

SINTOMI:

STIPSI



SOMMARIO

- | | | |
|----|---|----------------------|
| 1. | <i>Definizione e introduzione</i> | p. 1 |
| 2. | <i>Fisiologia dell'apparato digerente</i> | p. 2 |
| 3. | <i>Cause</i> | p. 3 |
| 4. | <i>Assistenza infermieristica</i> | p. 3 |
| 5. | <i>Assistenza medica</i> | p. 5 |
| 6. | <i>Bibliografia</i> | p. 7 |
| 7. | <i>Allegati:</i> | |
| | - <i>Lassativi</i> | p. 8 |
| | - <i>Constipation Score</i> | p. 9 |

1. DEFINIZIONE E INTRODUZIONE

Stipsi: *E' il passaggio di feci, più o meno dure e asciutte, che avviene con difficoltà e con scarsa frequenza (inferiore a 1 volta ogni 3 giorni o comunque inferiore alle abitudini precedenti alla malattia).*

La stipsi nel paziente in uno stadio avanzato della malattia è un disturbo frequente e spesso fonte di non pochi disagi. Nella maggioranza di questi pazienti, pur dovendo sempre considerare la possibilità di una natura organica del disturbo (per compressione da progressione di una malattia in ambito addominale, da briglie aderenziali, ecc.) la stipsi è multicausale, legata cioè all'influenza di vari fattori in rapporto con la malattia, in particolare **allo stato di nutrizione/idratazione, alla terapia specifica, alla terapia antidolorifica** (specialmente oppiacea).

In questo capitolo affronteremo questo problema dapprima con un breve riassunto sul funzionamento fisiologico dell'intestino, passando in rassegna poi le possibili cause per l'insorgenza della stipsi e concludendo con gli interventi infermieristici e medici.

2. FISILOGIA¹

L'apparato digerente consta di un lungo tubo detto canale alimentare, differenziato in varie parti che svolgono funzioni diverse.

La bocca che ha il compito di tritare, impastare l'alimento, la faringe-esofago di farlo scendere nello stomaco dove processi enzimatici demoliscono le particelle alimentari.

Nell'intestino tenue avviene l'ulteriore digestione fino a livello molecolare e l'assorbimento di queste molecole. L'acqua viene ulteriormente assorbita nell'intestino crasso e le rimanenti scorie (feci) saranno espulse all'esterno. Perché il canale alimentare possa compiere le sue molteplici attività è provvisto di ghiandole situate sia nella sua parete sia all'esterno di essa: le ghiandole salivari a livello della bocca, il pancreas e il fegato a livello intestinale.

L'intestino tenue

è costituito da tre segmenti: il duodeno, il digiuno e l'ileo, e si caratterizza sul piano anatomico per la presenza dei villi e microvilli intestinali (estroflessioni della mucosa che consentono un enorme sviluppo della superficie assorbente).

Tra villo e villo sono presenti inoltre ghiandole che producono succo enterico.

Da un punto di vista funzionale, l'intestino tenue ha il compito di digerire gli alimenti, ossia di scomporli in sostanze chimicamente più semplici e assorbirli con il trasporto delle molecole digerite all'interno del letto vascolare.

L'intestino tenue presenta in questo senso alcune caratteristiche fisiologiche:

1. *attività motorie*
2. *attività digestive e di assorbimento*
3. *attività endocrine*
4. *funzioni immunitarie*

1. Attività motorie:

Consistono in movimenti peristaltici propulsivi e non propulsivi. I primi favoriscono la progressione del contenuto intestinale nei segmenti successivi: quelli non propulsivi il rimescolamento del contenuto intestinale in modo che le secrezioni esocrine degli organi digestivi (pancreas, fegato) possono venire a contatto con il cibo.

2. Attività digestive e di assorbimento:

Le dimensioni dell'intestino tenue sono largamente sufficienti per l'assorbimento completo dei principi nutritivi, l'asportazione parziale di questo tratto compromette l'assorbimento solo quando è molto estesa. E' nel digiuno che l'assorbimento è particolarmente attivo. Al di sotto dell'epitelio dei villi esiste una fitta rete di capillari che sfociano in vene tributarie della vena porta che va nel fegato.

Nei villi sono presenti inoltre capillari linfatici che sboccano nel plesso linfatico intestinale e da questo al dotto toracico fino alla vena succlavia sinistra. Alle sostanze assorbite dal lume intestinale sono perciò aperte due vie: la via sanguigna attraverso il circolo portale che conduce al fegato e la via linfatica che immette direttamente in circolo.

3. Attività endocrine:

Il passaggio del cibo digerito attraverso l'intestino comporta la liberazione di ormoni intestinali quali l'enterogastrone che ha la capacità di inibire le secrezioni gastriche, la colecistochinina che provoca la contrazione della colecisti e la secrezione enzimatica del pancreas.

4. Attività immunitarie:

L'intestino è ricco di strutture linfatiche e partecipa alle funzioni immunitarie dell'organismo producendo immunoglobuline, specie IgA.

L'intestino crasso

è più corto del tenue e di maggior calibro; inizia a livello della fossa iliaca destra ed è costituito dal colon (ascendente-trasverso-discendente), dal sigma e dal retto. L'assorbimento dei materiali alimentari avviene essenzialmente nell'intestino tenue. I residui non digeriti e quindi non assorbiti passano nel crasso attraverso

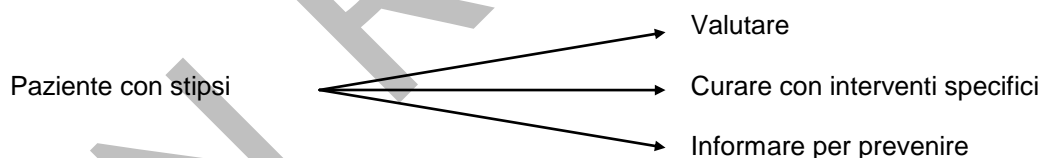
la valvola ileo-cecale. Le ghiandole di questa porzione intestinale non secernono succhi digestivi ma solo mucina che protegge le pareti del colon dall'azione irritante dei residui. Nel colon avviene un ultimo assorbimento di H₂O e sali che rende progressivamente solidi i residui stessi trasformandoli in feci. Le feci derivano solo in parte dai cibi ingeriti: sono povere di H₂O e composte da residui alimentari (in particolare da cellulosa), prodotti del tratto intestinale (cellule di desquamazione dell'intestino, pigmenti biliari), batteri e muco. Gran parte della cellulosa introdotta con gli alimenti si ritrova nelle feci e ne aumenta il volume (essa infatti è aggredita solo da cellulasi batteriche e quindi scarsamente digerita), è dunque un materiale importante nella digestione poiché rappresenta uno stimolo per l'attività motoria e secretiva del tenue e specialmente per la peristalsi dell'intestino crasso.

Poiché le feci non derivano solo dagli alimenti, durante un completo digiuno si formano ugualmente e hanno una composizione non proprio dissimile dalla norma.

3. CAUSE

- quale effetto diretto di una **progressione della malattia tumorale a livello addominale**;
- **briglie aderenziali** (dopo interventi chirurgici), fibrosi post attinica;
- **denutrizione o malnutrizione e disidratazione**;
- **attività fisica ridotta**;
- **farmaci**: oppioidi deboli e forti, anticolinergici, antidepressivi, neurolettici, determinate chemioterapie, antiacidi a base di alluminio, diuretici, ferro, uso cronico di lassativi, ecc.
- **fattori psicologici** (es: mancanza di privacy);
- **squilibri elettrolitici** (ipercalcemia, ipokaliemia) e **metabolici** (ipotiroidismo)
- **disturbi neurologici**: lesioni del midollo spinale (paraplegia), infiltrazione a livello dei nervi sacrali, tumore cerebrale, insufficienza del sistema nervoso vegetativo in pz con cachessia-anoressia-astenia
- **dolori**: disturbi nella regione anale (emorroidi, ragadi).

4. ASSISTENZA INFERMIERISTICA



Valutare

Non tutti i pazienti parlano spontaneamente con il personale curante dei loro problemi intestinali, per cui questo sintomo, che crea spesso molti disagi, può passare inosservato.

E' quindi necessario, anche se il paziente non riferisce di essere stitico, compiere una raccolta di dati che tenga conto dei seguenti punti:

Elementi generali:

- Età della persona.
- Abitudini alimentari e apporto giornaliero di liquidi.
- Attività fisica.
- Ambiente di lavoro e ritmi di vita.
- Condizioni di stress.
- Patologie presenti: diverticolite, ipotiroidismo, ipercalcemia o ipokaliemia, sclerosi multipla, sindrome di Parkinson, diabete mellito, lesioni al midollo spinale.

- Uso di determinati medicinali: (vedi "terapia medicamentosa")

Elementi specifici del tratto intestinale:

- Frequenza e quantità dell'evacuazione giornaliera.
- Aspetto della massa fecale.
- Abitudini legate all'evacuazione.
- Difficoltà legate alla defecazione (es. tenesmo) e disturbi dell'apparato intestinale (es. emorroidi, fistole, ragadi...).

Curare con interventi specifici

Dalla valutazione giornaliera l'infermiere deve riscontrare la presenza dei sintomi che si associano alla stipsi: senso di pienezza intestinale, flatulenza, lingua impastata, alitosi, anoressia, dolori addominali, nausea/vomito e a volte diarrea paradossa, cefalea, pressione rettale, agitazione psicomotoria.

Deve inoltre aiutare la persona a verbalizzare i problemi legati al bisogno di evacuazione riducendo al minimo il suo disagio. Discuterne assieme è il mezzo mediante il quale si fissano degli obiettivi che consistono nel ridurre i dolori legati all'evacuazione sino al tentare, se la causa scatenante lo consente, di ottenere un alvo "normale".

Accanto ad un'elaborazione comune di un apporto idrico e alimentare adeguato, l'infermiere può inoltre agire facendo in modo di:

- Garantire la privacy ed il rispetto delle abitudini della persona (es. riflesso gastro-colico dopo la colazione).
- Aiutare il paziente ad assumere una posizione adeguata.
Garantire un bagno non distante dal letto del paziente, eventualmente fare uso della comoda per spostarlo in bagno. Se il paziente non riesce a sedersi sul WC per la difficoltà nel rialzarsi, fornire strutture in plastica (rialzi).
Posizionare davanti alla comoda o al WC uno sgabello su cui il paziente possa appoggiare le gambe (i muscoli delle cosce possono aiutarlo durante la defecazione).
Usare la padella solo per i pazienti allettati, che non possono proprio alzarsi. Se occorre, imbottirla e aiutare il paziente a raggiungere una posizione semiseduta.
- **Identificare rapidamente la presenza di fecalomi mediante esplorazione rettale, evitando di considerare erroneamente episodi diarroici** legati all'azione di liquefazione del materiale fecale per azione batterica. I fecalomi si localizzano per il 98% nel retto e per l'1-2% nel colon trasverso e nel sigma. Per l'eliminazione di fecalomi si ricorre a clisteri a base di glicerina o fosfati, associati ad una cauta rimozione manuale per evitare lesioni alla mucosa. In questo senso può essere utile l'utilizzo di un gel anestetico (Lidocaina Gel 2%) sia all'esterno che istillato nel retto 10 minuti prima.²

Intensificare la prevenzione della stipsi per evitare il ripetersi di queste situazioni.

Informare per prevenire

La migliore strategia terapeutica per affrontare la stipsi è evitare che essa insorga. Quindi dopo aver riconosciuto, sulla base di quanto osservato e valutato, gli individui a "rischio", ci si mobilita per dare adito ad un'adeguata opera di **PREVENZIONE**.

I punti su cui ci si deve concentrare nell'informazione al paziente sono sostanzialmente quattro:

1. Se il paziente ha ancora un apporto nutrizionale normale e se non ci sono problemi di passaggio, discutere con lui l'importanza di una dieta con alimenti ricchi di **fibra**:

- succhi di frutta (mela, uva, arancia,...);
- pane integrale, cereali, riso integrale;
- frutta (prugne, more, lamponi, pesche, pere, mele,...)
- verdura (lattuga, carote, spinaci, sedano,...), passati di verdura;
- dessert a base di frutta.

Consigliati pure yoghurt, latticini, formaggi freschi poiché il latte viene indicato come stimolatore del transito intestinale.³

Attualmente sono stati elaborati dalle case farmaceutiche, degli integratori alimentari e nutrizioni enterali dotate di un contenuto in fibre (solitamente a base di SOIA) compreso tra l'1,8g e i 28g per confezione (es. Meritene soupes, Osmolite con fibre, Nutrodrip fibre, Supportan).

2. Spesso questi pazienti non hanno l'abitudine di bere molto, è dunque importante spiegare loro l'importanza **dell'assunzione giornaliera di liquidi** (almeno 1 Lt, meglio ancora 2 Lt salvo controindicazioni). Lo scopo è di aumentare il volume della massa fecale e nel frattempo rendere le feci stesse più morbide.
3. **Incoraggiare il paziente a soddisfare immediatamente lo stimolo della defecazione.** Sembra infatti che ignorandolo, sia i muscoli che la mucosa della regione rettale diventino con il tempo insensibili alla presenza di feci. La ritenzione prolungata di feci nel retto determina inoltre il riassorbimento dell'acqua presente nella massa fecale stessa, rendendone estremamente difficile l'espulsione.
4. **Spiegare al paziente l'utilizzo dei lassativi** onde evitare condizioni di abuso o di sottodosaggio. Ricordare al paziente che determinati medicinali causano l'insorgere della stipsi ed è quindi importante garantire un'evacuazione regolare (almeno 1 volta ogni 3 giorni).

Altri semplici rimedi ai quali può ricorrere il paziente per stimolare l'attività intestinale ⁴:

- bere un bicchiere di acqua naturale a temperatura ambiente (o addirittura tiepida) il mattino a digiuno;
- massaggiare l'addome in senso orario.

5. ASSISTENZA MEDICA

Osservazioni introduttive:

Per il lettore veloce vengono ripresi alcuni punti essenziali, dei quali va tenuto conto nella prescrizione di una terapia medicamentosa.

1. Il sintomo costipazione è frequente: risulta nel 50% circa dei malati con malattia tumorale avanzata, e nel 90% circa dei malati sotto trattamento con oppioidi.
2. E' praticamente sempre **multicausale**:
 - Medicamentoso:
 - oppioidi senza terapia lassativa adeguata
 - altri (anticolinergici, antistaminici, triciclici, neurolettici, diuretici, ferro, anti-ipertensivi, derivati della vinca, antiemetici moderni (Navoban, Kytril, Zofran), ecc.)
 - Cachessia e astenia con consecutiva neuropatia vegetativa (molto frequente)
 - Inattività
 - Disidratazione
 - Ipercalcemia, ipokaliemia.
 - Fattori "psicologici" (sistemazione della toilette "non familiare").
 - Effetti tumorali locali.
3. Il sintomo costipazione è praticamente sempre **multidimensionale**. Si può manifestare addirittura anche solo con uno o più sintomi indotti come:
 - inappetenza, nausea, vomito
 - dolori
 - meteorismo
 - tenesmi
 - incontinenza urinaria indotta
 - diarrea (paradossale)
 - irrequietezza, insonnia, ansia, irritabilità o stato confusionale.

4. La multicausalità e la multidimensionalità impongono, prima di passare a misure terapeutiche, una valutazione accurata ed un monitoraggio continuo durante il trattamento. I punti cardinali sono ovviamente:
- ***l'anamnesi*** (abitudini, sintomi dettagliati),
 - ***una visita***: tensione addominale, dolenzia specialmente nella fossa iliaca destra, masse fecali.
 - ***un esame rettale***: ragadi?, tono sfinterico?, masse rettali?, compressione estrinseca?, contenuto dell'ampolla? (vuoto, feci molli), fecaloma?
 - ***un esame paraclinico*** molto utile è la radiografia dell'addome a vuoto da sdraiato, specialmente in presenza di un'ampolla vuota alla palpazione (vedi *constipation score* allegato).


Misure generali:

1. Cambiare, rispettivamente aumentare la terapia lassativa in pazienti sotto oppioidi.
2. Identificare i medicinali "colpevoli" ed eliminarli o sostituirli.
3. Aumentare, se possibile, le sostanze residue nella dieta (cave, problemi meccanici: carcinosi peritoneale, aderenze).
4. Aumentare l'idratazione perorale.
5. Aumentare l'attività.
6. Adattare la toilette dal lato logistico.
7. Correggere ipercalcemia o ipokaliemia.

Misure specifiche:

Obiettivo della terapia: almeno una defecazione con feci non dure, ogni tre giorni o meno. Dopo 3 giorni senza defecazione, se si impone una terapia "rescue" (clistere e/o svuotamento manuale), significa che la terapia lassativa precedente non era sufficiente e va quindi potenziata. La terapia lassativa è da considerare e da condurre in modo profilattico (si deve evitare il blocco piuttosto che effettuare un "rescue"), in particolare in caso di terapia con oppiacei.

1. Cominciare con uno stimolatore della peristalsi (es. Laxoberon[®]) assieme ad un *Softener* (Ducosat) o olio di paraffina. Quest'ultimo può essere sostituito anche da Duphalac se il dosaggio non deve essere troppo elevato (cave: fermentazione con meteorismo e flatulenza). La combinazione è necessaria solitamente quando il paziente è sotto terapia con oppioidi, in caso contrario può bastare Laxoberon[®] da solo.
2. Se le feci sono molli ma troppo infrequenti, aumentare il Laxoberon[®] o cambiare stimolatore (es: Senna). Se le feci sono dure, aumentare invece il *softener* (vedi sopra) o aggiungere un altro lassativo osmoticamente attivo (es: Transipeg).
3. Una nuova valutazione si impone se il paziente non va di corpo per 3 giorni, oppure se compare diarrea e/o incontinenza; in tal caso si tratta di escludere la presenza di fecalomi (approccio: microclistere oleoso o acquoso e/o svuotamento manuale).

<p>Prevalentemente softener</p>		<p>Olio di paraffina - Paragol[®] (Ducosat) Lattulosio - Duphalac[®] Lassativi salini (Transipeg, Movicol[®], Isocolan[®]) Senna - Pursennid[®] Bisacodyl (Dulcolax) Picosulfato - Laxoberon[®]</p>
<p>Prevalentemente stimolante la peristalsi</p>		

4. In caso di stipsi persistente nonostante una terapia lassativa massimale, in pazienti che assumono oppiacei, è da considerare l'utilizzo dell'antagonista selettivo degli oppiacei selettivo Methyl-Naltrexone (Relistor®). Si consiglia un consulto con i medici del servizio di cure palliative.

6. BIBLIOGRAFIA

- 1 Manuale di patologia medica. Alfonso Lagi, Rosini Ed. 1986, pag. 321-323
- 2 Handbook of Palliative Care in Cancer. Alexander Waller, Nancy L. Caroline, Ed. Butterworth-Heinemann, pag.179
- 3 Comment prévenir la constipation? Opuscolo distribuito dal Servizio di cure palliative, Ospedale Universitario, Grenoble
- 4 L'art de soigner en soins palliatifs. Claudette Foucault, Ed. Les Presses de l'Université de Montréal, p. 171

Lassativi

1. Lassativi lubrificanti:

lubrificano le feci alla superficie e penetrandole le rendono più molli.

Esempio → olio di paraffina - Paragol®)

2. Lassativi stimolanti:

Inducono la peristalsi.

Le sostanze più usate sono il Picosulfato (Laxoberon®), la senna (Pursennid®) e il Bisacodyl (Dulcolax®). A dosaggi più alti possono causare dei dolori a forma di colica. Questo effetto secondario può essere mitigato invitando i pazienti a bere abbondantemente. Evidentemente vi è una relativa controindicazione in caso di stipsi indotta da problemi meccanici.

Cisapride (Prepulsid®) viene prescritto nella nausea dovuta in particolare ad una gastroparesi. In questo caso si può sfruttare il suo effetto promotore della peristalsi come lassativo.

3. Lassativi osmotici:

a) “zuccheri”: non vengono “digeriti” e riescono pertanto ad essere osmoticamente attivi, rendendo le feci più liquide nel tenue. Nel colon vengono degradati dalla flora batterica, quindi lì cessa l'attività osmotica ed aumenta quella peristaltica attraverso l'aumento del volume batterico. A dosaggi più consistenti hanno lo svantaggio di creare meteorismo. Per questo e per il sapore molto dolce la compliance alla lunga diminuisce.

Esempi: Lattulosio (Duphalac®, Importal®), Mannitolo, Sorbitolo.

b) sali non riassorbiti: sono osmoticamente attivi in tutto l'intestino (anche nel colon) e hanno probabilmente anche un'attività peristaltica. Esempi: Transipeg®, Movicol®, Isocolan®.

4. Associazioni di diverse sostanze: Valverde® (senna + fichi), Paragar® (olio di paraffina + fenofaleina + agar)

5. Lassativi che aumentano il volume delle feci

La crusca o altre sostanze atte ad aumentare il volume delle feci contenendo più residui (p.e. Metamucil, Colosan) non trovano quasi mai applicazione in medicina palliativa, anzi in questa particolare situazione (cachessia, gastroparesi, problemi meccanici, tossicità da morfina, ecc.) sono molto spesso controindicati.

6. Lassativi rettali osmoticamente attivi:

- Bulboid supposte
- Microclist
- Practoclyss
- Dulcolax supposte

Constipation score

La costipazione è un sintomo e pertanto va valutato primariamente secondo quello che esprime il paziente. Tuttavia non raramente il malato identifica questo problema troppo tardi, quando il sintomo magari è già avanzato o si manifesta con altre dimensioni (nausea, inappetenza, irrequietezza, ecc.). In tal caso diventa più difficile identificare il problema primario. Ciò vale specialmente per malati sotto terapia con oppioidi. Il *constipation score* ci aiuta a "obiettivare" l'estensione e la gravità della costipazione.

Il grado di coprostasi lo si valuta su una radiografia dell'addome a vuoto, fatta su paziente **sdraiato**.

Ogni segmento del colon viene giudicato per il suo contenuto di feci:

- colon ascendente
- colon trasverso
- colon discendente
- colon sigma-retto

Punteggio:

- Il segmento
- non contiene feci: 0 punti
 - contiene feci < 50%: 1 punto
 - contiene > 50% ma non è pieno: 2 punti
 - è pieno: 3 punti.

Lo score sarà tra 0 e 12 punti.

Se il risultato è di 7 o più punti deve essere considerata "costipazione" bisognosa di essere trattata, rispettivamente il trattamento forse già in atto non è sufficiente e deve essere modificato.

