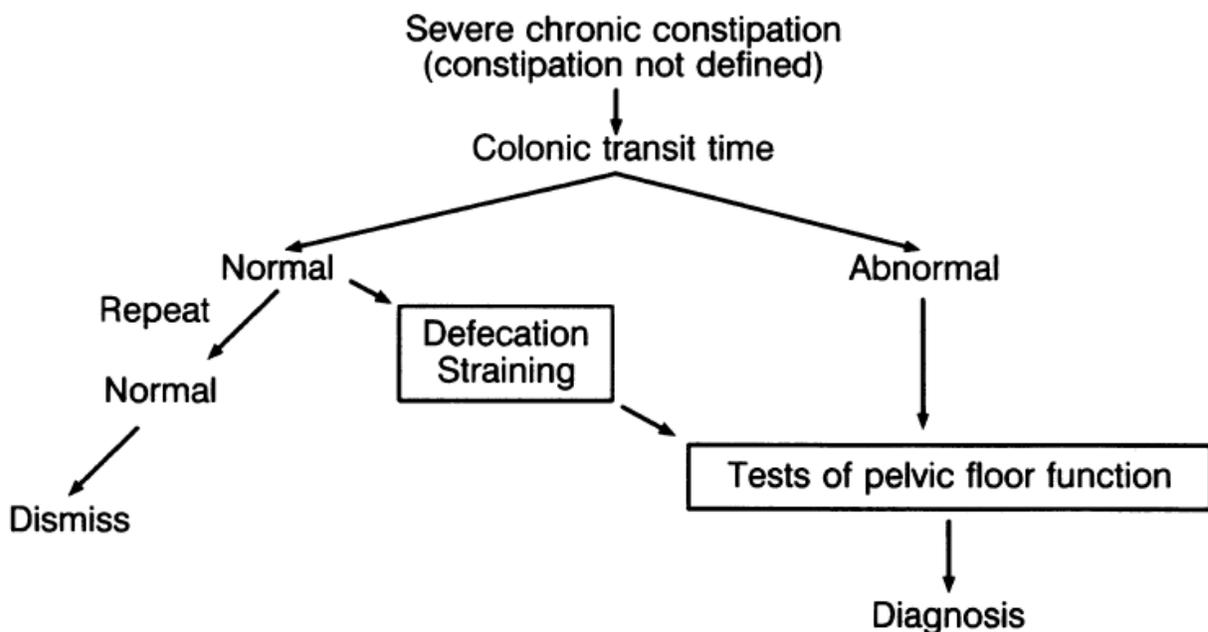


Figura 4. J.H. Pemberton

Un adeguato inquadramento diagnostico è quindi indispensabile per evitare resezioni segmentarie del colon i cui risultati sono assolutamente deludenti⁽⁹⁾.

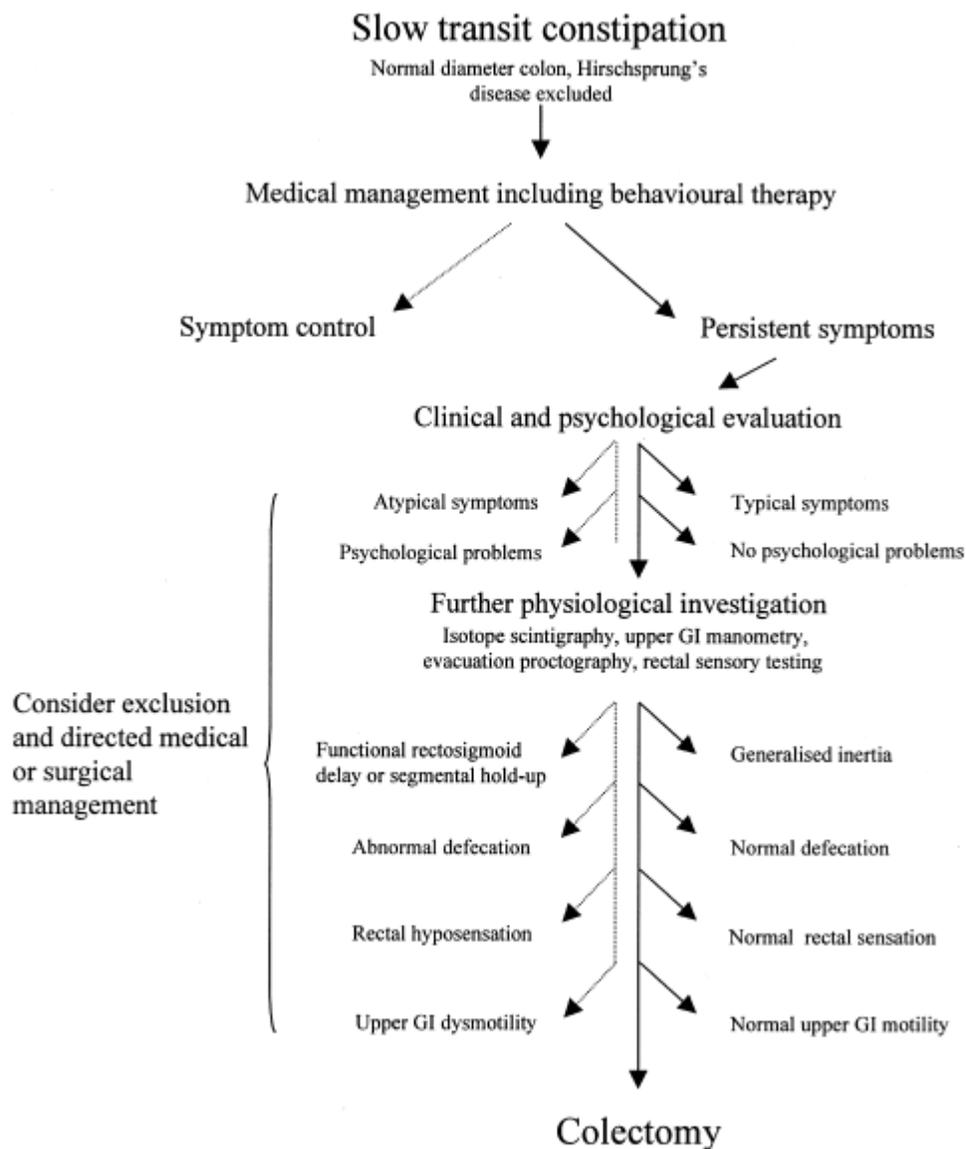


Figura 5. C.H. Knowles

TRATTAMENTO

Il trattamento della stipsi idiopatica è essenzialmente conservativo ed è rappresentato da diete appropriate, regolari abitudini di vita, attività fisica, uso appropriato di lassativi. Allorquando tali misure non risultino efficaci si prende in considerazione la terapia chirurgica resettiva; tuttavia bisogna tener conto che i risultati di questa scelta terapeutica sono buoni solo dopo un'accurata selezione dei pazienti. L'elevata incidenza di recidive dopo resezioni coliche segmentarie giustificherebbe, secondo

alcuni Autori, la realizzazione di interventi più ampiamente demolitivi (colectomia totale con ileo-retto-anastomosi o cieco-retto-anastomosi).

Terapia medica

Inizialmente nella stipsi idiopatica da inerzia colica si deve sempre cercare di raggiungere un regime dietetico ricco di scorie ed acqua, rieducando l'intestino e regolando la defecazione. La terapia viene modulata sullo stato generale del paziente e sul grado di severità della stipsi. Quando possibile, è opportuno svolgere dell'esercizio fisico.

Quando nei pazienti con stipsi refrattaria al cambiamento del regime dietetico ed all'esercizio fisico non si evidenziano benefici è opportuno l'uso dei lassativi osmotici (p. es., latte di magnesio, 15-30 ml o solfato di sodio, 15 gr in 1/2 bicchiere di acqua). Può essere usato anche lo sciroppo di lattuloso (cominciando con 10-20 ml [2-4 cucchiari da tavola] una volta/die e aumentando sulla base della tolleranza e della formazione di feci soffici). Il paziente deve cercare di defecare tutti i giorni alla stessa ora, preferibilmente 15-45 min dopo la colazione, poiché l'ingestione del cibo stimola la motilità del colon. I tentativi iniziali per raggiungere delle regolari defecazioni in assenza di stimolo impellente possono essere aiutati dall'instillazione nel retto di 60-90 ml di olio di oliva caldo o di soluzione fisiologica o possono essere usate delle supposte di glicerina⁽¹⁰⁾.

Quando si associano anche disordini motori del pavimento pelvico è opportuno instaurare una terapia con biofeedback^(3,11). Esistono vari protocolli di biofeedback, l'obiettivo principale comunque è quello di riabilitare il perineo del paziente mediante una ginnastica del pavimento pelvico assistita da un terapeuta. Il paziente verrà quindi educato a rilassare il pavimento pelvico durante il ponzamento per circa 30-60 minuti per sessione per circa 4-6 volte monitorando la terapia mediante EMG o rilevazione della pressione endoanale⁽¹¹⁾. È possibile, per migliorare la performance del paziente, simulare la defecazione utilizzando un pallone gonfiato ad aria⁽¹¹⁾.

Terapia chirurgica

Il trattamento chirurgico per la costipazione è indicato solo quando i sintomi sono molto gravi ed è stata esclusa una disfunzione del pavimento pelvico; in questi pazienti tutti i trattamenti conservativi devono aver portato a risultati non soddisfacenti, poichè il trattamento chirurgico si associa a significativa morbidità e rischio di mortalità⁽¹²⁾. I pazienti che vengono sottoposti ad intervento chirurgico sono circa solamente il 10% di quelli che non hanno trovato giovamento dalla terapia medica⁽¹²⁾.

Il trattamento standard per il rallentato transito è la colectomia totale con anastomosi ileo-rettale, alcuni chirurghi hanno proposto delle differenti tecniche operatorie. Attualmente in letteratura sono presenti dati difformi ed il dibattito concernente il tipo di tecnica da utilizzare è ancora aperto.

Alcuni Autori riportano che nella colectomia totale con anastomosi ileorettale (IRA) si assiste ad un miglioramento della frequenza dell'evacuazione in oltre il 90% dei pazienti, con un elevato grado di soddisfazione nella maggior parte dei casi. Quindici-ventitre scariche di diarrea grave si verificano al massimo nel 10% di casi; si può associare un'incontinenza anale se il tono sfinteriale è ridotto. La colectomia totale con ceco-retto o ileo-sigmoido anastomosi è invece associata a costipazione recidiva fino al 30% dei casi⁽¹³⁾. Knowles e collaboratori hanno trovato una frequenza media di evacuazioni intorno a 2,9 al giorno (range da 1,3 a 5)⁽⁹⁾. Nel post-operatorio si era inoltre osservata la diminuzione giornaliera della frequenza di evacuazione. Infatti tale frequenza si riduce nel corso del tempo da cinque a quattro a tre scariche al giorno ad 1 mese, 6 mesi, e 12 mesi, rispettivamente. In un altro studio è emerso un miglioramento da 3,7 evacuazioni giornaliere dopo 27 mesi a 2,5 al giorno dopo 5 anni⁽⁹⁾.

L'incidenza di costipazioni ricorrenti dopo resezione colica varia notevolmente in letteratura. La reale incidenza di questa complicanza è un importante punto di valutazione per il successo di una colectomia per inerzia colica. In questi pazienti il follow-up post-operatorio è molto importante in quanto la funzione del viscere dopo colectomia può deteriorarsi con il tempo e ricomparire la stipsi. Knowles e collaboratori ha segnalato un tasso medio di costipazione del 9% dopo colectomia per rallentato transito⁽⁹⁾. Negli studi in cui venivano solamente considerate anastomosi ileo-rettali erano presenti bassi tassi di stipsi recidiva (0% al 2%)⁽¹⁴⁾; mentre negli studi, che includevano un mix di anastomosi ileo-rettali, ceco-rettali ed ileo-sigmoidee, era presente una maggior incidenza di stipsi recidiva (11% al

32%)⁽⁹⁾. Hassan I. e coll. hanno riscontrato che il 50% dei pazienti che ha subito una colectomia subtotale associata ad anastomosi ileo-sigmoidea ha sviluppato una serie di costipazioni ricorrenti entro 4 mesi dalla colectomia, per questo è stato necessario un reintervento di resezione del colon residuo con anastomosi ileorettale⁽¹⁵⁾. Hasegawa e coll. hanno riferito un'esperienza analoga in quattro delle otto pazienti trattate con ileo-sigmoido anastomosi. L'anastomosi ileo-rettale può però essere gravata da incontinenza e diarrea, eventi infrequenti nei pazienti con anastomosi ileo-sigmoidea⁽¹⁶⁾.

Altri Autori, dibattendo sulla colectomia totale con anastomosi ileorettale (IRA), riportano una percentuale di casi di ostruzioni del piccolo intestino che varia dall'8 al 50% ed hanno osservato diarrea grave nel 10% dei casi con significativo peggioramento della qualità di vita⁽¹²⁾. Sulla base di queste osservazioni negli ultimi anni è in studio come alternativa chirurgica principale alla IRA la colectomia subtotale con ceco-retto anastomosi .

Il razionale di questo intervento risiede nel risparmio della valvola ileo-cecale, ciò permette di confezionare un reservoir fisiologico^(12, 17). Il timore iniziale nell'effettuare questo tipo di intervento risiedeva nella possibilità di scarsi risultati legati alla sovra distensione del ceco e quindi al ripresentarsi della stipsi. Studi recenti hanno dimostrato che con questa metodica è possibile migliorare la consistenza delle feci favorendo la flora batterica locale ed il fisiologico riassorbimento idrosalino con un successo della tecnica del 79% a dieci anni⁽¹⁷⁾.

Molto interessante è anche un recente studio in cui sono stati presi in considerazione i risultati di 44 donne sottoposte a colectomia totale con ileoretto anastomosi con laparoscopy hand-assisted. Tali risultati sono stati molto incoraggianti: 197 min. la durata media dell'intervento (range, 125-295 min), 113 ml le perdite ematiche (range, 100-300 ml), alvo aperto ai gas in 2 giornata post-operatoria ed degenza post-operatoria media 7.6 giorni. Nel post-operatorio non si sono verificate complicanze maggiori⁽¹⁸⁾.

Bibliografia.

1. STEWART W.F., LIBERMAN J.N., SANDLER R.S. et AL.: Epidemiology of constipation (EPOC) Study in the United States: Relation of clinical subtypes to socioeconomic features. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3530–9.
2. J. I. LEE, H. PARK, M. A. KAMM, I. C. TALBOT: Decreased density of Interstitial cells of Cajal and neuronal cells in patients with slow-transit constipation and acquired megacolon. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* (2005) 20, 1292–1298.
3. E. LUNDIN: slow transit constipation. Aspects of diagnosis and treatment. *Acta Universitatis Upsaliensis. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 31. 59 pp. Uppsala. ISBN 91-554-6230-8.
4. M. P. STANTON, P. T. HENGEL, B. R. SOUTHWELL, C. W. CHOW, J. KECK, J. M. HUTSON, J. C. BORNSTEIN: Cholinergic transmission to colonic circular muscle of children with slow-transit constipation is unimpaired, but transmission via NK2 receptors is lacking. *Neurogastroenterol Motil* (2003) 15, 669–678
5. LANE W.A.: Chronic intestinal stasis. *Br Med J* 1909;1:1408-1411.
6. MERTZ H., NALIBOFF B., MAYER E.A.: Symptoms and physiology in severe chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 1999 Jan;94(1):131-8.
7. PRESTON D.M., LENNARD-JONES J.E.: Severe chronic constipation of young women: “idiopathic slow transit constipation”. *Gut.* 1986; 27(1): 41-8.
8. J.H. PEMBERTON, D.M. RATH, D.M. ILSTRUP.: Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. *Ann Surg.* 1991 October; 214(4): 403–413.
9. KNOWLES C.H., SCOTT M., LUNNISS P.J.: Outcome of colectomy for slow transit constipation. *Ann Surg.* 1999; 230(5):627-38
10. REMES-TROCHE J.M.: Constipation: Initial evaluation and diagnostic approach. *Rev Gastroenterol Mex.* 2005 Jul-Sep;70(3):312-22.
11. G. CHIARIONI, S. HEYMEN, W. WHITEHEAD: Biofeedback therapy for dyssynergic defecation. *World J Gastroenterol* 2006; 12(44): 7069-7074

12. A. IANNELLI, T. PICHE, R. DAINESE, P. FABIANI, A. TRAN, J. MOUIEL, J. GUGENHEIM: Long-term results of subtotal colectomy with cecorectal anastomosis for isolated colonic inertia. *World J Gastroenterol* 2007; 13(18): 2590-2595
13. NYAM D.C., PEMBERTON J.H., ILSTRUP D.M., RATH D.M.: Long-term results of surgery for chronic constipation. *Dis Colon Rectum*. 1997 Mar;40(3):273-9.
14. LUBOWSKI D.Z., CHEN F.C., KENNEDY M.L., KING D.W.: Results of colectomy for severe slow transit constipation. *Dis Colon Rectum*. 1996 Jan;39(1):23-9
15. HASSAN I., PEMBERTON J.H., YOUNG-FADOK T.M., YOU Y.N., DRELICHMAN E.R., RATH-HARVEY D., SCHLECK C.D., LARSON D.R.: Ileorectal anastomosis for slow transit constipation: long-term functional and quality of life results. *J Gastrointest Surg*. 2006; 10 (10): 1330-6
16. HASEGAWA H., RADLEY S., FATAH C., KEIGHLEY M.R.B.: Long-term results of colorectal resection for slow transit constipation. *Colorectal Disease* 1999; 1: 141-145.
17. F. MARCHESI, L. SARLI, L. PERCALLI, G. E. SEBASTIANO, L. VERONESI, D. DI MAURO, C. PORRINI, M. FERRO, L. RONCORONI: Subtotal Colectomy with Antiperistaltic Cecorectal Anastomosis in the Treatment of Slow-Transit Constipation: Long-term Impact on Quality of Life. *World J Surg* (2007); 31: 1658-1664.
18. HSIAO K.C., JAO S.W., WU C.C., LEE T.Y., LAI H.J., KANG J.C.: Hand-assisted laparoscopic total colectomy for slow transit constipation. *Int J Colorectal Dis*. 2008 Apr;23(4):419-24.