



La stipsi nell'anziano: dalla prevenzione alla terapia

Constipation in the elderly: from the prevention to treatment

A. PILOTTO, V. ANNESE*, G. SPINZI**

Unità Operativa Geriatria, Casa Sollievo della Sofferenza, IRCCS, San Giovanni Rotondo (FG);

*Unità Endoscopia Digestiva, Casa Sollievo della Sofferenza, IRCCS, San Giovanni Rotondo (FG);

**Dipartimento Gastroenterologia, Ospedale Valduce, Como

Parole chiave: Anziano • Stipsi • Lassativi

Key words: Elderly • Constipation • Laxatives

Definizione di stipsi

Il termine "stipsi" identifica una situazione o condizione, non necessariamente patologica, associata per lo più a difficoltà o fastidio che una persona avverte nell'ambito delle proprie funzioni dell'alvo. In letteratura è ben documentato che pazienti, medici e/o personale sanitario possono dare significati diversi al termine stipsi, riferendosi al numero delle scariche nel tempo e/o alla consistenza delle feci e/o al fastidio o difficoltà procurati dalla evacuazione dell'alvo.

Secondo la più recente versione (detta Roma III) dei criteri diagnostici di stipsi funzionale messa a punto dal gruppo di lavoro internazionale nell'ambito della *Consensus Conference* sui Criteri Diagnostici dei Disturbi Funzionali dell'Intestino, si intende per stipsi funzionale¹:

1. La presenza di due o più delle seguenti caratteristiche (in almeno il 25% delle scariche):
 - a) sforzo nella defecazione,
 - b) presenza di feci dure o fecalomi,
 - c) sensazione di incompleta evacuazione,
 - d) sensazione di ostruzione o blocco ano-rettale,
 - e) necessità di ricorrere a manovre manuali per la evacuazione,
 - f) meno di tre scariche alla settimana,
2. Evacuazioni rare senza l'uso di lassativi;
3. Esclusione della diagnosi di Sindrome dell'Intestino Irritabile.

Secondo tali criteri, la diagnosi di stipsi cronica funzionale va posta quando i disturbi perdurano da almeno tre mesi nel corso dell'ultimo semestre.



■ Corrispondenza: prof. Alberto Pilotto, Unità Operativa Geriatria e Laboratorio di Ricerca Gerontologia-Geriatria, "Casa Sollievo della Sofferenza", IRCCS, 71013 San Giovanni Rotondo, Foggia, Italy - Tel./Fax +39 0882 410271 - E-mail: alberto.pilotto@operapadrepio.it

Prevalenza e fattori di rischio di stipsi nell'anziano

La prevalenza di stipsi riportata nell'anziano risulta decisamente non omogenea nei differenti studi, con percentuali che variano dall'8% sino al 65% delle popolazioni studiate². La causa di tale enorme variabilità è legata soprattutto alla mancata uniformità nella definizione di stipsi e alla varietà dei *setting* in cui gli anziani vengono studiati (ambulatoriali, RSA, ospedale, ecc.).

Adottando i criteri diagnostici di stipsi sopra riportati, una indagine telefonica condotta negli Stati Uniti in soggetti ultrasessantacinquenni residenti al proprio domicilio ha riscontrato una prevalenza di stipsi del 24,4%; mentre una prevalenza di stipsi del 45% è stata riportata in una popolazione di anziani definiti fragili con presenza associata di sindrome da immobilizzazione, disidratazione e scarso introito alimentare³.

Recentemente una ampia indagine promossa dalla FIRI (Fondazione Italiana per la Ricerca sull'Invecchiamento) nell'ambito del progetto SOFIA (Studio Osservazionale sui Farmaci Impiegati dall'Anziano) ha documentato in una popolazione di circa 5.400 soggetti ultrasessantacinquenni ambulatoriali, una prevalenza di stipsi, definita secondo i criteri di Roma III così come espressi nel GSRS (*Gastrointestinal Symptom Rating Scale*) del 24%. La prevalenza di stipsi risulta significativamente più elevata nelle donne, nei soggetti maggiormente disabili nelle ADL (*Activities of Daily Living*) e IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) e nei pazienti che assumono un numero elevato di farmaci⁴.

Età avanzata, soprattutto oltre gli 84 anni, immobilità, residenza in istituto o in comunità e sesso femminile sono i fattori di rischio di stipsi più rilevanti riportati in una recentissima meta-analisi; a questi fattori vanno aggiunti la presenza di patologie ano-rettali come emorroidi e prolasso rettale e ginecologiche come isterectomia, prolasso uterino o colpocele⁵.

In ogni caso la prevalenza di impiego di lassativi risulta veramente elevata in età anziana con percentuali che vanno dal 10-18% di utilizzo routinario in anziani domiciliari⁶ sino al 25-30% in ultraottantenni che usano lassativi almeno una volta al mese³.

Cause di stipsi nell'anziano

Con l'invecchiamento si verificano una serie di modificazioni funzionali fisiopatologiche dell'ap-

parato digerente che possono predisporre alla comparsa di stipsi; il disturbo molto spesso, tuttavia, riconosce una eziologia multifattoriale. In Tabella I sono riportati alcuni dei fattori più comuni associati alla presenza di stipsi nell'anziano⁷.

Prevenzione della stipsi

Nei pazienti istituzionalizzati o ricoverati in strutture sanitarie grande attenzione va posta alla gestione e all'utilizzo dei servizi igienici. Assicurare privacy, pulizia, ordine e dignità nei trasferimenti così come fornire e mantenere servizi igienici adeguati alle persone anziane deve essere obiettivo prioritario nella gestione di qualsiasi struttura sanitaria. L'uso di comode, quando possibile, va evitato. Se vi è la necessità di un loro utilizzo, devono avere sedili comodi atti a prevenire la comparsa di ulcere da decubito, stabili per facilitare i trasferimenti e ridurre il rischio di cadute, disegnate in modo da semplificare i movimenti e sostenere il tronco. La scelta della comoda è molto importante: un recente studio inglese ha riportato che meno del 50% dei pazienti anziani sono soddisfatti delle comode che vengono fornite loro in utilizzo⁸.

Un ruolo importante nella prevenzione è fornito dalla informazione. Molte persone pur non avendo sintomi correlati alla stipsi, ritengono sia necessario avere almeno una evacuazione al giorno. In assenza di sintomi, non è necessario evacuare quotidianamente in quanto la stipsi non determina l'accumulo di tossine né esiste alcuna correlazione tra stipsi e comparsa di neoplasie.

Numerose malattie croniche come il diabete mellito, ipotiroidismo e malattia di Parkinson si associano a stipsi (Tab. D): la gestione ottimale di tali malattie migliora anche la stipsi. Alcuni farmaci frequentemente possono determinare stipsi: adeguate spiegazioni sull'uso di tali farmaci e suggerimenti di tipo comportamentale riguardo all'idratazione, il movimento e la dieta ricca di fibre possono, almeno nelle forme più lievi, agire positivamente in senso preventivo della stipsi.

Trattamenti non farmacologici

L'*educazione* a riconoscere e rispondere all'urgenza della defecazione è un approccio comune, ma la sua efficacia non è stata adeguatamente documentata. Questa raccomandazione⁹ (livello di evidenza: grado C) si basa sulla osservazio-

Tab. I. Fattori associati alla presenza di stipsi nell'anziano (da McCrea et al., 2008⁷, mod.).

Anomalie strutturali	Emorroidi, ragadi anali Fistole e stenosi ano-rettali Prolasso rettale o rettocele Stenosi del colon
Stili di vita	Scarsa mobilizzazione Disidratazione Scarso introito di fibre e calorie con la dieta
Malattie metaboliche-endocrine	Diabete mellito Ipotiroidismo Ipercalcemia
Malattie neurologiche	Malattia cerebrovascolare Morbo di Parkinson Sclerosi multipla Danno midollare (traumatico/neoplastico)
Miopatie	Amiloidosi Sclerodermia Distrofia miotonia
Malattie psico-comportamentali	Ansia Depressione Demenza
Farmaci	Antiacidi, anticolinergici, antidepressivi, antistaminici Ca ⁺⁺ antagonisti, diuretici, clonidina Levodopa, psicotropi, oppioidi FANS, sali di ferro

ne che i soggetti non stitici hanno un regolare pattern di defecazione e che certe attività (ad esempio il risveglio o i pasti) stimolano l'attività del colon.

L'esercizio fisico è in generale raccomandato perché riduce il tempo di transito intestinale; viceversa, l'inattività fisica aumenta il rischio di stipsi; il ruolo terapeutico del solo esercizio fisico è tuttavia controverso nei soggetti con stipsi moderata-severa¹⁰.

INTRODUZIONE DI LIQUIDI

Pochi dati supportano i benefici di un aumentato consumo di liquidi (raccomandazione di grado C), tranne nei soggetti disidratati. Uno studio su volontari sani l'introduzione di acqua (fino a 1 litro/die) non ha avuto alcun effetto sul peso delle feci. Il diminuito introito di liquidi gioca, forse, un ruolo maggiore nello sviluppo di fecalomi.

FIBRE

Studi epidemiologici hanno mostrato una bassa prevalenza di stipsi nei Paesi ad alto consumo di fibre. La dose in genere raccomandata è di 20-25 g/die da raggiungere gradualmente con cibi ricchi di fibre (carote, broccoli, ecc.), o frutta (mele, arance, ecc.). Il succo di prugne è comunemente impiegato per migliorare la stipsi. Bisogna comunque avvertire i pazienti che i benefici sono lenti e che possono avvertire distensione addominale, eccessivo gas e flatulenza, e che questo approccio è efficace solo in alcuni soggetti. Una recente revisione sistematica ha riportato la mancanza di studi di alta qualità sull'argomento¹¹. La *task force* dell'*American College of Gastroenterology*¹² raccomanda l'uso di psillio (evidenza grado B), mentre una recente review sistematica¹³ ha riportato solo scarse evidenze a supporto dello psillio e della metilcellulosa (evidenza grado C).

Trattamento farmacologico

I lassativi migliorano la frequenza dei movimenti intestinali rispetto al placebo. A scopo classificativo, i lassativi vengono suddivisi in base al loro meccanismo d'azione¹⁴ (Tab. II).

LASSATIVI DI MASSA

Questi lassativi contengono prodotti solubili (psillio, guar) o insolubili (cellulosa). Sono idrofili e assorbono acqua dal lume intestinale aumentando pertanto la massa fecale. I pazienti con stipsi da transito rallentato o disfunzione ano-rettale possono non trarre beneficio da questi lassativi.

LASSATIVI EMOLLIENTI

Docusati, olio di paraffina, olio di ricino e altri diminuiscono la tensione di superficie permettendo all'acqua di entrare più rapidamente nell'intestino; generalmente sono ben tollerati, ma meno efficaci dello psillio. L'olio minerale non è invece raccomandato perché può diminuire le vitamine liposolubili e presenta un discreto rischio di aspirazione specialmente nei soggetti allettati¹⁵.

LASSATIVI OSMOTICI

Sono agenti iperosmolari che causano secrezione di acqua nel lume intestinale per attività osmotica. Idrossido di magnesio, citrato di magnesio e bifsato di sodio sono efficaci (evidenza di grado B); tuttavia il loro utilizzo è stato associato ad alterazioni elettrolitiche, incluse ipokaliemia e sovraccarico di sodio, e diarrea. Per questo sono lassativi da

Tab. II. Tabella riassuntiva dei principali lassativi, distinti per meccanismo di azione. Si riporta inoltre la massima dose consigliata ed i potenziali problemi correlati.

Tipo	Max Dose	Note - Livello evidenza
MASSA		Azione lenta
Psyllium	Fino a 20 g	Assuefazione
Metilcellulosa	Fino a 20 g	Fermentazione
OSMOTICI		
Idrossido Mg	13-30 ml 1-2 v/d	Aumento Mg nella IRC
SodioFosfato	10-25 ml/350 cc	Aumento P nella IRC
Lattulosio	13-30 ml 1-2 v/d	Meteorismo
Macrogol (PEG)	13-35 g 1 v/d	Livello di evidenza I/A
STIMOLANTI		
Senna	185 mg/d	Melanosi, danno neuronale
Bisacodyl	5-10 mg/sera	Tachifilassi
Olio Minerale	5-15 ml/srea	Malassorbimento
PROCINETICI		
Tegaserod	6 mg x 2/d	Riduzione dolore e distensione Elevato Costo, I/A

impiegare con cautela nei soggetti con scompenso cardio-circolatorio, insufficienza renale cronica e nell'anziano in generale.

Altri lassativi iperosmotici sono il sorbitolo e il lattulosio. Essi sono zuccheri complessi che non vengono digeriti e sono metabolizzati direttamente dalla flora batterica intestinale in acidi grassi organici a breve catena. Tali lassativi sono efficaci (raccomandazione di grado A); tuttavia presentano l'inconveniente di causare flatulenza e borborigmi particolarmente fastidiosi in questa tipologia di pazienti.

Il macrogol (Polietilenglicole, PEG) 3350 più elettroliti è un lassativo osmotico che presenta buona efficacia clinica (raccomandazione di grado A) e che rispetto al lattulosio induce meno flatulenza, efficace e sicuro nel trattamento della stipsi dell'anziano secondaria a farmaci¹⁶, con accettabile profilo di sicurezza anche durante trattamento cronico¹⁷.

Il Macrogol 3350 è una miscela di polimeri ad alto peso molecolare non assorbibili e non metabolizzati dalla flora batterica intestinale che agisce come un agente osmotico puro trattenendo acqua a livello colico; ciò determina una reidratazione ed ammorbidimento delle feci che facilitano l'evacuazione. La quantità di acqua e di elettroliti trasportata dalla struttura macromolecolare del macrogol è dose dipendente. La presenza di elettroliti, inoltre, assicura che non vi siano significative perdite di

sodio e potassio, minimizzando in tal modo la possibilità di squilibrio elettrolitico.

Rispetto al macrogol 4000, che viene usualmente impiegato per la preparazione intestinale pre-operatoria o per indagini diagnostiche, il macrogol 3350 più elettroliti è indicato per il trattamento della stipsi cronica¹⁷. Un recente studio retrospettivo ha dimostrato per questo preparato un eccellente profilo clinico e di costo-efficacia nell'uso a lungo termine anche in soggetti affetti da disabilità¹⁸. Infine, il macrogol 3350 più elettroliti presenta il vantaggio di essere sciolto in un quantitativo di acqua inferiore (busta da 13,8 g in 125 ml) rispetto al macrogol 4000 (busta da 17,5 g in 250 ml) che ne rende pertanto più agevole l'impiego negli anziani con difficoltà ad introdurre grosse quantità d'acqua per os.

LASSATIVI STIMOLANTI

Senna e bisacodyl determinano contrazioni ritmiche della muscolatura intestinale, aumentando la motilità e la secrezione di acqua nell'intestino. Naturalmente non devono essere impiegati nei soggetti con sospetta ostruzione intestinale. La *task force* dell'ACG ha concluso che i dati disponibili non sono sufficienti per dare raccomandazioni su questa categoria di lassativi (evidenza di grado B)¹². Non è definito se tali lassativi possano indurre lesioni del plesso mienterico, mentre è noto che un loro impiego prolungato si associa a

melanosi colica il cui significato funzionale rimane ancora ignoto.

Supposte e clismi (glicerina, bisacodyl) sono lassativi stimolanti che possono avere un ruolo clinico nel trattamento della stipsi, specialmente in casi di difficoltà nella evacuazione e come terapia *on demand*. Il loro meccanismo d'azione è basato sulla stimolazione della mucosa rettale e la successiva induzione di contrazioni.

FARMACI PROCINETICI

Colchicina e misoprostol accelerano il transito e aumentano la frequenza delle evacuazioni. Nessuno di questi due farmaci tuttavia è stato approvato dagli organi regolatori per l'utilizzo nella stipsi.

Nuove prospettive

Una serie di farmaci con nuovi meccanismi d'azione si stanno recentemente affacciando sul mercato. Al momento, tuttavia, tali preparati vengono impiegati all'interno di studi clinici controllati. Il *tegaserod* si lega ai recettori 5-HT₄ aumentando la peristalsi e promuovendo la secrezione intestinale. Una recente revisione Cochrane¹⁹ afferma che il farmaco aumenta la frequenza dei movimenti intestinali nella stipsi cronica, ma che ancora poco nota è l'importanza clinica di questi modesti mi-

glioramenti. Il farmaco non è stato ancora ammesso al commercio da parte della Agenzia europea per la valutazione dei farmaci (EMA). Il *lubiprostone* agisce attraverso la attivazione dei canali del cloro, aumentando così la secrezione intestinale di liquidi. L'uso clinico del farmaco si associa ad un miglioramento significativo della frequenza delle evacuazioni con diminuzione dello sforzo nella evacuazione. Il farmaco, tuttavia, determina nausea che ha indotto la sospensione del farmaco nel 5% dei soggetti trattati. Il farmaco è stato recentemente approvato dalla *Food and Drug Administration* USA per la terapia della stipsi cronica.

Il *fosfato di sodio* in compresse è stato posto in commercio negli USA nel 2001 e la sua efficacia è stata dimostrata in uno studio in adulti con stipsi cronica. Le cautele per l'impiego del farmaco sono le stesse sopra riportate per il fosfato di sodio liquido. Gli antagonisti dell'oppio *metilnaltrexone* e *alvimopan* sono farmaci recentemente introdotti per il trattamento della stipsi da oppiacei e nell'ileo postoperatorio. I risultati preliminari sembrano essere incoraggianti anche nei soggetti particolarmente compromessi²⁰. Altri farmaci in studio sono la prucalopride²¹, agonista dei recettori 5-idrossitriptamina⁴ e alcuni agenti probiotici. Ulteriori studi saranno necessari per valutare se questi farmaci potranno avere un ruolo nel trattamento della stipsi cronica.

BIBLIOGRAFIA

- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. *Functional bowel disorders*. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
- Crane SJ, Talley NJ. *Chronic gastrointestinal symptoms in the elderly*. *Clin Geriatr Med* 2007;23:721-34.
- Morley JE. *Constipation and irritable bowel syndrome in the elderly*. *Clin Geriatr Med* 2007;23:823-32.
- Pilotto A, Franceschi M, Vitale D, Zaninelli A, Di Mario F, Rengo F, on behalf of FIRI. *The prevalence of constipation and its association with drug use in elderly outpatients: a multicentre study*. UEGW 2008 (submitted).
- Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. *Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review*. *BMC Gastroenterol* 2008;8:1-7 <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/8/5>
- Ruby C, Fillenbaum G, Kuchibhatla M. *Laxative use in the community-dwelling elderly*. *Am J Geriatr Pharmacother* 2003;1:11-7.
- McCrea GL, Miaskowski C, Stoots NA, Macera L, Varma MG. *Pathophysiology of constipation in the older adult*. *World J Gastroenterol* 2008;14:2631-8.
- Malassingne P, Nelson AL, Cors MW, Amerson TL. *Design of the advanced commode-shower chair for spinal cord-injured individuals*. *J Rehabil Res Dev* 2000;37:373-82.
- Pampati V, Fogel R. *Treatment options for primary constipation*. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2004;7:225-33.
- Dukas L, Willett WC, Giovannucci EL. *Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women*. *Am J Gastroenterol* 2003;98:1790-6.
- Lembo A, Camilleri M. *Chronic constipation*. *N Engl J Med* 2003;349:1360-8.
- Brandt LJ, Schoenfeld P, Prather CM, Quigley EMM, Schiller LR, Talley NJ. *Evidenced-based position statement on the management of chronic constipation in North America*. *Am J Gastroenterol* 2005;100(Suppl):S1-21.
- Ramkumar D, Rao SSC. *Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review*. *Am J Gastroenterol* 2005;100:936-71.
- Spinzi GC. *Bowel care in the elderly*. *Digest Dis* 2007;25:160-5.
- Schiller LR. *Constipation and fecal incontinence in the elderly*. *Gastroenterol Clin North Am* 2001;30:497-515.
- Zangaglia R, Martignoni E, Glorioso M, Ossola M, Riboldazzi G, Calandrella D, et al. *Macrogol for the treatment of constipation in Parkinson's disease. A randomized placebo-controlled study*. *Mov Disord* 2007;22:1239-44.
- Di Palma JA, Cleveland MV, McGowan J, Herrera JL. *A randomized, multicenter, placebo-controlled trial of*

- polyethylene glycol laxative for chronic treatment of constipation*. Am J Gastroenterol 2007;102:1436-41.
- ¹⁸ Migeon-Duballet I, Chabin M, Gautier A, Mistouflet T, Bonnet M, Aubert JM, et al. *Long-term efficacy and cost-effectiveness of polyethylene glycol 3350 plus electrolyte in chronic constipation: a retrospective study in a disabled population*. Curr Med Res Opin 2006;22:1227-35.
- ¹⁹ Evans BW, Clark WK, Moore DJ, Whorwell PJ. *Tegaserod for the treatment of irritable bowel syndrome and chronic constipation*. Cochrane Database Syst Rev 2007;4: CD 003960.
- ²⁰ Thomas J, Karver S, Cooney GA, Charberlein BH, Watt CK, Slatkin NE, et al. *Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in advanced illness*. New Engl J Med 2008;358:2332-43.
- ²¹ Camilleri M, Kersterns R, Rykx A, Vandeplassche L. *A placebo-controlled trial of prucalopride for severe chronic constipation*. New Engl J Med 2008;358:2344-54.