

I. FIZIOLOGIA TRANZITULUI INTESTINAL

1.1. Funcția de transport a bolului alimentar / chimului gastric

1.1.1. Mișcări peristaltice (propulsive)

- Conracții propagate sub formă de undă, cu următoarele faze:
 - Relaxare anterogradă a celulelor musculare netede circulare ale peretelui intestinal → înaintarea masei alimentare în zona respectivă (cale colinergică anterogradă)
 - Conracție ulterioară a musculaturii netede circulare din spatele masei alimentare → împiedică deplasarea retrogradă a acesteia (cale colinergică retrogradă)
 - Conracția celulelor musculare netede longitudinale → propulsia masei alimentare

➤ Reflexul peristaltic:

- Declanșat de bolul alimentar ce destinde celulele musculare netede ale tractului gastro-intestinal (tractul g-i.)
- Mediat de neuromodulatori (serotonina, acetilcolina, oxid nitric) și de neuronii senzoriali și cei ai plexului mienteric care inervează tractul g-i.

➤ Complexul motor migrator (MMC):

- Tipar de activitate electrica (unde peristaltice) a tractului g-i, ciclică, regulată
- Apare între mese (15' după ingestia și absorbția completă) sau în cursul nopții
- Originează în stomac și în intestinul subțire superior (duoden, jejun proximal)
- Ciclurile se repetă la fiecare 1,5-2 h, ajută la declanșarea peristaltismului și sunt întrerupte de ingestia de alimente
- Ciclurile au și rol de curățare a sistemului digestiv de excesul de bacterii

1.1.2. Mișcări (contractii) segmentare

- Apar și predomină în intestinul subțire, mai puțin în cel gros
- Implică musculatura netedă circulară a tractului g-i, ce se contractă în secțiuni alternative
- Deplasează bidirecțional chimul alimentar provenit din stomac, încetinind progresia sa
- Acțiune principală: mixează materia alimentară cu secrețiile intestinale, favorizând contactul cu epiteliul intestinal și digestia

1.1.3. Contractii generale (în masă) ale intestinului gros

- Normal 1 - 3 / zi, frecvența lor scade în constipație
- Propulsează chimul alimentar (fecale) înspre rect
- Stimulate de mese (prezența chimului alimentar în stomac și duoden) – reflexul gastrocolic
- Declanșează actul defecației când presiunea intrarectală este mare

1.2. Funcția de absorbție a apei din intestinul gros

- Colonul primește zilnic aproape 1,5 l de lichid din intestinul subțire, din care 200 – 400 ml se elimină prin fecale
- Sodiul se reabsoarbe activ prin canale de transport, apa urmându-l pasiv datorită gradientului osmotic
- Există și un proces de secreție de lichid în lumenul colonului, de mai mică amploare, prin canalele cloridice din peretele intestinal → Rezultat net: absorbția apei
- Canalele cloridice sunt:
 - Nefuncționale în fibroza cistică → absorbția apei, fecale uscate, constipație
 - Activate de toxina holerică → diareea secretorie din holeră

II. CONSTIPAȚIA – DEFINIȚIE

- Afectează cel puțin 25% din populația generală– mai frecventă la femei, bătrâni (cu vârsta cresc problemele de sănătate și scade activitatea fizică) și copii (~ 5% din vizitele anuale la clinicile de pediatrie)
 - Scaune rare (< 3 / săptămână) și / sau dificultate la defecație – pasaj dificil și îndelungat al materiilor fecale
 - Scaune tari sau sub formă de peleți (boabe ca de iepure), chiar dacă au loc zilnic!
 - Durere asociată mișcărilor intestinale (secundară tensiunii) și la defecație
 - Durere și balonare abdominală
 - Senzație de evacuare incompletă sau senzație imperioasă însă neurmată de defecație
 - Disconfort accentuat, activitate mentală și socială afectate, nevoia de a fi în permanență lângă toaletă
-
- Considerată un simptom ce necesită evaluare pentru a descoperi cauza (boala)

III. CONSTIPAȚIA– CLASIFICARE

- **Acută** (durează zile până la săptămâni)
- **Cronică*** (durează luni, ani)

*Manifestă cel puțin 3 zile / lună și durată > 3 luni + disconfort abdominal + lipsa altor cauze clare de constipație = Sindrom de intestin iritabil

3.1. Primară (idiopatică)

- Probleme intrinseci ale funcției colonice și anorectale, dar și congenitale și psihologice
- Atât în cea cu tranzit normal cât și în cea cu tranzit lent se poate întâlni obstrucția funcțională ca disfuncție a planșeului pelvic: mușchii pubo-rectali și ai sfincterelor anale (anismus) → dificultate de eliminare a materiilor fecale din anorect.

3.1.1. Cu tranzit normal (constipația funcțională)

- ❖ Cea mai des întâlnită formă
- ❖ Scaune tari sau dificultate la evacuare, senzație de evacuare incompletă
- ❖ Balonare, durere și disconfort abdominal
- ❖ Timp de tranzit al materiilor fecale și frecvență de defecație în limite normale
- ❖ Nu se identifică o cauză patologică - cel mult un stil de viață nesănătos (absența fibrelor în dietă, aport insuficient de lichide, inactivitate fizică) sau / și anumite condiții psihologice / psihosomatice
- ❖ Răspunde la tratamentul cu fibre și / sau laxative osmotice – dacă acestea funcționează nu se trece la alte metode de tratament

3.1.2. Cu tranzit lent

- ✓ Comună femeilor tinere
- ✓ Este redusă activitatea motorie colonică fazică: mișcări intestinale rare, < 1 pe săptămână
- ✓ Lipsa nevoii de a defeca, răspuns motor diminuat după ingestia de alimente și dimineața la trezire
- ✓ Balonare, disconfort abdominal
- ✓ Timp de tranzit colonic prelungit, 50% dintre pacienți refractari la administrarea de fibre
- ✓ “Inerția colonică” (formă severă) – lipsa creșterii activității peristaltice (contractiile în masă colonice) după mese sau după administrarea laxativelor

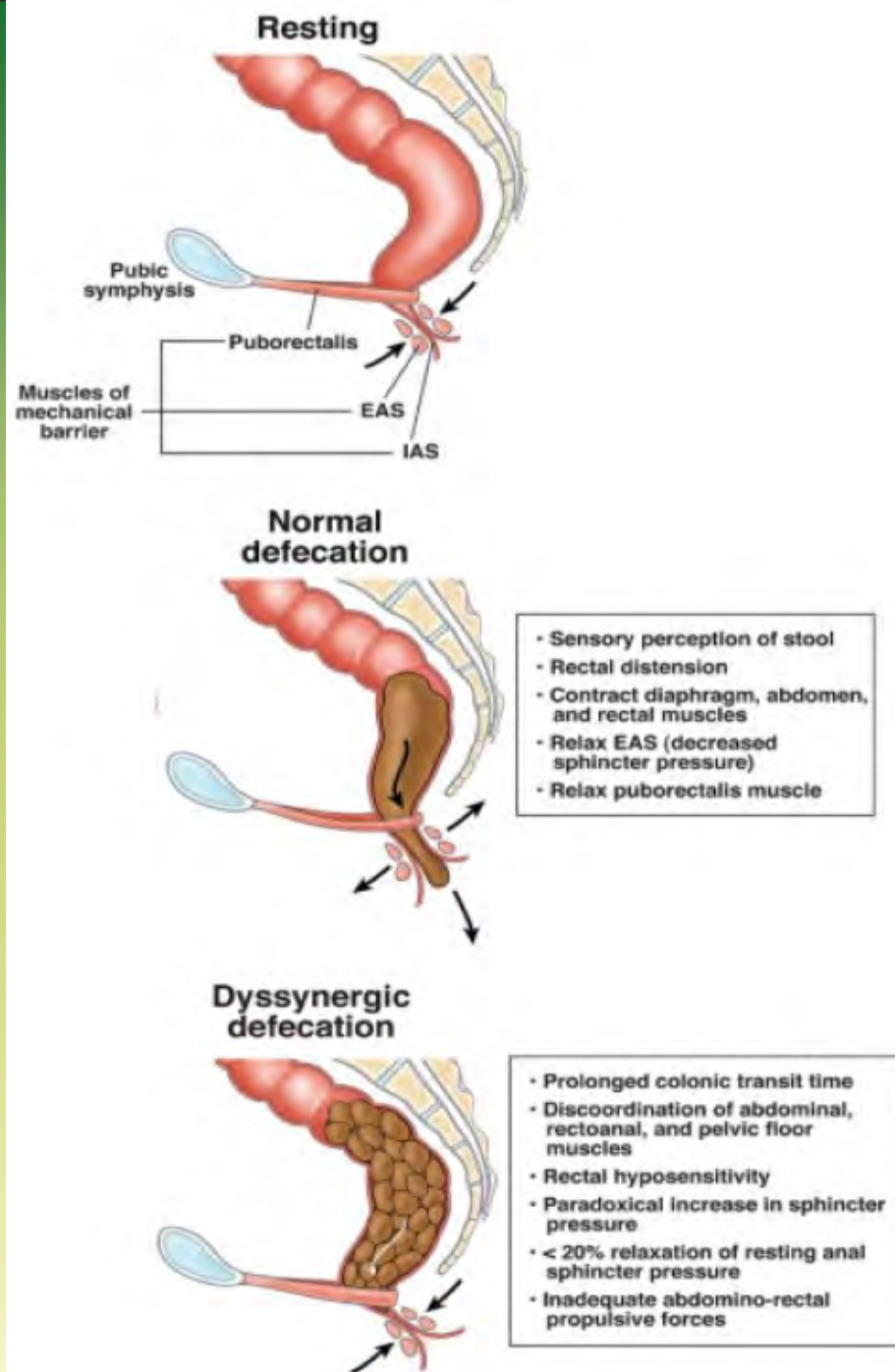
- ✓ Etiologie neuromusculară:
 - Reducerea numărului de neuroni ai plexului mienteric și a volumului celulelor interstițiale Cajal din peretele intestinal (implicate în generarea undelor electrice lente ce declanșează contracțiile musculaturii netede)
 - Activitate anormală a neurotransmițătorilor sistemului nervos enteric:
 - Serotonina eliberată în tractul g-i (stimulează inițierea reflexelor secretorii și peristaltice de către neuronii plexului mienteric)
 - Acetilcolina (declanșează contracția musculară) – în acest caz există o lipsă de răspuns a musculaturii netede la acțiunea sa
- ✓ Alte posibile cauze:
 - Neurodegenerescenta, nașterea, chirurgia în zona pelvică
 - Posibile anomalii de fermentație microbiană a hidraților de carbon și a fibrelor alimentare cu diminuarea consecutivă a stimulării peristaltice
- ✓ Răspunde la administrarea agresivă de laxative
- ✓ În cazuri extreme tratament chirurgical: coleotomie / anastomoză ileorectală

3.1.3. Boli de defecație – Defecația dissinergică

- ❖ Dificultate de eliminare din rect a materiilor fecale, inclusiv a celor lichide
- ❖ Senzație imperioasă de a defeca, pacienții pierd mult timp la toaletă zilnic
- ❖ Nevoia de manipulare digitală, de schimbare a poziției
- ❖ Nu răspunde la laxative, pacienții fac des clisme
- ❖ Necoordonare (dissinergism) între efortul de împingere a materiilor fecale (contractia musculaturii abdominale și rectale) și relaxarea sfincterelor anale (intern și extern) și a mușchilor pubo-rectali → retenția fecalelor
 - (< 20% relaxare a presiunii sfincterelor anale, chiar creșterea paradoxală a tonusului acestora în timpul defecației)

- ❖ Tranzitul intestinal poate fi sau nu întârziat (timp prelungit de tranzit al colonului)
- ❖ Complicații: consecutiv tonusului pelvic crescut pot apărea complicații hemoroidale și fisuri anale, durerea rezultată amplificând evitarea defecației

Rao SS. Advances in diagnostic assessment of fecal incontinence and dyssynergic defecation. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010;8:910-9
 Pub Med Central: Can J Gastroenterol. 2011 Oct; 25 (Suppl B): 16B-21B.



- ❖ Cauze: anormalitati anatomo-funcționale anorectale – prolaps rectal, rectocel (hernierea peretelui rectal anterior înspre vagin), coborârea accentuată a perineului
- ❖ Alte posibile cauze:
 - Inervație senzoriala scăzută a colonului sigmoid și a rectului → răspuns redus la distensia rectală
 - Imbalanța neuromotorie simpatico-parasimpatică cu scăderea activității propulsive motorii și a tonusului colono-rectal
 - Afectare neuronală pe axa creier- intestin
 - Comportament anormal dobândit la toaletă
 - Lovire în zona genito-urinară și a spatelui
 - Istoric de abuz psihic / sexual
- ❖ Tratament: fizioterapia pelvisului, educarea / recondonarea manevrelor de defecație

3.1.4. Congenitală: boala Hirschprung, anus neperforat

3.1.5. Psihologică: teama de durere, de toalete publice, “lenea” de a defeca

- Tratament: fibre, fluide, laxative



3.2. Secundară – cauze:

➤ **Mod de viață***: dietă săracă în fibre, aport insuficient de lichide, sedentarism, condiții inadecvate sau dificultatea de a merge la toaletă

➤ **Sarcina***

*în aceste cazuri constipația rezultată este de obicei tranzitorie, spre deosebire de cea cronică secundară celorlalte cauze

➤ **Tratament medicamentos:**

- Suplimente alimentare + OTC: calciu (doze mari), produse cu aluminiu (antiacide), fier administrat oral (în aceste cazuri se va trece la administrare intravenoasă)

- Rx: opioide (codeină, morfină), anticolinergice / antispastice, antipsihotice, antidepresive, neuroleptice, antiparkinsoniene, antihipertensive, antihistaminice, blocanți de canale de Ca, diuretice

➤ **Boli endocrine sau metabolice:** diabet zaharat, hipotiroidism, hipercalcemie, insuficiență renală cronică

- **Boli neurologice:** leziuni ale măduvei spinării, Parkinson, scleroză multiplă
- **Depresie**, în care constipația se datorează cumulativ:
 - Disfuncționalităților nervilor pelvici
 - Cauzelor generale de sistem: dietă solidă / lichidă + comportament de hrănire alterate, mobilitate afectată, disfuncții psihologice, medicație specifică
- **Miogenică:** distrofia miotonică, dermatomiozita, scleroderma, amiloidoza, pseudo-obstrucția cronică intestinală
- **Organică locală:** cancer colorectal, stenoză ischemică sau chirurgicală, boală inflamatorie intestinală, fisuri / stricturi anale / hemoroizi (în același timp complicații ale constipației)
- **Sindrom de colon iritabil, tumori extraintestinale** ce dau compresie externă (cancer abdominal)

Tratament – folosirea regulată de **laxative**.

3.3. Constipația la copii

- Prezentă la ~ 3% din copii, fetele și băieții afectați în mod egal
- Răspunzătoare pentru ~ 5% din totalul vizitelor la pediatru și ~ 25% din cele la gastroenterolog
- Dificil de stabilit o vârstă anume de apariție, de regulă legată de schimbări de viață: “învățarea” la toaletă, începutul școlii, schimbări în dietă
- La nou-născuți apare la înțărcare și / sau la schimbarea formulei de alimentație
- În general nu este consecutivă vreunei boli
- Tratament: eliminarea simptomelor



3.4. Constipația post partum

(perioada post partum: 6 săptămâni după naștere)

- ❖ Prevalență: ~ 25% pe parcursul primelor 3 luni
- ❖ Se adaugă disconfortului deja existent, mai ales în cazul complicațiilor: ruptură perineala – “lacrimă” perineala, epiziotomie
- ❖ Factori de risc:
 - Lezarea mușchilor planșeului pelvic în timpul nașterii
 - Nașterea forceps-asistată
 - Prelungirea stadiului secundar al nașterii
 - Nașterea unui copil de volum / greutate mare
 - Hemoroizi (comuni la naștere)
- ❖ Pacientele evită defecația din cauza durerii
- ❖ Tratament:
 - Clisme în perioada nașterii - pot avea drept consecință alterarea mișcărilor intestinale după naștere
 - Evidență insuficientă privind eficacitatea și siguranța administrării de laxative la acest grup

IV. CONSTIPAȚIA CRONICĂ – DIAGNOSTIC

4.1. Prezența a cel puțin 2 dintre următoarele simptome în ultimele 3 luni, cu declanșare cu cel puțin 6 luni înainte de momentul diagnosticului:

- În cel puțin 25% dintre defecații:
 - “Bulgări” sau fecale întărite
 - Tensiune, încordare, senzație de “strecurare” a fecalelor
 - Senzație de evacuare incompletă
 - Senzație de blocaj / obstrucție anorectală
 - Manevre manuale (manipulare digitală, sprijinirea planșeului pelvic)
- < 3 evacuări / săptămână
- Foarte rar scaune normale sau de consistență mai scăzută în absența laxativelor
- Criterii insuficiente pentru diagnosticul de sindrom de intestin iritabil

4.2. Bristol Stool Form Scale (BSFS):

- Ilustrează într-o scală cu 7 puncte formele și consistența comune ale fecalelor, folosind descriptori vizuali simpli
- Validată de studii
- Ușor înțeleasă de pacienți, pentru a-și clasifica tipul de fecale în acord cu experiența proprie
- Indicator al timpului de tranzit (forma materiilor fecale depinde de timpul petrecut în colon)
- Confirmă prezența materiilor fecale întărite (sub formă de “cocoloașe”, “bulgări”)
- În mod special de folos pacienților ce raportează constipație, dar nu prezintă mișcări intestinale non-frecvente

4.3. Examinare

➤ Fizică

- Abdominală - descoperă o masă abdominală de materii fecale + disconfort abdominal
- Rectală - evaluează:
 - Tonusul sfincterului rectal
 - Prezența materiilor fecale în rectul inferior
 - Consistența materiilor fecale
 - Prezența de sânge, hemoroizi
 - Prezența neregularităților perineale

➤ Teste diagnostice

- Nu sunt necesare în cazul constipației funcționale, ci numai în cazul prezenței altor simptome și semne de alarmă
- Examen Rx abdominal
- Colonoscopie, manometrie anorectală, electromiografie a sfincterului anal, defecografie (tehnică de imagistică radiologică ce vizualizează defecația unui pacient în timp real, anatomia și funcționarea anorectului și a planșeului pelvic, utilizând un fluoroscop)
- Test complet de sânge, teste funcționale tiroidiene, calciu și potasiu seric

4.4. Principii de diagnosticare, testare

- Testarea extensivă în scop diagnostic (inclusiv examinarea clinică) nu se recomandă în mod obișnuit în constipația cronică
- În caz de non-răspuns la tratamentul inițial, pentru diagnosticul bolilor anorectale (a constipației primare, dar mai ales a defecației dissinergice) se recurge la 3 teste de bază:
 - Manometrie anorectală
 - Testul expulziei balonului
 - Test de tranzit colonic
- Testul de tranzit colonic:
 - Se folosesc markeri radiopaci sub formă de capsule
 - Durează 5 zile, laxativele sunt discontinue
 - Retenția a 20% din cantitatea de markeri în a 5-a zi după ingerarea capsulei este considerată anormală
 - Markerii grupați în segmentul rectosigmoid → o problemă distală
 - Markerii răspândiți difuz în colon → tranzit colonic lent

- Colonoscopia se aplică:
 - Pentru detecția eventualelor leziuni: ulcere rectale, inflamații sau cancer colonorectal la persoane cu vârsta > 50 ani
 - În cazul unor semne de alarmă: scădere în greutate, sânge în fecale, anemie, schimbare bruscă a obiceiurilor de defecare după vârsta de 50 de ani, durere abdominală semnificativă, istoric familial de cancer de colon sau boală inflamatorie intestinală
- Clismele cu bariu: pot detecta megacolonul / megarectul
- Manometria anorectală și histologia țesutului nervos al plexului intestinal – confirmă boala Hirschprung
- Suspiciune de cauze metabolice → se fac teste complete: număr de celule sangvine, profil biochimic, nivel seric de Ca, glucoză, hormoni paratiroidieni și cortizol, teste funcționale tiroidiene, electroforeză proteică, porfirine urinare

V. CONSTIPAȚIA CRONICĂ – COMPLICAȚII

- Hemoroizi, fisuri anale, prolaps rectal, impactare fecală (masă solidă și imobilă de materie fecală ce se dezvoltă în rectocolon)
- În cazuri severe de impactare fecală (“constipație malignă”)
 - ➔ distensia abdomenului, greață, vomă, abdomen “moale”, encopresis - eliminare de materie fecală moale care trece pe lângă masa fecală tare din colon



VI. CONSTIPAȚIE - TRATAMENT

6.1. Laxative

CATEGORIE	EXEMPLE	ACȚIUNE	EFECTE ADVERSE, UTILIZARE
Fibre, agenți de volum (agenți hidrofilici)	<ul style="list-style-type: none"> -Tărâțe de grâu -Coji de semințe de psyllium -Metilceluloza -Fructe, vegetale, legume, cereale, nuci 	<ul style="list-style-type: none"> -↑ Volumul și ↓ consistența bolului fecal → stimulează reflexul de defecație -Rețin apa în lumenul intestinal -Loc de acțiune: intestinul subțire și gros (colon) -Declanșare acțiune: 12-72 h 	<ul style="list-style-type: none"> -Flatulență și distensie abdominală -Nu se recomandă la pacienții imobilizați și la cei aflați în îngrijire paliativă

CATEGORIE	EXEMPLE	ACȚIUNE	EFECTE ADVERSE, UTILIZARE
Emoliente (înmoaie materiile fecale)	-Docusat	-Surfactanți anionici ce ajută la încorporarea apei și grăsimilor în materiile fecale	-Utilizați în special pentru prevenția (și nu pentru tratamentul) constipației cronice
Lubricanți	-Uleiul mineral	-“Îmbracă” materiile fecale cu înveliș lipidic și ↓ absorbția apei conținută în acestea -↑ greutatea și încetinesc tranzitul intestinal al acestora -Loc de acțiune: colon -Declanșare acțiune:6-8 h	

CATEGORIE	EXEMPLE	ACȚIUNE	EFECTE ADVERSE, UTILIZARE
<p>Agenți hiperosmotici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dizaharide nedigestibile, alcooli zaharați - macromolecule sintetice 	<ul style="list-style-type: none"> -Lactuloza -Sorbitol -Glicerina (supozitoare) -PEG (polietilenglicol) 	<ul style="list-style-type: none"> -↓ pH-ul intestinal prin fermentația bacteriană din care rezultă acid lactic, formic (lactuloza) -Rețin / leagă apa în lumenul intestinal prin crearea unui gradient osmotic -Astfel stimulează peristaltismul -Loc de acțiune: colon -Declanșare acțiune: 12-72 h (0,25-1 h la administrare intrarectala) 	<ul style="list-style-type: none"> -Balonare, flatulența, efect de vomă -Balonare (PEG)

CATEGORIE	EXEMPLE	ACȚIUNE	EFECTE ADVERSE, UTILIZARE
Laxative saline = substanțe active osmotice, non-absorbabile	<ul style="list-style-type: none"> -Hidroxid de Mg (lapte de Mg) -Sulfat de Mg -Citrat de Mg -Fosfat de Na 	<ul style="list-style-type: none"> -Atrag și rețin apa, astfel ↑ presiunea în lumenul intestinal cu stimularea mecanică a tranzitului - Agenții cu Mg eliberează colecistokina (hormon peptidic secretat de tractul g-i) ce ↑ volumul secreției de fluide și motilitatea intestinală -Loc de acțiune: intestinul subțire și gros -Declanșare acțiune: 0,5-3 h (adm orală) și 2-15' (adm rectală) 	<ul style="list-style-type: none"> -Necesită aport crescut de lichide -Pot altera balanța hidroelectrolitică a individului -De evitat în cazul afecțiunilor renale, HTA sau regimului hiposodat

CATEGORIE	EXEMPLE	ACȚIUNE	EFECTE ADVERSE, UTILIZARE
<p>Laxative stimulante (de contact)*</p> <p>-derivați ai difenilmetanului</p> <p>-antrachinone</p> <p>*Considerate a avea eficacitate superioară celorlalte tipuri</p>	<p>- Bisacodil</p> <p>-Picosulfat de sodiu</p> <hr/> <p>Senna (extract)</p> <p>-Cascara</p>	<p>-Acțiune locală asupra mucoasei intestinale și plexului nervos ce inervează intestinul</p> <p>-Stimulează motilitatea colonului</p> <hr/> <p>Acționează local:</p> <p>-Stimulează motilitatea intestinului gros</p> <p>-Inhibă reabsorbția apei și a electroliților (Na⁺, Cl⁻) în celulele epiteliale colonice</p> <p>-Stimulează secreția intraluminală a apei și electroliților prin intermediul prostaglandinei PG E2 → accelerarea tranzitului la nivelul curburilor și joncțiunilor intestinului gros</p> <p>-Loc de acțiune: colon</p> <p>-Declanșare acțiune: 6-8 h (scaunul se normalizează de obicei în câteva zile de administrare)</p>	<p>-Disconfort abdominal / uneori crampe</p> <p>-Evitarea administrării prelungite (pauze, apoi se reia administrarea), deoarece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pot da dependență prin afectarea haustrelor (segmente ale colonului) • pot genera hipokalemie (pierdere de potasiu) <p>-După utilizare îndelungată (9-12 luni) pot produce melanosis coli – depunere de pigment brun în peretele (mucoasa) colonului:</p> <ul style="list-style-type: none"> • benignă, fără semnificație patologică • identificată la colonoscopie • dispare la întreruperea administrării

CATEGORIE	EXEMPLE	ACȚIUNE	EFECTE ADVERSE, UTILIZARE
Ulei de castor		<ul style="list-style-type: none"> -Gliceridă hidrolizată enzimatic de către lipaza pancreatică la acid ricinoleic → acțiune laxativă prin mecanism necunoscut -Loc de acțiune: intestinul subțire, colon -Declanșare acțiune: 2-6 h 	<ul style="list-style-type: none"> -Utilizarea pe termen lung poate genera pierderi de lichide, electroliți, nutrienți
Activatori ai canalelor de cloruri		<ul style="list-style-type: none"> -Cauzează producerea de către intestin a unei secreții bogate în clorură -Înmoaie materiile fecale -↑ motilitatea prin mișcări spontane ale intestinului 	<ul style="list-style-type: none"> -Utilizați în tratamentul constipației cronice și al sindromului de intestin iritabil

6.2. Biofeedback

- Utilizat în managementul constipației cronice la cei cu boli de defecație (defecație dissinergică)
- Mai puțin eficace în cazul constipației cu tranzit lent
- Diagnosticul de defecație dissinergică trebuie validat de către medicul specialist (gastroenterolog)
- Această terapie va fi efectuată de către un fizioterapeut experimentat



6.3. Tratamente noi

CATEGORIE	EXEMPLE	ACȚIUNE	EFECTE ADVERSE, UTILIZARE
Activatori ai canalelor de cloruri	-Lubiprostone	-Activează canalele de cloruri ale celulelor epiteliale intestinale ce au rol în transportul fluidelor și menținerea volumului și a pH-ului celular -↑ secreția fluidelor în intestin și frecvența mișcărilor intestinale → îmbunătățirea consistenței și a tranzitului fecalelor	-Aprobat de FDA în tratamentul constipației cronice idiopatice la adulți -Nu este aprobat în Europa (cu excepția Elveției)
Agoniști ai receptorilor serotoninergici (5-HT4)	-Cisapride -Tegaserod	-Selectivitate slabă pentru receptorii 5-HT4	-Cardiovasculare: mărirea intervalului QT, sincope, aritmii ventriculare la pacienții cu predispoziție -Au fost retrase de pe piață

CATEGORIE	EXEMPLE	ACȚIUNE	EFECTE ADVERSE, UTILIZARE
Prokinetice	-Prucalopride	<p>-Agonist selectiv 5-HT4</p> <p>-↑ timpul de evacuare gastrică</p> <p>-↓ timpul de tranzit colonic la subiecții cu constipație funcțională (cu tranzit normal)</p> <p>-↓ senzația de disconfort abdominal, balonare, nevoie imperioasă și imposibilitate de defecare</p> <p>-↑ satisfacția și calitatea vieții</p>	<p>-Durere de cap, greață, diaree, dureri abdominale</p> <p>-Se reduc după 1-2 zile de tratament</p> <p>-Nu are efecte adverse cardiovasculare</p> <p>-Utilizare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bătrâni • Constipație indusă de opioide • Femei cu constipație funcțională <p>-Aprobat în EU ca și clasă specifică în tratamentul constipației funcționale la care laxativele clasice au generat un răspuns incomplet / nesatisfăcător</p>

CATEGORIE	EXEMPLE	ACȚIUNE	EFECTE ADVERSE, UTILIZARE
Antagoniști ai receptorilor opioizi (mu-opioid)	-Naloxone -Metilnaltrexone -Alvimopan	-Legare competitivă de receptorii mu-opioizi -Antagonizează efectele periferice ale opioidelor asupra motilității și secreției g-i	-Hipokalemie, dispepsie, anemie, retenție urinară, dureri de spate -Tratamentul constipației opioid-induse și al ileusului postoperator -Par a nu fi eficace în constipația cronică idiopatică
Agonist al receptorilor C-guanilat cyclase	-Linaclotide	-Stimulează secreția fluidelor în lumenul intestinal -↓ consistența fecalelor și ↑ frecvența mișcărilor intestinale	-Efect advers principal: diaree -Nu apare “rebound constipation” la încetarea tratamentului - Neautorizat încă în UE
Stimularea nervilor sacrali			-Tehnică terapeutică nouă folosită în constipațiile severe

6.4. Recomandări actuale și algoritmi de tratament

SECVENȚA RECOMANDATĂ A CĂILOR DE TRATAMENT:

- Evaluarea / excluderea altor patologii și cauze de constipație secundară
- Se începe tratamentul cu ajustări dietare și de mod de viață:
 - Aport crescut de fibre + lichide, fructe, legume
 - Eliminarea sedentarismului
 - Încurajarea defecației dimineața la scurt timp după trezire sau la 30' după mese (reflex gastrocolic)
- Administrarea de laxative osmotice și agenți de scădere a consistenței materiilor fecale
- **În cazul lipsei de eficacitate a secvențelor anterioare se vor administra laxative stimulante**, supozitoare și / sau clisme
- **a) Dacă bolile și obstrucțiile organice precum și sindromul de intestin iritabil cu constipație (IBS-C)* au fost eliminate, constipația funcțională (cronică idiopatică) este cea mai probabilă**
 - ✓ Se diagnostichează prin testare fiziologică: manometrie anorectală, expulzie de balon rectal, teste de tranzit colonic (mai ales cea refractorie la dieta cu fibre și la administrarea de laxative și prucaloprid – defecația dissinergică)

*Se face diagnosticul diferențial între constipația cronică și IBS-C.

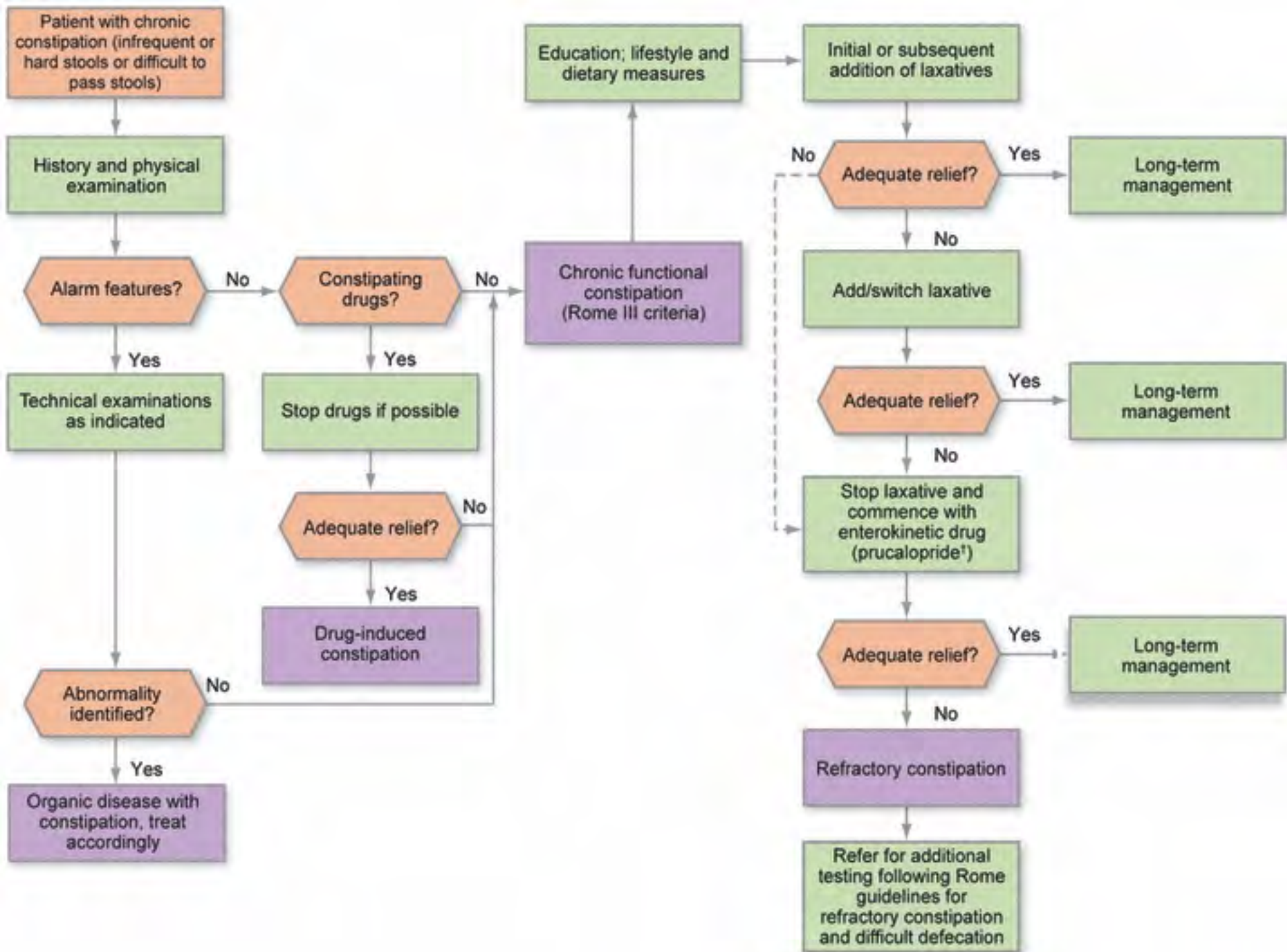
Conform American College of Gastroenterology și National Institute for Clinical Excellence, simptomele IBS-C sunt:

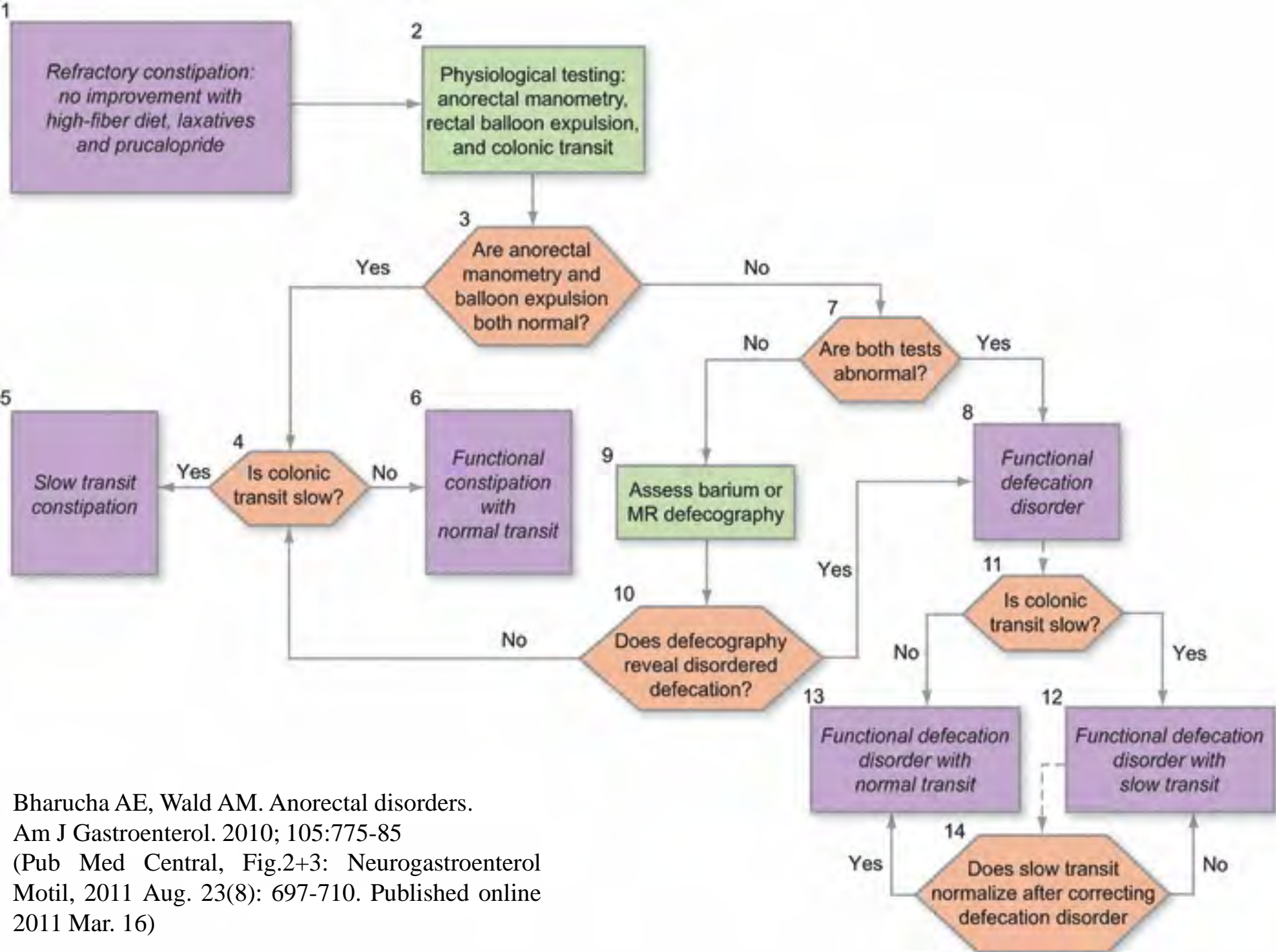
- Durere / disconfort abdominal ce trec odată cu defecația
- Frecvența alterată a mișcărilor intestinale și a formării fecalelor
- Cel puțin 2 simptome dintre următoarele: senzație de balonare abdominală, distensie, tensiune sau “fermitate” abdominală, exacerbară simptomelor după mese, prezența de mucus intestinal

b) În cazul diagnosticării constipației funcționale, de primă elecție se administrează laxative stimulante

În caz de răspuns nesatisfăcător se încearcă prokinetice (prucaloprid) - (numai în cazul în care niciuna dintre căile anterioare de tratament din cadrul secvenței nu a fost eficace)

c) Dacă simptomele rămân refractare la tratamentul farmacologic, se vor utiliza procedurile de biofeedback (constipația refractară și boala de defecație dissinergică)





Bharucha AE, Wald AM. Anorectal disorders.
 Am J Gastroenterol. 2010; 105:775-85
 (Pub Med Central, Fig.2+3: Neurogastroenterol
 Motil, 2011 Aug. 23(8): 697-710. Published online
 2011 Mar. 16)

- Tratamentul chirurgical – de ultimă elecție (și numai după testul de tranzit colonic efectuat în absența / apoi în prezența laxativelor), sau în cazul bolilor identificate care necesită abordare chirurgicală.

