

L'ICEBERG DELLA STITICHEZZA

Non sono solo alterazioni funzionali dell'intestino a provocare questo comune disturbo, che si configura anzi come una sindrome coinvolgente tutto l'organismo. Importante il ruolo del Mmg nel mettere a fuoco questa dimensione "nascosta"

Londra, Inghilterra e Rochester, Minnesota, sono entrambe in Occidente, ma chi c'è stato lo sa: sembrano due mondi opposti. Cosmopolita, monumentale, effervescente la prima; provinciale, tranquilla se non monotona la seconda. Eppure una cosa in comune ce l'hanno: un'efficientissima Unità di Gastroenterologia, la *GI Unit*. A Rochester è nella moderna *Mayo Clinic*, a Londra nel vecchio *London Hospital*.

Da anni, in questi due centri, si studia il comportamento dell'intestino nei pazienti stitici. Con metodi clinici e di base, registrando le contrazioni di strisce di colon in provetta o misurando la motilità intestinale di volontari nelle cui orecchie vengono trasmesse frasi distorte e sconvolgenti.

Ho avuto, molti anni fa, la fortuna di passare qualche giorno con i gastroenterologi americani e inglesi e assistere ai loro esperimenti. Da allora ho capito che stitichezza non significa solo un "intestino pigro" da stimolare con i lassativi o da togliere con un'operazione chirurgica. C'è dietro un disturbo di tutto l'apparato digerente, se non dell'organismo intero, dalla psiche ai neuroni e alle ghiandole.

Cause non sempre palesi

La stitichezza è un'alterazione nella frequenza dell'alvo (meno di 3 evacuazioni alla settimana), ma può anche essere un'alterazione della modalità di evacuazione, che comporta sovente uno sforzo:

un paziente può essere stitico anche se defeca, o tenta di farlo, 10 volte al giorno. La stipsi cronica è molto frequente, e in aumento, nel mondo occidentale, essendo legata allo stress e all'alimentazione carente di fibre. Per dare un'idea della dimensione del disturbo, riportiamo solo un paio di dati. Il colon irritabile, che si accompagna spesso a dolori addominali e stipsi, rappresenta la principale causa di assenza dal lavoro in Gran Bretagna. Metà della popolazione italiana si è ammalata, soffre o soffrirà di emorroidi, una patologia che si accompagna molto spesso a stitichezza.

Volendo schematizzare, la stitichezza può essere dovuta, per quanto riguarda grosso intestino e sfinteri, a:

- megacolon-megaretto
- rallentato transito intestinale
- ostruita defecazione.

Il megacolon-megaretto (con diametro del viscere superiore ai 6 cm) si osserva per lo più in età pediatrica o giovanile. Può essere congenito o idiopatico: il primo è dovuto ad assenza o alterazione dei gangli che permettono la peristalsi e si accompagna ad altre anomalie congenite, per esempio cardiache o urologiche. Del secondo non si conosce la causa, ma è spesso associato a problemi psichici e si può accompagnare a incontinenza fecale. In entrambi i casi l'addome è disteso. Il rallentato transito è diagnosticabile mediante lo studio del tempo di transito intestinale. In sostanza le feci, per cause

legate all'alimentazione, all'abuso di lassativi, allo stress, a squilibri ormonali, a un colon allungato o a un sigma ipercontratto, come nella sindrome del colon irritabile, impiegano più tempo per attraversare il grosso intestino. Si sospetta una stipsi da rallentato transito intestinale quando il paziente evacua meno di due volte la settimana. Per una corretta diagnosi, si somministrano 20 marker radiopachi, fatti ingerire e seguiti con radiografie dell'addome, una volta al giorno per 5 giorni.

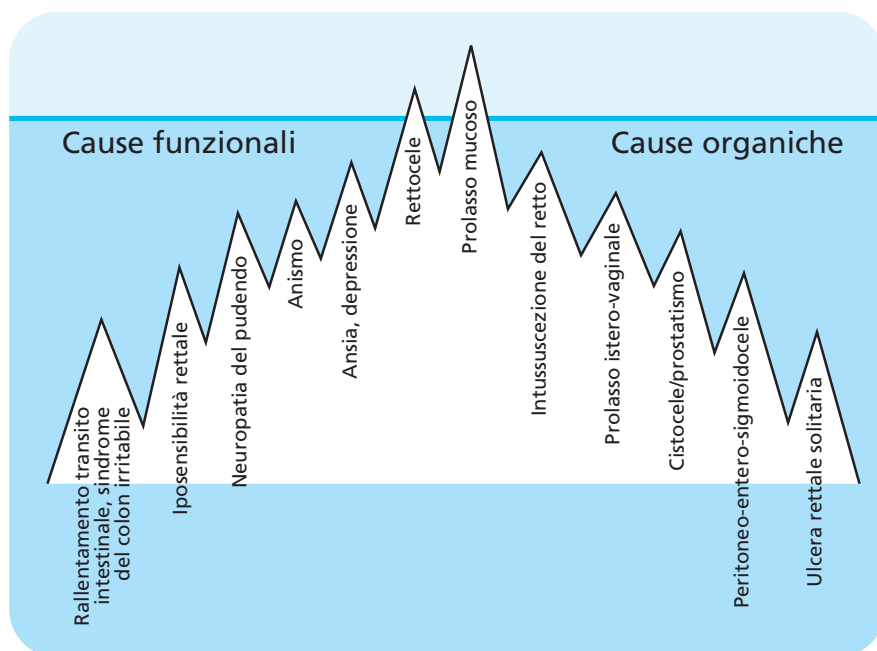
Lostruita defecazione, ovvero la difficoltà di espulsione delle feci, colpisce circa il 50 per cento dei pazienti stitici. Spesso è associata a prolasso mucoso interno e rettocele, che sono facilmente visibili e asportabili. Ma può essere definita "sindrome dell'iceberg" poiché altri sono gli scogli sommersi, ovvero le patologie occulte, che sovente causano i disturbi e possono far naufragare il *Titanic* chirurgico (nella figura).

Iposensibilità rettale, neuropatia del pudento, anismo, ansia-depressione, invaginazione del retto, colpocistocele, prostaticismo, enterocele e sindrome dell'ulcera solitaria del retto sono le patologie occulte "sott'acqua", ovvero difficilmente visibili se non con visita ed esami accuratissimi, che solo uno specialista attento può diagnosticare.

Vediamo in dettaglio di che si tratta, partendo dall'iposensibilità rettale. Il retto "sente" le feci e ci "avverte" attraverso due tipi di sensibilità, quella propriocettiva (i nervi "entro" il retto) e quella somatica (i nervi "fuori" dal retto). La più importan-

di **Mario Pescatori**

Presidente onorario della Società italiana di chirurgia coloretale (Siccr)
Unità di Colonproctologia, Casa di cura "Villa Flaminia", Roma



INSIDIE PER I NAVIGANTI

Il grafico, che simboleggia un iceberg, ha due scogli emersi, ovvero due patologie evidenti, al di sopra della linea che rappresenta la superficie del mare.

Rettocele (basta introdurre un dito nel retto) e prolasso mucoso (basta far spingere il paziente divaricando i glutei) sono distinguibili a vista dalla "nave terapeutica".

Ma vi è anche una decina di scogli sommersi, ovvero di patologie occulte: a sinistra quelle funzionali, a destra quelle organiche.

Spesso le patologie occulte rappresentano la vera causa dei sintomi: se ignorate, provocheranno il naufragio della nave. Lo schema dell'iceberg può essere usato in ogni paziente con ostruita defecazione per ricordarne e annotarne le cause

te è la seconda. In caso di disturbi del nervo pudendo e dei nervi sacrali (per diabete, traumi lombosacrali, parti vaginali ripetuti ecc.), la sensibilità somatica, infatti, è alterata e il retto non "sente" le feci: queste restano per giorni nel viscere e, persa l'acqua che si riassorbe, diventano dure. A questo punto per eliminarle occorrono sforzi enormi e ripetuti, il nervo pudendo si stira e si ammala sempre di più (neuropatia del pudendo), il retto ernia in avanti verso la vagina (rettocele) e la sua mucosa scende in basso (prolasso). La "sacca" in avanti e il "tappo" in uscita ostacolano l'eliminazione delle feci e aggravano la stitichezza.

Ma l'ostacolo, anziché all'uscita, può formarsi più in alto, con una invaginazione o intussuscezione del retto, che si "strozza" a clessidra. Oppure più in avanti, se la vagina o la vescica "crollano" e formano un colpocele o un cistocele.

Nell'uomo davanti al retto c'è la prostata: se le feci restano intrappolate a lungo nel retto, vuoi perché i muscoli circostanti contratti non permettono il transito (anismo), vuoi perché il retto non le "sente" (iposensibilità), vuoi perché un "tappo" o una "falsa strada" le bloccano (prolasso interno e rettocele), i germi patogeni in esse contenuti passano nella prostata e la fanno infiammarsi, provocando una prostatite. Per prostatismo si intende invece un fastidio dovuto non tanto a infiammazione, quanto a contrattura dei muscoli circostanti la ghiandola, spesso legata all'ansia, come nell'anismo.

La diagnosi differenziale

È beninteso che prima di tutto occorre escludere che la stitichezza sia dovuta a un tumore del retto o del colon. Se il disturbo è improvviso, se è accompagnato da emissione di sangue, astenia e inappetenza o dimagrimento, deve suonare un campanello d'allarme, tanto più se vi è una familiarità per neoplasia o se il paziente ha sofferto di polipi in precedenza. Anche se talvolta, o spesso, non avviene, nulla vieta al medico di Medicina generale di eseguire un'esplorazione rettale. È tragico e terribile che casi di rettorragia e stipsi siano stati curati per mesi come emorroidi mentre nel retto, a portata di dito, un polipo si ingrandiva o diventava canceroso.

Se il sangue è rosso vivo e "verniciato" le feci, se compaiono "palline" nell'ano e se c'è un forte dolore dopo la defecazione, allora la diagnosi differenziale si pone con emorroidi o ragade anale. Tuttavia nei soggetti con più di 45 anni, nelle donne che hanno avuto tumori genitali, insomma nelle categorie a rischio, è opportuno, anche in caso di emorroidi, prescrivere una colonscopia.

Un approccio più ampio

Questo è lo scenario se guardiamo soltanto al grosso intestino, agli sfinteri e alla loro innervazione. Ma proviamo a sollevarci in alto, per avere una visione più panoramica. Possiamo immaginare l'intestino stitico come inscritto in un circolo con componenti psichiche, neurolo-

giche, endocrine e immunitarie, che invia e riceve impulsi come in un sistema cibernetic: influisce sull'intestino e ne è a sua volta modulato, attraverso i neurotrasmettitori, le sinapsi, gli ormoni, i batteri, i linfociti.

In quest'ottica, il sintomo e la malattia non sono tanto, o solamente, qualcosa che deve essere colpito e sradicato, ma rappresentano un "grido d'allarme" dell'organismo, che ci informa della rottura del suo equilibrio. Non è semplicemente tagliandone un pezzetto (colectomia, rettotomia, prolassectomia) che potremo riarmonizzare il sistema. Dovremo invece far recuperare al paziente equilibrio e serenità attraverso un approccio "olistico" che consideri tutti gli elementi della persona.

Per curare un paziente stitico serve dunque un approccio multidisciplinare, che coinvolga non solo il chirurgo coloproctale, ma anche il gastroenterologo, lo psicologo e così via. È ciò che avviene nelle Unità di colonproctologia (Ucp) della Società italiana di chirurgia coloproctale. Le Ucp sono aperte ai medici di Medicina generale: il nome dei coordinatori e l'indirizzo dei Centri sono riportati nei siti www.siccr.org e ucp-club.org. I lettori sono invitati a "visitarli". ■

Informiamo i lettori che la seconda parte di questo contributo, incentrata sul trattamento della stitichezza, verrà pubblicata su *Medici Oggi* di gennaio/febbraio.