

# ALIMENTAZIONE RAGIONATA

E COMPONENTI NUTRITIVI

## SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE E DIETA: QUALI SOLUZIONI?

*\* Iacopo Bertini, \*\* Maria Rosaria D'Isanto*



*La sindrome dell'intestino irritabile rappresenta un'importante disfunzione patologica, molto frequente. Nella pratica specialistica gastroenterologica, più di un terzo dei pazienti presenta disturbi gastrointestinali funzionali e, tra questi, la sindrome risulta la diagnosi più comune.*

\* **Iacopo Bertini**

\*\* **Maria Rosaria D'Isanto**

**A**ttualmente, si stima che 1 persona su 10 soffra della sindrome dell'intestino irritabile (*Irritable Bowel Syndrome*, IBS), che comporta una significativa morbilità e costi sanitari molto elevati. La IBS è caratterizzata dalla presenza di disturbi o dolori addominali, spesso associati a disturbi della defecazione (variazioni della frequenza e/o dell'aspetto/forma delle feci), che tendono a migliorare con l'espulsione delle feci. I pazienti con IBS si presentano con stipsi, diarrea o stitichezza alternata a diarrea (alvo alterno). La predominanza dell'uno o dell'altro sintomo ha portato alcuni autori a cercare di classificare i pazienti affetti da IBS in base al sintomo dominante (costipazione, diarrea e forme miste), anche se la sintomatologia, a volte, è variabile e intermittente, cambiando da un sintomo predominante a un altro.

Al contrario, i disturbi o dolori addominali ad andamento continuo, non correlati alla defecazione o indotti da mestruazioni, minzione o attività fisica, difficilmente sono attribuibili a IBS.

### **Meteorismo e distensione addominale visibile**

Il "gonfiore", inteso come sensazione soggettiva di addome disteso, e la distensione addominale, oggettivo aumento della circonferenza addominale, sono due disturbi molto frequenti nella popolazione generale e soprattutto riferiti dai pazienti con IBS. In questi casi non è presente un'alterazione organica come per esempio un'inflammatione della parete intestinale o un'ostruzione meccanica alla progressione del pasto, ma la funzione del tratto gastroenterico, sia motoria, sensitiva o metabolica, è alterata. La localizzazione del gonfiore spesso può essere, per il paziente, di difficile individuazione; tuttavia, questo non è considerato un sintomo essenziale per la diagnosi di IBS. Il dolore spesso è diffuso, con variazioni di intensità, e può verificarsi in qualsiasi quadrante addominale anche se, più tipicamente, si localizza ai quadranti inferiori; può essere aggravato dall'assunzione di cibo ed è comune un'esacerbazione del dolore in associazione ad eventi stressanti. La distensione addominale visibile è caratteristica, in particolare nelle donne, ma meno comune del gonfiore. Per il paziente il termine "gas" può significare eccesso di meteorismo, dolore, flatulenza o addirittura reflusso: è quindi importante chiedergli di spiegare il significato dei termini che sta usando per descrivere i propri sintomi.

### **Sintomi non colici**

Esistono poi tutta un'altra serie di disturbi che non originano nel tratto intestinale (disagio epigastrico, dispepsia, cefalea, stanchezza cronica, aumento della frequenza o urgenza urinaria, ecc.) di cui alcuni non hanno un valore diagnostico riconosciuto e che

citiamo per completezza d'informazione ma su cui non ci soffermeremo.

### **IBD e IBS**

I sintomi tipici della IBS sono comuni nei pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali (IBD, *Inflammatory Bowel Diseases*) documentate in remissione. Dal punto di vista clinico, IBS e IBD possono, in alcuni casi, condividere i sintomi ed essere difficili da distinguere. I sintomi di IBS sembrano essere maggiormente prevalenti prima che venga formulata una diagnosi di IBD.

### **Fattori di rischio**

Il fattore di rischio più accertato per la IBS è la gastroenterite batterica. Il rischio di una IBS post-infettiva sembra aumentare in caso di depressione, in associazione a eventi stressanti e in soggetti ipocondriaci, sesso femminile, giovane età e durata prolungata della diarrea dopo l'attacco iniziale. Anche la virulenza dei batteri può essere importante, ma la IBS può anche seguire un'enterite non batterica, come una gastroenterite virale o l'infezione da *Trichinella* o *Giardia*. Altri fattori di rischio per la IBS includono l'uso di estrogeni in pre- e post-menopausa, una recente terapia antibiotica, un'intolleranza alimentare, sintomi somatici extraintestinali e una scarsa qualità di vita.

### **Fisiopatologia e cause dell'IBS**

È ragionevole ipotizzare che siano diversi i fattori che interagiscono uno con l'altro nel determinare l'IBS. Come primo fattore, l'intestino sembra più sensibile del normale a stimoli fisiologici come la distensione del viscere o il pasto; in secondo luogo, l'attività motoria sembra essere inefficace nell'espellere il gas normalmente prodotto della fermentazione dei residui di cibo che raggiungono il colon. C'è poi da considerare che un microbiota alterato può condizionare l'efficacia dei processi fermentativi. Le alterazioni di queste funzioni diventano più evidenti quando il pasto è ricco di fibre e substrati fermentabili, i cosiddetti FODMAPs (vedi sotto), che anche nei soggetti normali aumentano la produzione di gas nel colon.

A questi fattori si potrebbe aggiungere una risposta alterata della muscolatura del diaframma e della parete addominale in seguito allo stimolo indotto dalla distensione addominale.

### **Ruolo del cibo**

#### **Intolleranza o allergia al grano**

Nei Paesi occidentali vengono consumate importanti quantità di frumento, di cui il 10-15% non è digerito dagli enzimi umani. Esiste una crescente evidenza dell'esistenza della "sensibilità al grano non celiaca" come entità clinica distinta ma sui cui sono necessarie altre ricerche prima di poter dare risposte certe.

#### **Malassorbimento degli zuccheri**

I sintomi di IBS possono essere confusi con quelli dell'intolleranza

za al lattosio. La prevalenza dell'intolleranza al lattosio dipende dall'etnia: viene descritta una prevalenza del 10% nelle popolazioni del nord Europa, del 40-60% nelle popolazioni di origine asiatica, del 90% nei cinesi e del 60-80% negli africani. Nel deficit di lattasi acquisito, processo "naturale" che avviene nel corso degli anni, durante cui l'organismo perde progressivamente la capacità di produrre la lattasi e quindi di digerire il lattosio, si osserva una certa capacità residua di digerire piccole quantità di lattosio; quindi, se la quantità di lattosio ingerita è minima/piccola non si avvertono sintomi. Solo se un paziente intollerante al lattosio ne ingerisce regolarmente quantità elevate l'intolleranza al lattosio può spiegare i sintomi di IBS.

Il malassorbimento del fruttosio e del sorbitolo potrebbe contribuire allo sviluppo dei sintomi di IBS in alcuni pazienti; tuttavia, è improbabile, poiché la prevalenza nei pazienti con IBS è simile (circa il 30%) alla popolazione normale.

### **Fattori psicologici**

La depressione, l'ansia e la somatizzazione sono le condizioni psichiatriche che più frequentemente coesistono con la IBS; lo stress protratto potrebbe dunque essere importante sia nell'insorgenza che nella persistenza di IBS. L'ansia e la depressione, invece, più che la causa potrebbero verificarsi secondariamente alla produzione di citochine infiammatorie, come conseguenza dell'insorgere di IBS.

### **Fattori genetici**

Limitate, ma crescenti, evidenze indicano almeno una minima componente ereditaria nei soggetti con IBS. Si nota infatti una tendenza a una maggiore incidenza di IBS in alcune famiglie soprattutto nei gemelli monozigoti rispetto ai dizigoti, anche se i fattori ambientali hanno probabilmente un ruolo più decisivo.

### **Dieta e stile di vita**

#### **Dieta Low-FODMAP per la IBS**

L'acronimo FODMAP sta per "*fermentable oligo-, di-, mono-saccharides and polyols*" ("oligosaccaridi, disaccaridi e monosaccaridi fermentabili e polioli) e identifica molecole scarsamente digeribili e/o assorbibili nel piccolo intestino, che vengono rapidamente fermentate dalla flora batterica con formazione di gas (meteorismo), flatulenza, crampi, stipsi, diarrea e altri sintomi tipici della IBS. Alimenti ad alto contenuto di FODMAP comprendono frutta (per es. ciliegie, prugne, pesche), dolcificanti artificiali, verdure come broccoli, germogli, cavoli, piselli e legumi in generale.

Questa proposta dietetica prevede una prima fase in cui viene ridotto il consumo di alimenti con un'elevata presenza di FODMAP, in particolare lattosio, fruttosio, fruttani, galattani e polialcoli (sorbitolo, mannitolo, maltitolo, xilitolo), una reintroduzione graduale degli stessi e una fase finale di personalizzazione del piano alimentare. Alcuni oligosaccaridi, fra cui frutto-oligosaccaridi, mono e disaccaridi, sono osmoticamente attivi nel lume intestinale, ne modificano l'assorbimento e, arrivati nel piccolo

intestino distale e al colon prossimale, incrementano fenomeni di fermentazione che possono irritare o lesionare l'epitelio e di conseguenza ridurre la sua funzione di barriera.

Analoga azione sarebbe svolta dai polioli, contenuti per esempio nella maggior parte dei prodotti cosiddetti "senza zucchero", cioè edulcorati artificialmente. Questo tipo di dieta riduce la pressione osmotica nel lume intestinale, con conseguente diminuzione dell'acqua intraluminal e, quindi, delle scariche diarroiche. La ridotta fermentazione inoltre riduce il meteorismo e di conseguenza il dolore e il disagio addominale; tuttavia, un'eccessiva riduzione di frutta e di alcuni vegetali, e di conseguenza di fibre introdotte con la dieta, può portare a un peggioramento o comunque a un mancato miglioramento della stipsi, quando presente, nel medio-lungo periodo. La dieta low-FODMAP, se ben impostata, dovrebbe fornire un apporto di fibra normale e non ridotto. Dalla letteratura sta emergendo, infatti, che la riduzione dell'assunzione di fibre, inulina e FOS può determinare un'alterazione del microbioma intestinale, con riduzione della massa batterica totale e di conseguenza della produzione di butirato, fattore trofico importantissimo per la mucosa intestinale.

Le tipologie di frutta e verdure da preferire, facendo attenzione a non andare oltre le porzioni previste dalle linee guida, sono: fragole, banane, uva, melone, kiwi, agrumi, carote, germogli di soia, zucchine, melanzane, indivia, pomodori e cetrioli, anche se (è bene dire) che questi criteri di inclusione/esclusione devono essere valutati insieme al paziente, che potrebbe avere risposte diverse sia in positivo che in negativo.

Per questi motivi, quindi, si raccomanda di limitare la fase di restrizione a sole 4 settimane, periodo di tempo sufficiente a ottenere un miglioramento dei sintomi per la maggior parte dei pazienti e, allo stesso tempo, non troppo lungo da far sì che un ridotto apporto di fibre possa alterare, in negativo, il microbiota. Una volta migliorati i sintomi, sarà necessario reintrodurre gli alimenti, precedentemente evitati, in modo graduale, per un periodo di circa 6-10 settimane.

Nell'ultima fase, di mantenimento, i cibi contenenti FODMAPs devono essere reintrodotti stabilmente, per aumentare e variare le scelte alimentari, facendo attenzione a non superare la "soglia" individuale di tolleranza del paziente.

Seppur molto studiato e pubblicizzato, c'è da dire che ancora non è chiaro se questo tipo di protocollo sia effettivamente superiore nei confronti del trattamento dietetico standard, normalmente utilizzato per questi pazienti, così come se una riduzione prolungata di molti alimenti ricchi di fibre potenzialmente benefiche possa essere uno svantaggio per la salute.

#### **Attività fisica**

L'attività fisica moderata (camminare, corsa leggera, nuoto, ecc.) sembra in grado di migliorare i sintomi della IBS. Sono stati ipotizzati diversi meccanismi: aumento della motilità intestinale, il "sobbalzo" meccanico durante il movimento, alterazioni neuroimmuno-endocrine, la riduzione dell'afflusso di sangue ai visceri. Non sono da sottovalutare poi anche i benefici psicologici legati al movimento sulla qualità della



vita, l'ansia e la depressione.

### **Probiotici**

Dal momento che la letteratura degli ultimi anni sta mettendo in evidenza come la disbiosi intestinale possa essere importante nella fisiopatologia della IBS, è cresciuto enormemente l'interesse per l'utilizzo dei probiotici, prebiotici e simbiotici. Per alcune specie (in particolare, *Saccharomyces boulardii* e Lactobacilli tra cui *Lactobacillus rhamnosus*) ci sono indicazioni positive circa il loro uso nell'IBS; tuttavia, i diversi studi presentano una notevole eterogeneità sia per quanto riguarda gli aspetti metodologici impiegati (piccoli campioni, protocolli sperimentali di non elevata qualità, mancanza di biomarker diagnostici, ecc.) sia per l'uso di ceppi e specie diverse: per cui, al momento, è difficile dare delle indicazioni precise e affidabili.

### **Erbe e fibre**

Alcune fibre, in particolare quelle di psillio, sembrano dare un certo giovamento ai pazienti con IBS, soprattutto quelli che presentano anche costipazione funzionale. L'Iberogast®, conosciuto anche come STW 5, è una combinazione, in formulazione liquida, di estratti idroetanolic di 9 diverse piante, utilizzata da circa cinquant'anni soprattutto in Germania. Questo preparato è risultato efficace e sicuro, avendo anche a supporto cinque studi clinici randomizzati in doppio cieco in pazienti con dispepsia funzionale e uno in pazienti IBS. STW 5 è incluso nelle linee guida terapeutiche tedesche per i disturbi gastrointestinali funzionali sia del tratto superiore che inferiore. Un altro presidio terapeutico con buone evidenze di efficacia è l'olio essenziale di menta piperita, che presenta anch'esso una buona sicurezza d'uso se somministrato in capsule gastroprotette.

### **Placebo**

Un ultimo fattore, forse spesso poco considerato, che potrebbe dare benefici nei pazienti con IBS è l'effetto placebo: le percentuali di risposta al placebo nella IBS sono elevate, con valori stimati, in una metanalisi, fino al 40%.

### **Soluzioni e considerazioni finali**

Come detto, quindi, la IBS è determinata da più fattori che interagiscono nel determinare il gonfiore e la distensione addominale: il trattamento perciò dovrà basarsi su un approccio diversificato.

In prima battuta, c'è un ampio consenso che la dieta e un corretto stile di vita siano i primi presidi terapeutici da attuare; quindi:

- 1) una dieta regolare, con colazione, pranzo e cena ed eventuali spuntini, evitando di "saltare" i pasti principali, e arrivare con molta fame al pasto successivo, e i lunghi intervalli tra un pasto e l'altro;
- 2) la sera, evitare di mangiare, a cena, troppo tardi e comunque senza fare pasti abbondanti;
- 3) mangiare con calma, senza guardare la televisione o avere altre distrazioni;

4) masticare in maniera accurata e protratta;

5) ridurre l'assunzione di fibre insolubili, e anche (a scopo precauzionale, perché mancano studi clinici *ad hoc*) alcool, caffeina, cibi speziati e grassi;

6) svolgere attività fisica regolare e mantenere una buona idratazione.

Queste norme dietetiche e di stile di vita, normalmente, sono sufficienti a risolvere i problemi e la sintomatologia in buona parte dei pazienti.

Nel caso di disturbi di media-alta intensità, invece, sarà opportuna una valutazione gastroenterologica per escludere patologie organiche, come la celiachia, che possano associarsi a questi sintomi e l'individuazione di specifiche patologie funzionali, come la sindrome dell'intestino irritabile o la stipsi cronica. Inoltre, andrà valutata l'opportunità di seguire una dieta low-FODMAPs che deve però essere preparata da un professionista preparato, evitando il fai-da-te che potrebbe anche portare a squilibri nutrizionali e, nel lungo periodo, essere anche controproducente.

Al contrario, la restrizione o eliminazione del lattosio o del glutine nella dieta non è giustificata mancando un'evidenza scientifica chiara a tal proposito. Per quanto riguarda la somministrazione di probiotici, seppure i risultati siano promettenti, sono necessari ulteriori studi che definiscano precisamente il tipo di ceppo utile e la dose di somministrazione.

\* **Iacopo Bertini: Biologo Nutrizionista, PhD, Erborista**

\*\* **Maria Rosaria D'Isanto: Biologa Nutrizionista, Specialista in Scienza dell'Alimentazione**

**Membri del Comitato Scientifico A.I.Nut.**

**(Associazione Italiana Nutrizionisti, [www.ainut.it](http://www.ainut.it))**

### **Bibliografia essenziale**

Altobelli E et al. Low-FODMAP Diet Improves Irritable Bowel Syndrome Symptoms: A Meta-Analysis. *Nutrients* 2017, 9, 940.

Catassi G et al. The Low FODMAP Diet: Many Question Marks for a Catchy Acronym. *Nutrients* 2017, 9, 292.

Curro D et al. Probiotics, fibre and herbal medicinal products for functional and inflammatory bowel disorders. *Br J Pharmacol.* 2017 Jun;174(11):1426-1449.

Grundmann O and Yoon SL. Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: an integrative view. *World J Gastroenterol.* 2014 Jan 14;20(2):346-62.

Johannesson E et al. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2011; 106:915-22.

Lenhart A and Chey WD. A Systematic Review of the Effects of Polyols on Gastrointestinal Health and Irritable Bowel Syndrome. *Adv Nutr* 2017;8:587-96.

Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10:712-21.

Malferteiner P. STW 5 (Iberogast) Therapy in Gastrointestinal Functional Disorders. *Dig Dis.* 2017;35 Suppl 1:25-29.

McKenzie YA et al. British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). *J Hum Nutr Diet* 2016; 29: 549-575.

Rodiño-Janeiro BK et al. A Review of Microbiota and Irritable Bowel Syndrome: Future in Therapies. *Adv Ther.* 2018 Mar;35(3):289-310.

Simrén M et al. Management of the multiple symptoms of irritable bowel syndrome. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2017 Feb;2(2):112-122.

Whelan K et al. The low FODMAP diet in the management of irritable bowel syndrome: an evidence-based review of FODMAP restriction, reintroduction and personalisation in clinical practice. *J Hum Nutr Diet.* 2018 Jan 15.

