

Efficacia della terapia con acqua Uliveto rispetto ad un'acqua di fonte nel trattamento della stipsi del bambino

C. Passaretti, A. Valadé, S. Luzzani

*Estratto da MEDICINA CLINICA E TERMALE
N. 20 Anno 1992 pagg. 145-149*

Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano
Divisione di Chirurgia Pediatrica - Servizio di Gastroenterologia
(Direttore Prof. G. Zaffaroni)

PAROLE CHIAVE: Bambino, Stipsi, Acque minerali.

Riassunto

E' risaputo come un adeguato apporto idro-elettrolitico rappresenti un importante fattore al fine di ottenere una completa e rapida risoluzione della stipsi cronica. Nel lavoro abbiamo valutato l'efficacia di un trattamento comprendente, oltre a provvedimenti dietetici, una terapia idropinica con acqua bicarbonato-alcantino terrosa (Uliveto).

Al tale scopo abbiamo selezionato 20 bambini affetti da stipsi primaria insorta da più di 4 anni.

La diagnosi è stata posta sulla base di un'accurata anamnesi e dell'obiettività clinica, completate dall'esame rettomanometrico.

In tutti i bambini, trattati prima con acqua di rete dell'acquedotto di Milano ed in seguito con acqua Uliveto, è stato valutato il tempo di transito intestinale dopo carico idrico. Tale valutazione è stata effettuata mediante somministrazione di markers radioopachi e radiografie delle feci evacuate fino a 96 ore dall'assunzione dei markers.

Lo studio caso-controllo ha evidenziato e quantizzato l'efficacia dell'idropinoterapia con l'acqua in esame nell'attenuazione e/o nella risoluzione della stipsi.

Introduzione

La stipsi cronica è una condizione di frequente riscontro in età pediatrica, potendo rappresentare il sintomo di un'altra malattia (stipsi organica e secondaria) o costituire essa stessa più frequentemente una malattia (stipsi primaria o funzionale) (1, 2).

La stipsi cronica funzionale (SCF) è espressione di un gruppo eterogeneo di disordini, i cui meccanismi fisiopatologici restano in parte ancora sconosciuti.

Sicuramente fattori diversi sia estrinseci (errori dietetici, training coercitivo) che intrinseci (alterazioni motorie anorettali, rallentato transito intestinale) variamente si combinano nel determinare tale condizione.

Così se la diagnosi non presenta particolari difficoltà, potendo spesso essere posta solo sulla base di un'accurata anamnesi, la terapia, proprio per la complessa etiopatogenesi, pone le maggiori difficoltà (3,4); tuttavia in molti casi un corretto apporto idroelettrolitico può giovare o essere risolutore.

Poiché i dati in letteratura sono discordanti, abbiamo voluto testare, in un gruppo di bambini affetti da stipsi cronica funzionale, l'efficacia della terapia idrica sul piano clinico e strumentale, valutando inoltre la differenza tra due diversi tipi di acqua: una alcalino-terrosa quale la Uliveto e un'acqua di rete.

In particolare abbiamo ricercato le eventuali modificazioni indotte a livello del tempo di transito

intestinale.

Sul piano clinico invece si è valutata l'efficacia della terapia idrica facendo riferimento ai tempi di normalizzazione dell'alvo.

Abbiamo pensato di utilizzare l'idropinoterapia con acqua Uliveto in quanto appartiene al gruppo delle acque minerali bicarbonato-alcalone terrose, particolarmente ricche cioè di elettroliti e ioni minerali (in particolare Ca, K, Mg, Na).

Materiali e metodi

Sono stati ammessi allo studio 20 bambini (12 maschi e 8 femmine) affetti da stipsi cronica funzionale, di età compresa tra 4 e 12 anni; come criterio di ammissione allo studio veniva utilizzata la frequenza dell'alvo che doveva essere inferiore a tre evacuazioni/settimana. Sono stati inoltre raccolti dati anamnestici circa la familiarità della stipsi, la durata in anni, la presenza di encopresi ed il tipo di dieta seguito dai pazienti prima dello studio (Tabella 1).

Familiarità:	presente nel 50% dei casi
Insorgenza:	dalla nascita in 6 casi da almeno 4 anni nei restanti 14 casi
Alvo:	in media 2 evacuazioni / settimana
Encopresi:	12 pazienti su 20
Dieta:	povera di scorie in 8 casi

Tabella 1

La diagnosi veniva posta dopo aver effettuato una retto-manometria (5), per escludere una eventuale patologia di tipo agangliare. Sono stati inoltre esclusi dallo studio tutti i pazienti affetti da stipsi secondaria a malattie organiche

Lo studio prevedeva due fasi: una prima fase di tipo strumentale in cui veniva valutato l'effetto dell'idropinoterapia sul tempo di transito intestinale totale valutato con metodica radiologica ed una seconda fase di tipo clinico per seguire l'effetto della terapia nel tempo. Il disegno sperimentale prevedeva una fase di "run-in" della durata di dieci giorni in cui il paziente veniva trattato con una dieta a contenuto di fibra alimentare pari a circa 1g/Kg di peso corporeo/die con carico idrico standardizzato (20 cc/Kg peso corporeo/die, un terzo del quale veniva somministrato al mattino a digiuno). In questa prima fase dello studio veniva utilizzata acqua dell'acquedotto di Milano. Alla fine di tale periodo veniva valutata la misurazione del tempo di transito intestinale. Si effettua mediante la somministrazione, la mattina, di 20 markers radioopachi costituiti da polietilene e solfato di bario aventi diametro di 3-5 mm, spessore di 2-3 mm e peso specifico di 1,050-1,500. Il tempo di transito gastrointestinale totale oroanale (escrezione dell'80% degli indicatori ingeriti) viene misurato mediante radiogrammi delle feci evacuate entro 96 ore dalla seconda ingestione (6). Dopo la misurazione del tempo di transito intestinale, il paziente continuava la dieta precedentemente effettuata utilizzando, però, l'acqua della fonte di Uliveto al posto dell'acqua di rete. Dopo 10 giorni di tale trattamento veniva ripetuta la misurazione del tempo di transito con la stessa metodica.

I pazienti sono stati poi seguiti con un follow-up di 12 mesi in cui veniva valutata la frequenza dell'alvo e l'eventuale comparsa di sintomatologia, chiedendo inoltre alle madri se notavano una variazione di consistenza delle feci continuando esclusivamente la terapia con acqua Uliveto. L'analisi statistica è stata condotta mediante test 't' di Student per dati appaiati.

Risultati

I risultati sono riportati nelle Tabelle 2 e 3 e nelle Figure 1 e 2.

Nella Tabella 2 vengono riportate le medie globali relative ai due trattamenti in esame.

Si osserva come il numero di markers radioopachi eliminati nelle feci dopo assunzione di acqua Uliveto sia maggiore rispetto a quello eliminato dopo assunzione di acqua dell'acquedotto di Milano nelle 96 ore esaminate.

Tale andamento non raggiunge la significatività statistica (Tabella 3) dopo le prime 24 ore, dato questo confermato dallo studio degli intervalli di confidenza al 95%, mentre risulta statisticamente significativo nelle tre giornate successive.

In Figura 1 viene rappresentato l'andamento nel tempo dell'eliminazione dei markers radioopachi in relazione ai due tipi di acque.

La figura 2 rappresenta invece il numero totale di markers radioopachi presenti nelle feci di ogni singolo paziente dopo 96 ore.

Segnaliamo inoltre che 12 dei 20 pazienti in esame presentavano encopresi; il trattamento con dieta ad alto contenuto di scorie e terapia idropinica con acqua Uliveto ha portato a risoluzione tale quadro sintomatologico in 8 dei 12 pazienti.

La consistenza delle feci si è ridotta nel 70% dei casi (14 su 20), diminuendo pertanto l'insorgenza di ragadi perianali.

NUMERO DI MARKERS RADIOOPACHI ELIMINATI NELLE FECI NELLE PRIME 96 ORE DOPO ASSUNZIONE DI ACQUA DELL'ACQUEDOTTO DI MILANO E DI ACQUA DI ULIVETO (MEDIA ± D.S.)		
	ACQUA DELL'ACQUEDOTTO DI MILANO	ACQUA DI ULIVETO
0 - 24 ore	4.00 + 3.89	7.47 + 7.06
24 - 48 ore	1.00 ± 1.34	2.80 ± 1.96
48 - 72 ore	1.80 + 3.26	5.38 ± 4.75
72 - 96 ore	0.66 ± 1.42	3.09 ± 4.02
Totale	7.47 ± 3.80	18.76 ± 1.78

Tabella 2

TEST T DI STUDENT PER DATI APPAIATI IN RELAZIONE AI DATI RIPORTATI IN TABELLA 2			
	DIFFERENZA MEDIA	INTERV. CONFIDENZA 95%	P
0 - 24 ore	- 3.47	- 7.58 / + 0.63	n.s.
24 - 48 ore	- 1.80	- 3.21 / - 0.40	<0.05
48 - 72 ore	- 3.57	- 6.59 / - 0.54	<0.05
72 - 96 ore	- 3.42	- 4.28 / - 0.57	<0.05
Totale	- 11.28	- 13.19 / - 9.37	<0.001

Tabella 3

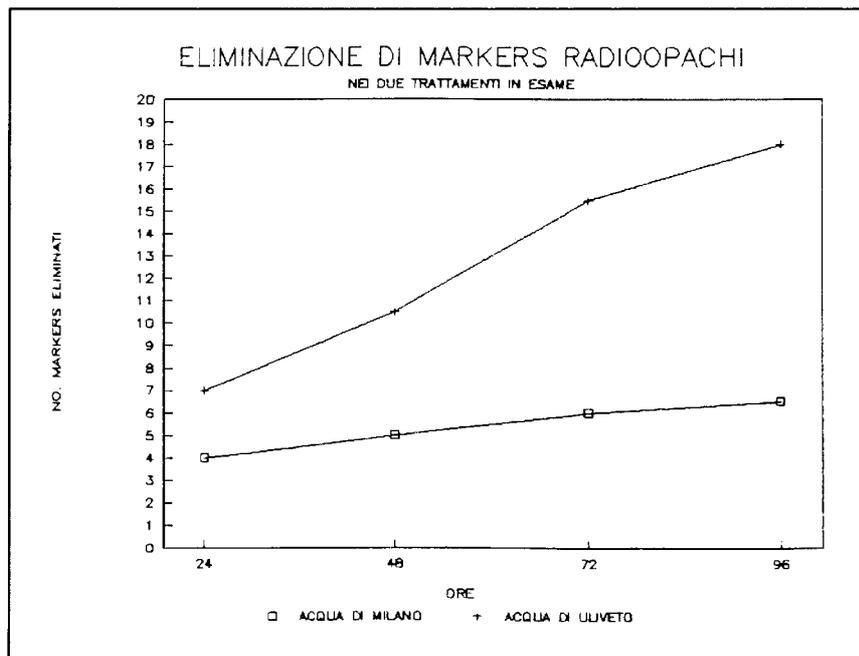


Figura 1

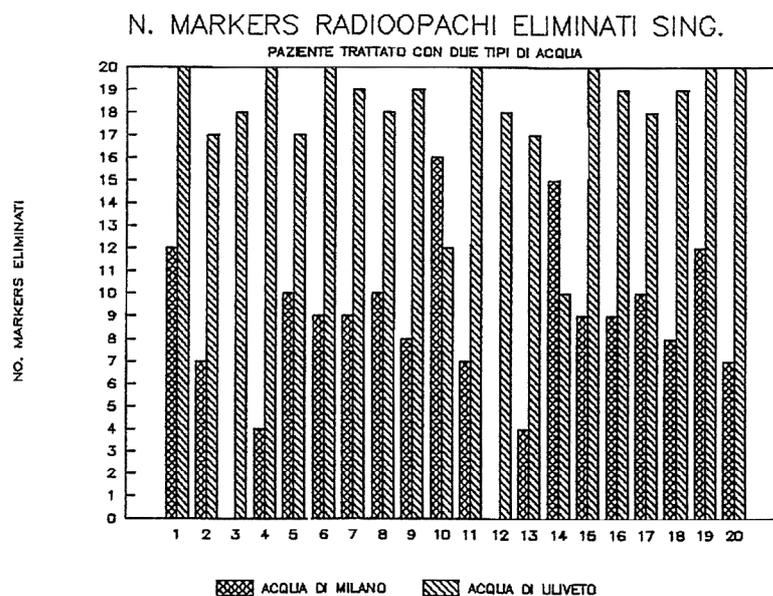


Figura 2

Discussione

I disturbi funzionali del tratto gastrointestinale, quali il colon irritabile o la stipsi, rappresentano sicuramente una delle maggiori indicazioni alla terapia idropinica (7). Alla componente alcalina, alcalino-terrosa e bicarbonata delle acque si richiede un effetto direttamente antiacido sullo stomaco (effetto peraltro inevitabilmente marginale) alla componente solfata un effetto lassativo osmotico, oltre che un effetto farmacologico coleretico e colecistocinetico (solfato di magnesio). E per questo motivo che l'acqua Uliveto, presentando un elevato contenuto in magnesio (50 mg/l), solfati (348

mg/l) e bicarbonati (954.6 mg/l), permette di esercitare un'azione regolatrice sulle funzioni gastrointestinali correlata ad una correzione idro-salina eventualmente associata. Inoltre considerando l'alto contenuto in calcio (356 mg/l) in equilibrio con lo ione HCO_3^- l'acqua Uliveto facilita, in caso di concomitante alimentazione con latte vaccino, le due fasi della coagulazione del latte e conseguentemente l'attacco degli enzimi digestivi. Nella nostra popolazione infatti l'idroterapia con acqua di Uliveto associata ad una dieta ad alto contenuto in scorie ha portato, rispetto al trattamento con acqua dell'acquedotto di Milano, da un punto di vista clinico ad un significativo miglioramento della stipsi nel 75% dei casi con completa risoluzione nel restante 25% dei casi, da un punto di vista strumentale ad un tempo di transito intestinale accelerato. Questi dati dimostrano che anche nella stipsi cronica funzionale del bambino i provvedimenti dietetici e la terapia idropinica sono spesso risolutivi; infatti tale quadro clinico non si manifesta sempre sotto forma di una stipsi rettale con progressione colica normale, come rilevato da alcuni autori (8), ma presenta spesso un rallentato transito intestinale. Concludiamo pertanto sostenendo che la terapia con un'acqua bicarbonato-alcalino terrosa come l'acqua Uliveto e una dieta ricca in scorie debba essere il primo presidio terapeutico cui ricorrere dopo aver posto diagnosi di stipsi funzionale.

Bibliografia

CORAZZIARI E., VISCARDI A., TORSOLI A.: Stipsi cronica. Sintomo o malattia? Federazione Medica XXXIX 6,1986,

CUCCHIARA S., TAMBURRINI O., STAIANO A. et Al.: Approccio diagnostico della stipsi cronica del bambino, Riv. Ital. Ped. 10: 753-763,1984.

GUANDALINI S., ALBINI F., MIGLIAVACCAM.: La stipsi. Il Pediatra 5: 13, 1984.

TORSOLI A., CORAZZIARI E., VISCARDI A.: La stipsi cronica primitiva. Medico e Paziente 7: 17,1987.

HINTON J.M., LENNERD-JONES JE., YOUNG A.C.: A new method for studying gut transit times using radio-opaque markers. Gut, 19, 842-847,1969.

CORAZZIARI E., CUCCHIARA S., STAIANO A. et Al.: Gastrointestinal transit time, frequency of defecation and anorectal manometry in healthy and constipated children. J. Pediatr. 106: 379,1985.

PANIZON F.: Il pediatra e le acque minerali. Medico e Bambino 2: 107-113,1984.

BARBARA L., MIGLIORI M., BALDI F. et Al.: La stipsi. Agg. Medico 12: 3, 1988.