



Incontinenza urinaria, disuria, stipsi, encopresi, smartphone e tablet: una nuova sindrome?

Fabio Ferro - Giorgio Pitzalis

Al di là dei quadri patologici malformativi acquisiti, almeno tre problemi possono causare un'importata disfunzione dell'atto defecatorio noto come stipsi. Si tratta di **alimentazione povera di fibre, sedentarietà, problemi sociali**.

Una delle conseguenze della stipsi è l'encopresi (defecazione regolare ed incontrollata negli abiti e in luoghi non appropriati in bambini prima dei 5 anni di vita).

Un altro aspetto non secondario è l'associazione tra encopresi e perdita di urine nelle ore diurne, con o senza associazione con l'enuresi secondaria. Le disfunzioni del tratto urinario inferiore includono l'urgenza minzionale, l'incontinenza da urgenza, il mitto debole, l'esitazione a iniziarlo, l'aumentata frequenza minzionale, le infezioni, in assenza di un'accertata uropatia o neuropatia.

Presso la Bios un team di specialisti (urologi pediatri, esperti della nutrizione, psicologi, gastroenterologi) è altamente qualificato per la diagnosi e la gestione clinica dei disturbi della defecazione e urinari in età pediatrica.

Marc Prensky, noto scrittore e divulgatore statunitense sul tema delle nuove tecnologie, è l'ideatore del termine "nativi digitali" per distinguerli dalle generazioni che hanno dovuto affrontarle in età adulta, e che ha definito "immigrati digitali". Questi ultimi hanno la stessa difficoltà con i recenti media di chi deve apprendere da grande una nuova lingua. Le statistiche riferite da G. Riva nel suo recente opuscolo "La solitudine dei nativi digitali" hanno rivelato che un bambino di 5 anni, che non ha ancora imparato a scrivere, ha in attivo mediamente in un anno tra le 500 e le 600 ore di utilizzo delle tecnologie digitali (smartphone e tablet), ore che salgono a 6.000 all'età di 12 anni e a 10.000 a 15 anni. Il 50% dei ragazzi tra 15 e 20 anni controlla lo smartphone in media ogni 6 minuti.

Fino a pochi anni fa la sala di attesa di un ambulatorio pediatrico era assimilabile a una bolgia dantesca, con genitori che tentavano, con scarso successo, di tenere a bada una mandria di bambini scatenati, innervositi dall'attesa, dal digiuno, o semplicemente per la l'accettabile allegria di una comunità infantile. Oggi... un silenzio surreale. Genitori con lo sguardo inchiodato allo smartphone mentre il figlio è ipnotizzato dal tablet o dallo smartphone di uno dei due. Al momento della visita la reazione del bambino al togliergli lo strumento elettronico è di evidente ira, tanto da dover talora prendere la decisione di lasciarglielo per poterlo visitare in uno stato di quiete accettabile.

Si tratta quindi di una vera, acquisita e grave dipendenza.

Gli esseri viventi hanno bisogno di energia, che deriva dal metabolismo del cibo, e producono scorie la cui eliminazione avviene principalmente con le feci e le urine. Si tratta di un meccanismo fisiologico, allo stesso tempo semplice e complesso, messo a punto dall'evoluzione in milioni di anni. Deve essere semplice perché necessario alla sopravvivenza di tutte le specie, e allo stesso tempo complesso perché negli esseri più evoluti è stato necessario dargli la possibilità del controllo volontario. Pertanto, sia l'eliminazione delle feci che la minzione dipendono dal sistema nervoso involontario e volontario. I muscoli del pavimento pelvico e gli sfinteri anale e uretrale, sono dotati di un tono muscolare involontario, attivo anche durante il sonno, da cui dipende la continenza. Quando le feci raggiungono

l'ampolla rettale, tipicamente al risveglio mattutino, lo sfintere anale interno si rilascia mentre quello esterno si contrae fino al momento che riteniamo opportuno per la defecazione. Anche per la minzione il meccanismo è simile. Quando la distensione vescicale è completa l'informazione arriva al midollo sacrale attraverso i nervi pelvici e raggiunge i centri superiori. Si attiva allora il riflesso "vescico-simpatico" che inibisce la contrazione del detrusore, il muscolo della parete vescicale, e attiva il tono dello sfintere, ma solo fino a che la quantità di urine non ha raggiunto il limite soglia per la minzione, oltre il quale tentare di trattenerle significa inevitabilmente "bagnarsi".

Al di là dei quadri patologici, malformativi o acquisiti, almeno tre problemi, relativamente recenti nella storia dell'umanità, hanno determinato la disfunzione della defecazione definita "stipsi": L'alimentazione povera di fibre, la sedentarietà e i problemi sociali. Una delle conseguenze della stipsi è l'encopresi, dal greco "evacuare dentro", quando il bambino sporca le mutande (è il "soiling" degli anglosassoni), tipicamente rilevabile nell'età che va dai 4 anni, quando il bambino dovrebbe aver raggiunto il controllo dei movimenti intestinali ("toiled trained") alla prima adolescenza. I maschi ne soffrono più delle femmine. I sintomi sono il "soiling underpants" spesso interpretato dai genitori come la conseguenza dell'errata pulizia dopo l'evacuazione, e il cattivo odore. L'età e la stipsi cronica sono gli elementi fondamentali per la diagnosi che raramente deve essere approfondita con uno studio radiologico (defecografia) o strumentale (manometria anorettale). Se la storia clinica è tipica, potendo escludere le anomalie neurologiche, quali la spina bifida, i traumi midollari e la sindrome celiaca, la terapia medica è di solito efficace. Si fonda sulla somministrazione di un lassativo, dopo aver eliminato l'eventuale fecaloma. Lo schema illustra uno piano terapeutico in grado di risolvere l'encopresi, anche se non sono infrequenti le recidive.

L'associazione tra encopresi e perdita di urine nelle ore diurne, con o senza associazione con l'enuresi secondaria, è stata descritta ma non con la frequenza osservata di recente e che risulta in continuo aumento. Le linee guida della Società Europea di Urologia Pediatrica riferiscono le disfunzioni del tratto urinario inferiore (LUDT: lower urinary tract dysfunctions) a una serie di sintomi che comprendono l'urgenza min-

zionale, l'incontinenza da urgenza, il mitto debole e l'esitazione ad iniziarlo, l'aumentata frequenza minzionale e le infezioni, in assenza di una accertata uropatia o neuropatia. L'incontinenza notturna, l'enuresi, è un problema diverso. E' stata dimostrata la correlazione tra l'attività vescicale e quella intestinale, la cui associazione è definita disfunzione vescico-intestinale (bladder-bowel dysfunction: BBD). Lo studio delle LUDT e della BBD richiede una accurata anamnesi e, all'inizio, indagini non invasive (diario minzionale, esame clinico, uroflussometria nell'età collaborativa e l'ecografia), riservando un approccio più complesso ai non frequenti casi di persistenza dei sintomi o qualora si sospetti una causa organica. Nell'età pediatrica, rispetto all'adulto, si associa più frequentemente una comorbidità come la sindrome da deficit di attenzione e l'iperattività.

Nel caso di perdita di feci e urine, l'anamnesi dei bambini più grandi ha rilevato la tendenza a trattenere le prime per non interrompere l'attività ludica e, in particolare, il gioco elettronico. La fisiologia della defecazione si modifica per via della trasformazione anatomica del segmento ampolla rettale-retto, dato che l'accumulo fecale sposta la prima in un'area dove la distensione meccanica del canale rettale non invia ai centri nervosi un riflesso corretto. Intorno al fecaloma non più eliminabile per le dimensioni e la consistenza, scivolano le feci più recenti e morbide che sono alla base del "soiling". La struttura muscolare pelvica che circonda il retto, e che viene contratta per evitare la defecazione, abbraccia anche le vie urinarie inibendo la minzione. Ma la vescica, dopo aver inviato il messaggio di riempimento e di necessità di svuotamento, si distenderà progressivamente fino all'inevitabile perdita di urine, esattamente come per gli ostacoli minzionali tipici di altra età, di cui un esempio è l'ipertrofia prostatica. Anche l'enuresi secondaria può essere considerata una conseguenza dell'encopresi, la cui correzione può risolvere sia il problema defecatorio che quello minzionale. Le recidive sono possibili sia per lo stesso meccanismo della dipendenza dall'attività ludica, sia perché la presenza di eventuali ragadi anali dolorose invitano a trattenere le feci. Infine, non si devono sottovalutare i problemi psicologici ambientali (famiglia, difficoltà nell'ambito scolastico ad accedere ai bagni, ecc.) che richiedono talora la consulenza specialistica dello psicologo o del neuropsichiatra.

Ancora prima di analizzare il problema di cosa guardano "i bambini online" bisognerebbe interrogarsi sul perché abbiano a disposizione dispositivi come smartphone e tablet già in tenera età. Molti genitori ne concedono l'utilizzo come "calmante" e, frequentemente, ancora prima dell'età della scuola primaria. E così si comportano nonni, e baby sitters. Davanti alla realtà virtuale dello schermo i bambini perdono il "rispecchiamento emotivo", che ha il significato di "guardarsi negli occhi", "pensare alla stessa cosa", indispensabile percorso emotivo per sviluppare l'empatia, dote fondamentale per una crescita in armonia con il tessuto sociale. L'impressione è di una generalizzata abdicazione al pur difficile ruolo genitoriale. Possibile che non ci sia la possibilità di vivere un'infanzia "wifi-free"? Non riteniamo che si debba essere d'accordo con quei genitori che affermano "quando mio figlio ha in mano lo smartphone o il tablet riesco a non pensarlo".

I bambini hanno assoluto bisogno di "essere pensati".

Per concludere, come ha sottolineato Riva, i pericoli delle nuove tecnologie sono numerosi, difficili da gestire dalle famiglie e dalla società. Il problema clinico descritto dell'associazione tra perdita di urine ed encopresi non sembra certamente essere il più grave tra quelli denunciati, ma da prendere in considerazione per l'alterata fisiologia e le conseguenze cliniche che possono esitare nella cronicità della stipsi, oltre alla denunciata obesità in progressivo aumento per la riduzione dell'attività fisica. Dei problemi potenzialmente legati ai disturbi della visione sappiamo ancora poco ma si sospetta che l'utilizzo di smartphone tablet possano essere la causa dell'occhio secco, i cui sintomi sono il bruciore e la sensazione di corpo estraneo. Questo quadro solitamente interessa l'età avanzata ma, come denunciato dagli oftalmologi del College of Medicine della Chung Ang University Hospital di Seul, dopo uno studio condotto su 916 bambini di età compresa tra 7 e 12 anni, era insolitamente presente nel 6.6 % dei soggetti esaminati. Di questi il 97% utilizzava lo smartphone per 2-3 ore al giorno. Un importante interrogativo è anche il problema delle ridotte relazioni sociali, dirette e non dirette, mediate da Internet che ogni mese mette in contatto "virtuale" oltre 33 milioni di italiani, pari al 60% della popolazione dai 2 anni in su. In definitiva si

tratta di una vera dipendenza che modifica i percorsi e i processi alla base del desiderio. Contrariamente a ciò che si crede, la dipendenza non è solo quella delle droghe, dell'alcol e del tabacco. Sono riconosciute dipendenze quelle del cibo, soprattutto per i carboidrati, della caffeina, del gioco e dello shopping compulsivo. Tutto quello che induce euforia o calma come afferma

Grant che dirige la Clinica per i disturbi da dipendenza, compulsivi e impulsivi, dell'Università di Chicago, può creare dipendenza.

Siamo molto preoccupati per il peggioramento del clima del nostro pianeta, ma non si riflette a sufficienza su ciò che possiamo chiamare il "clima" umano.



Schema terapeutico diretto all'encopresi

- Rimozione del fecaloma (uno o più clisteri di pulizia)
- Lassativo a base di senna, al pasto serale, per un mese
- Supposta o micro-clistere di glicerina al mattino, dopo la colazione solo per una settimana
- Per i più piccoli evacuazione rigorosamente sul vasetto e non sul water
- Levulosio nella dose idonea ad ottenere feci morbide
- Dieta ricca di fibre e aumento dei liquidi

Bibliografia

1. M. Prensky. H. Sapiens digital: from digital immigrants and digital natives to digital wisdom. TD-Tecnologie Didattiche (2010) 50, pp 17-24
2. G. Riva. La solitudine dei nativi digitali. Gedi, gruppo editoriale, marzo 2018.
3. U Soderstrom et al. Urinary and faecal incontinence: a population base study. Acta Paediatr (2004) 93:386
4. RE Burgers et al. Management of functional constipation in children with lower urinary tract symptoms: report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. J Urol (2013) 190:29
5. ML Veiga et al. Constipation in children with isolated overactive bladders. J Pediatr Urol (2013) 9:945
6. Harvard Health Publishing, Harvard Medical School. Encopresis (Fecal Soiling), Published February 2013.
7. Linee Guida European Association of Urology. Urologia Pediatrica: Incontinenza. Updated marzo 2016