

La diagnosi di stipsi cronica funzionale è formulata su base sintomatologica basandosi sui Criteri di Roma IV



## 1. Accurata Anamnesi

- ✓ Valutare presenza/assenza di Criteri di Roma IV per diagnosi di stipsi cronica funzionale;
- ✓ Durata e modalità di comparsa della stipsi;
- ✓ Stile di vita: abitudini alimentari (**fibre 30 g/die**) e consumo di acqua (**>1,5 l/die**), attività fisica;
- ✓ Definizione dell'alvo: frequenza, consistenza, difficoltà espulsiva, uso e tipologia di lassativi ;
- ✓ **Nel sesso femminile, valutare associazione con ciclo mestruale, gravidanze e parti → sospettare cause secondarie;**
- ✓ **Valutare Sintomi di allarme (Red Flags)**

- Età avanzata
- Vomito e febbre
- Perdita di peso inspiegabile
- Feci nastriformi
- Sanguinamento rettale
- Inizio recente o cambiamenti nella sintomatologia
- Storia familiare (IBD, ETP coloretale)
- Anemia

## Criteri di Roma IV

### 1. Deve includere almeno due delle seguenti condizioni \*

1. difficoltà in più di 1/4 (25%) delle defecazioni
2. feci dure o a grumi in più di 1/4 (25%) delle defecazioni
3. sensazione di evacuazione incompleta in più di 1/4 (25%) delle defecazioni
4. sensazione di ostruzione/blocco in più di 1/4 (25%) delle defecazioni
5. necessità di aiuto con manovre manuali in più di 1/4 (25%) delle defecazioni
6. meno di 3 movimenti intestinali spontanei alla settimana

### 2. Feci molli presenti raramente in assenza di lassativi

### 3. Criteri insufficienti a diagnosticare una IBS

*\* Si intende: criteri validi per almeno 3 mesi, ma con sintomatologia risalente ad almeno a 6 mesi prima della diagnosi*

## 2. Escludere Stipsi Secondaria

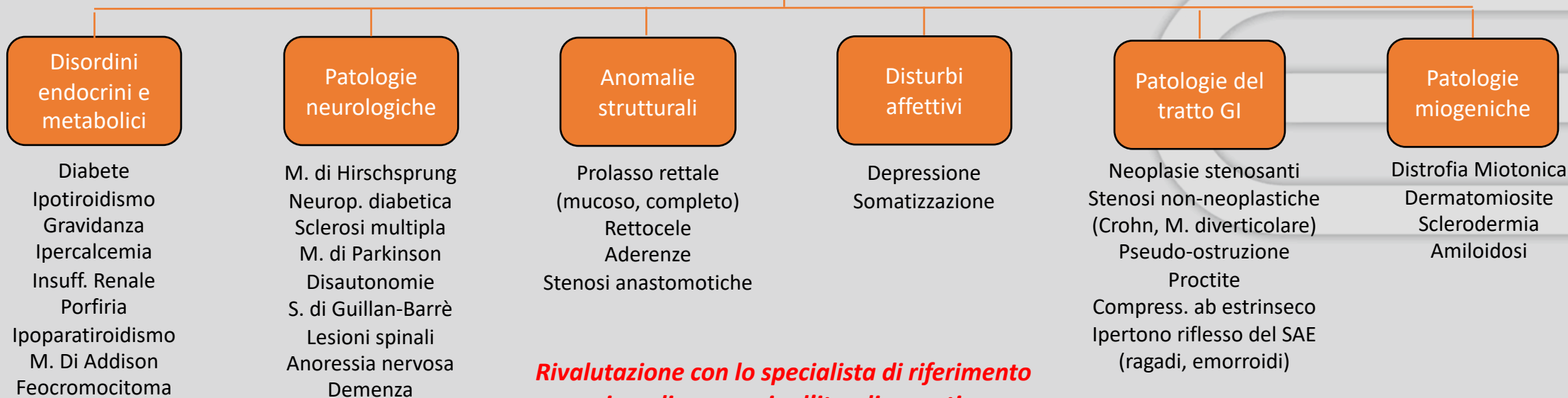
### TERAPIE FARMACOLOGICHE STIPTIZZANTI

Anticolinergici, Ca-antagonisti, FANS, agonisti dopaminergici, antidepressivi triciclici, antiepilettici, oppiacei, terapia marziale, sali di alluminio, colestiramina



*Sospensione/modifica della terapia se possibile e rivalutazione ad 1 mese)*

### COMORBIDITA'



**Rivalutazione con lo specialista di riferimento prima di proseguire l'iter diagnostico**

### 3. Esame obiettivo

Deve sempre essere eseguito e deve sempre includere l'esplorazione rettale.

#### Esame obiettivo generale

- ✓ Dolore alla palpazione
- ✓ Presenza masse addominali
- ✓ Deficit neurologici



#### Esplorazione rettale

- ✓ **Ispezione** regione perianale: emorroidi, ragadi, lesioni, prollasso rettale/urogenitale, fistole, ascessi cicatrici;
- ✓ **Sensibilità** perianale e riflesso ano-cutaneo;
- ✓ Stenosi, dolorabilità, masse, sangue, muco, pus, rettocele;
- ✓ Presenza di **feci** in ampolla (la presenza si associa a possibile difficoltà espulsiva, valutarne consistenza e consapevolezza);
- ✓ **Tono dello sfintere anale** (Ipotono/Normotono/Ipertono);
- ✓ **Prove dinamiche**: manovre di Squeezing e Push/Straining per valutare escursione pavimento pelvico e tono sfinteriale (poggiare mano sull'addome del paziente per valutare la contrazione della muscolatura addominale).

## Terapia di Prima Linea

### Misure generali e relative allo stile di vita

**Adeguate apporto di  
fibre alimentari  
nella dieta (30g/die)**

*Per evitare flatulenza e gonfiore meglio incremento  
graduale (5g alla volta) e solubili come psillio*

**Adeguate  
apporto idrico  
(almeno 2 L/die)**

#### TOILETTE TRAINING

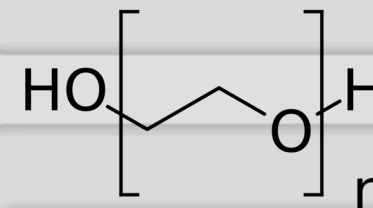
- evacuazione dopo i pasti (meglio la mattina)
- posizione accovacciata con rialzo sotto i piedi

### Polietilenglicole\*

**Dosaggio fino a 45-55 g/die**

**Svezzamento progressivo per 1 ev/die senza sforzo (proseguire per almeno 60 giorni)**

\*Non assorbibile, non metabolizzabile, non teratogeno, non modifica pH intestinale. Non secreto nel latte materno.



### Clismi evacuativi

*se accettati dal paziente; in caso di mancata evacuazione per > 2 giorni*

**La diagnosi di “insoddisfacente risposta al lassativo” (Bristol 1-2, < 3 ev/sett) va posta dopo almeno un mese di trattamento**

**Invio da specialista gastroenterologo per STUDIO FISIOPATOLOGICO**



## Visita specialistica - ambulatorio stipsi

**1) Conferma esclusione STIPSI SECONDARIA: verifica farmaci e comorbidità, esami ematici, colonscopia, rettosigmoidoscopia (sintomi di allarme/criteri di priorità R.A.O.).**

**2) Stadiazione della patologia con somministrazione di diario alimentare, sintomatologico e dell'alvo per almeno 1 mese e questionari standardizzati:**

- **ODS:** Obstructed Defaecation Syndrome Score Constipation Severity Index
- **PAC-SYM:** Patients Assessment of Constipation Symptoms (autosomministrato)
- **PAC-QoL:** Patient Assessment of Constipation Quality of Life (impatto sulle attività quotidiane)
- **Score di Agachan-Wexner / Constipation Scoring System**

**3) Indagini strumentali e Test funzionali anorettali**

### Test Funzionali Anorettali

#### Manometria ano-rettale

(convenzionale/HR/HD in base a disponibilità)

Diagnosi forme dissinergiche/  
defecazione ostruita

- valori pressori retto e canale anale a riposo, ponzamento, contrazione
- RIRA (riflesso inibitorio retto-anale)
- sensibilità rettale

#### Test di espulsione del palloncino

#### Defecografia/Defeco RM/

#### Ecografia trans-perineale dinamica

Evidenzia anomalie strutturali e funzionali nell'evacuazione ed i rapporti con gli organi vicini (meglio RM). Conferma risultati dubbi nei precedenti 2 test, utile pre-chirurgia

### Tempo di transito intestinale

Per la diagnosi di stipsi da rallentato transito (*marcatori diffusi lungo il colon*); probabile defecazione ostruita (*accumulo marcatori in sede pelvica*)

### Ecografia anale

(convenzionale/HR 3D in base a disponibilità)

Valuta integrità muscolatura anale (cicatrici, patologie settiche, lesioni)

### Test Neurofisiologici

(pz con neuropatie,  
pre-chirurgia,  
pre neurostimolazione)

**EMG sfintere anale:** potenziali a riposo, ponzamento e contrazione dello SAE e m. puborettale → diagnosi di denervazione e reinnervazione per valutazione capacità funzionale.

**PNTML (tempo di latenza n. pudendo):** con elettrodo di st Mark's → aumento si associa a sofferenza del nervo.

### Colonscopia virtuale

Utile per completamento esame endoscopico, studio morfologico (megacolon)

INDAGINI STRUMENTALI:  
DIAGNOSI SOTTOGRUPPI  
STIPSI CRONICA



STIPSI A TRANSITO RALLENTANTO

SINDROME DELLA DEFECAZIONE OSTRUITA

STIPSI A TRANSITO NORMALE



TERAPIA INDIVIDUALIZZATA A  
SECONDA DEL SOTTOGRUPPO

## Terapia farmacologica di seconda Linea e terza linea

La **terapia farmacologica di seconda linea** trova spazio se si ottiene una **scarsa risposta** alla terapia di prima linea e se la stipsi **NON** è causata da un **disturbo della defecazione**

### Lassativi irritanti e di sintesi

Bisacodile  
(5-15g/die)

Picosolfato di sodio  
(5-7,5 mg/die)

Antrachinoni,  
*senna, cascara, rabarbaro,  
frangula*

*NB: da associare a Macrogol/clisteri/microclismi*

La diagnosi di "insoddisfacente risposta al lassativo" (Bristol 1-2, < 3 ev/sett)  
va posta dopo almeno un mese di trattamento

### Procinetici e Secretagoghi

Prucalopride  
2 mg/die (<65 anni 1 mg/die)

Linacotide  
(1 cp/die)

per almeno 1 mese → se risposta soddisfacente continuare  
a gg alterni e rivalutare dopo 1 mese

La diagnosi di "insoddisfacente risposta al lassativo" (Bristol 1-2, < 3 ev/sett)  
va posta dopo almeno un mese di trattamento

### Se Stipsi da oppioidi

**Naldemedina 200 mcg/die e Naloxegol 12,5-25 g/die**  
antagonisti dei recettori  $\mu$  degli oppioidi ad azione periferica (PAMORA)  
(potenzialmente efficaci anche nella stipsi non da oppiacei)

## Riabilitazione del pavimento pelvico (PFR)

Trova spazio quando non si ottiene una **risposta alla terapia di prima linea** e tramite **test strumentali e funzionali ano-rettali** si conferma **un disturbo della defecazione**

Preceduta da approccio su stile di vita  
(toilette training, uso clisteri)

Azione su:  
Coordinazione addomino-pelvica  
Funzione motoria sfinterica  
Sensibilità rettale

6-10 sedute personalizzato in base a risultato  
esami funzionali ed indicazioni cliniche.  
Altre 4 sedute se non soddisfacente

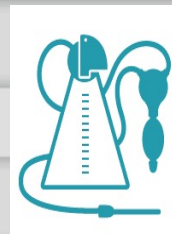
NB: necessario approccio multidisciplinare: gastroenterologo, chirurgo - proctologo, ginecologo, urologo, neurologo, fisiatra, fisioterapista e psicologo.

## Terapie in caso di fallimento dell'approccio farmacologico e riabilitativo

### TAI: TRANS ANAL IRRIGATION

Irrigazione controllata di acqua nel sigma retto, con chiusura del canale anale mediante palloncino e svuotamento dello stesso

- Irrigazione con 400 ml di acqua ogni 1-2 gg
- Evacuazione regolare in autonomia
- Efficacia nel 60-70% pz con alvo neurologico



*Indicata specialmente nei pz con stipsi neurologica, LARS, malformazioni anorettali ma anche nell'idiopatica*

### NEUROMODULAZIONE SACRALE\*

Elettrocatteter su radice n. sacrale (S3)  
con neurostimolatore sottocutaneo

*\*Meccanismi terapeutici non compresi, efficacia limitata ad alcuni soggetti*

## Terapia chirurgica

Indicata nelle anomalie degli organi pelvici tali da determinare importante ostacolo alla defecazione



Preceduta da valutazione multidisciplinare: gastroenterologo, chirurgo-proctologo, ginecologo, urologo.

Se rettocele/prolasso significativo:

- **Intervento di Delorme:** *resezione del segmento prolassato (mucosectomia circolare) e plicatura muscolare longitudinale*
- **S.T.A.R.R. (Stapled Trans Anal Rectal Resection):** *resezione a tutto spessore, via transanale.*

---

Mancata risposta ad ogni terapia e  
QoL gravemente compromessa



## COLECTOMIA

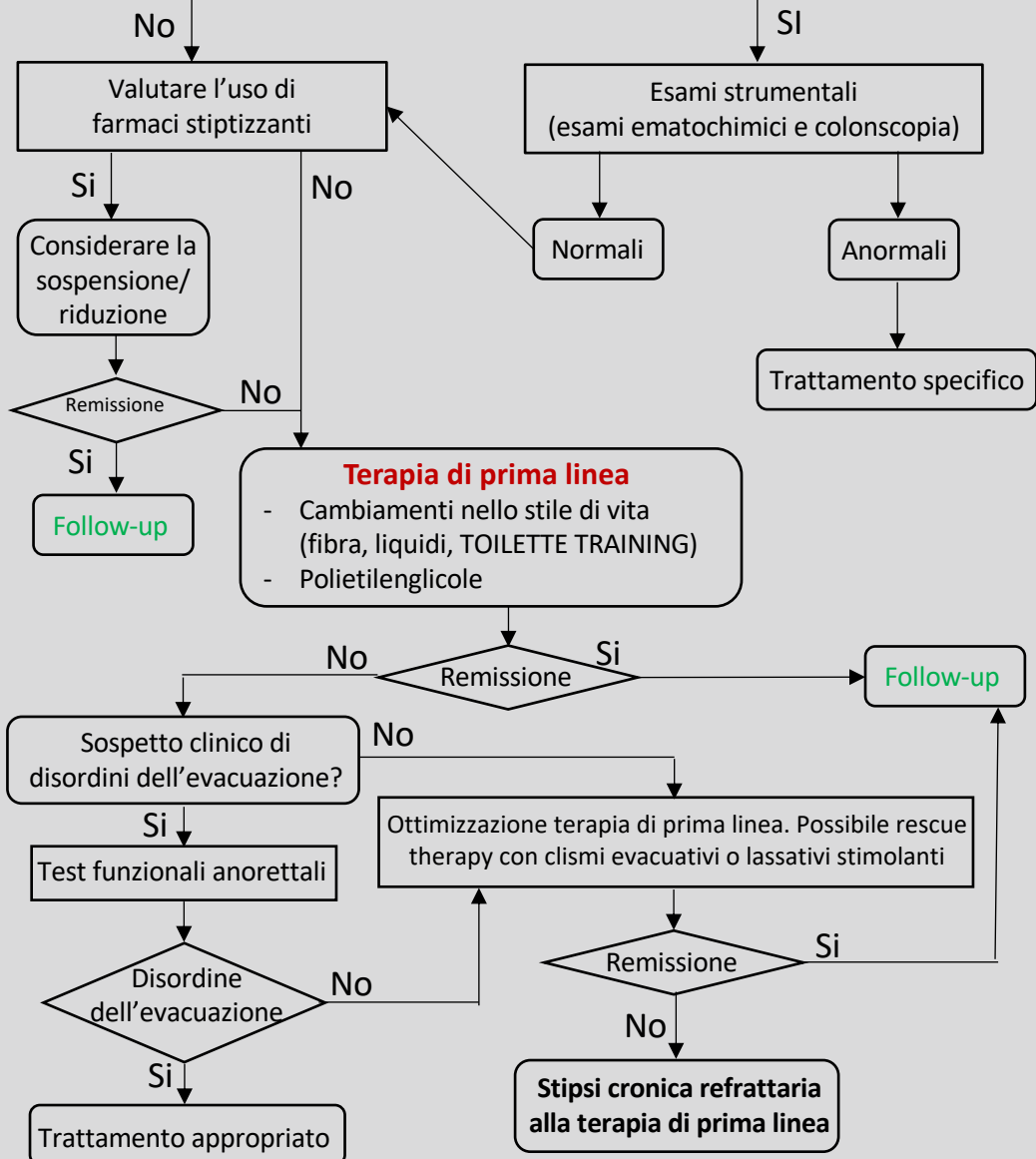
Terapia estrema necessariamente preceduta da accurato studio fisiopatologico, compresi:

- 1) **MANOMETRIA DEL COLON CON TEST AL BISACODILE** per diagnosticare l'inertia coli
- 2) **MANOMETRIA GASTRO-DIGIUNALE** per escludere forme neuropatiche e miopatiche associate

## Paziente con sintomi riferibili a stipsi cronica

### Anamnesi accurata. Necessità di ulteriori indagini?

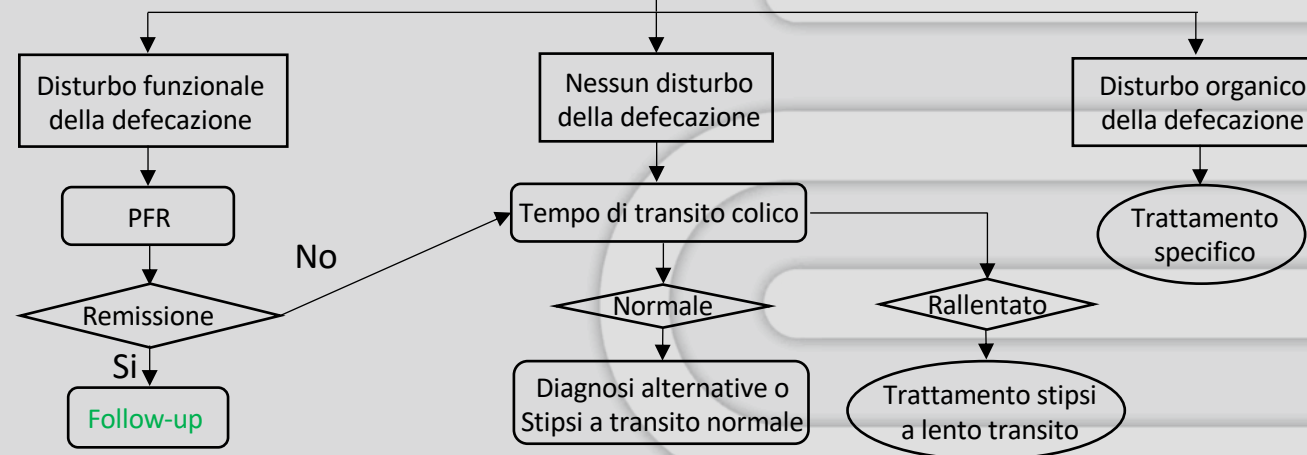
Esordio tardivo della stipsi; Sintomi di allarme; Sospetto causa organica all'EO



## Stipsi cronica refrattaria alla terapia di prima linea

### Indagini strumentali – Test funzionali anorettali

Manometria anorettale; Test di espulsione del palloncino; Defecografia/defeco-RM



## Scarsa risposta alla terapia di prima linea, stipsi non causata da un disturbo della defecazione

### Terapia di seconda linea e terza linea

BISACODILE, PICOSOLFATO DI SODIO, ANTRACHINONI  
LINACLOTIDE, PRUCALOPRIDE

