

DIETA NEI DISORDINI FUNZIONALI INTESTINALI

La **sindrome dell'intestino irritabile** (definizione anglosassone IBS o “irritable bowel syndrome”), impropriamente detta “colite spastica”, rientra nella più ampia categoria dei disturbi funzionali gastrointestinali. I sintomi cronici o ricorrenti non sono spiegabili con la presenza di alterazioni strutturali, metaboliche o biochimiche, e resta una condizione clinica tra le meno comprese nei suoi multiformi aspetti. (1)

I sintomi tipici di questa sindrome clinica sono i dolori addominali ricorrenti (dovuti ad una alterata sensibilità dolorosa della parete del colon), la flatulenza (distensione gassosa intestinale a volte dolorosa), i borborigmi (gorgoglii addominali), la diarrea con o senza alternanza a stipsi (dovuta ad alterata motilità del colon) ed il senso di svuotamento incompleto dopo evacuazione. (2)

In base a tali parametri clinici si riconoscono quattro varianti della sindrome: IBS ad alvo stitico (IBS-C), IBS ad alvo diarroico (IBS-D), IBS con alternanza di stipsi e diarrea (IBS-M) ed una forma non meglio determinata (IBS-U). (3)

Ad oggi non esiste un marcatore biologico per identificare la sindrome. (4) E' un disordine a complessa e multifattoriale fisiopatologia, riguardante l'interazione intestino-cervello; i disturbi di natura psicologica (ansia, depressione), possono contribuire a processare in maniera distorta ed esagerata gli stimoli di provenienza intestinale (5). La comparsa o l'esacerbazione dei sintomi è dovuta a molti fattori (stress, infezioni, antibiotici, farmaci anti-infiammatori non steroidei, chirurgia), ma per i soggetti coinvolti la supposta causa sono gli alimenti. (6)

E' uno dei disturbi intestinali di più frequente riscontro nella pratica clinica. La sua prevalenza in Italia è del 7% circa con prevalenza nel sesso femminile (7); predilige la età giovanile (tra i 20 e 50 anni) e la popolazione dei paesi occidentali. (8).

Oggi giorno la diagnosi di intestino irritabile si può porre su base clinica senza ricorrere ad alcun esame ematochimico o strumentale; la presenza di sintomi e segni di allarme (calo di peso, anemia, sangue manifesto od occulto...) escludono la diagnosi di intestino irritabile(9).

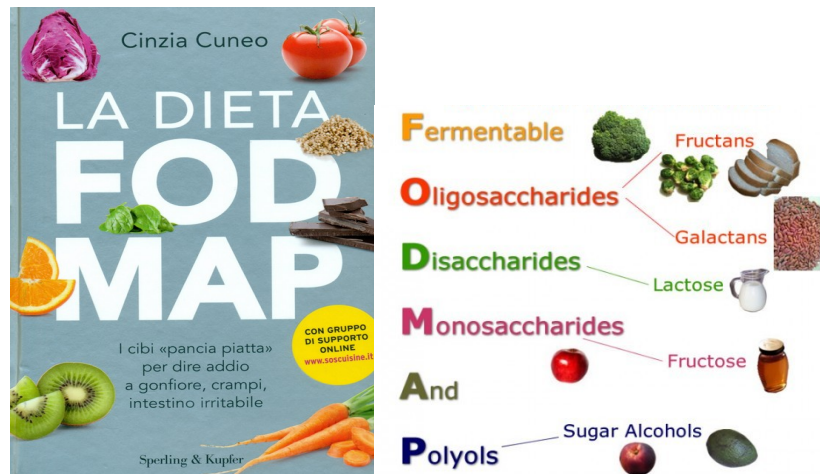
Prescrizioni dietetiche : il mio consiglio è quello di evitare alimenti contenenti alcuni tipi di carboidrati indigeribili (o glucidi o zuccheri): fruttosio, lattosio, oligosaccaridi (fruttani e galattani) e polialcoli (sorbitolo, mannitolo, maltitolo, xilitolo ed isomalto). Tutte queste sostanze zuccherine che non vengono completamente assorbite dal tratto gastroenterico sono causa di sintomi; questi composti (oligosaccaridi, disaccaridi, monosaccaridi e polialcoli) sono definiti FODMAP (acronimo inglese che significa “Fermentable Oligo-Di, Mono-saccharides And Polyols”). (10,11,12); abbastanza recente è anche una pubblicazione a stampa su questo argomento (13).

I sintomi si manifestano non dopo la assunzione di un singolo cibo vietato, ma dalla somma di tutti i FODMAP assunti nella giornata; vengono date indicazioni per la organizzazione per una dieta a basso FODMAP (14), ed è stato stabilito un limite da non superare di 0,5 gr di FODMAP per pasto (15); la dieta che esclude gli alimenti FODMAP implicati ha dimostrata maggiore efficacia nelle forme a prevalente tendenza diarroica (IBD-D). Per approfondimenti: www.monashfoodmap.com .

¹ Dott Mauro Basilico Via Val Maira 14 Milano

Invece, nelle forme a prevalente quadro stiptico (IBD-C) oltre alla esclusione dei cibi FODMAP, si consigliano derivati dello psillio, il polietilenglicole ed anche la linaclotide nelle forme più importanti. Ancora controverso e questione aperta è l'uso di fibra alimentare. (16)

Si elencano gli alimenti ad alto (da evitare) ed a basso contenuto (a libera assunzione) di FODMAP in modo di dare un aiuto nelle scelte quotidiane:



Consigli pratici

Fonti alimentari ad alto contenuto di FODMAP

- *Fruttosio*: mele, pere, pesche, mango, anguria; miele; fruttosio come dolcificante od in concentrati e conserve di frutta, succhi di frutta, frutta secca
- *Lattosio*: latte di mucca, capra, pecora, gelati, formaggi molli e freschi
- *Oligosaccaridi (fruttani e galattani)*: carciofi, asparagi, barbabietole, cavoli di Bruxelles, broccoli, cavoli, finocchio, aglio, cipolle, scalogno; legumi: fagioli, piselli, fave, ceci, lenticchie; cereali se assunti in grande quantità (pane, pasta, cracker, biscotti...); frutta: anguria, pesche bianche, cachi
- *Polioli* : mele, albicocche, ciliegie, pere, pesche, susine, prugne, anguria; avocado, cavolfiori, funghi; dolcificanti: sorbitolo, mannitolo, xilitolo, e tutti quelli che terminano in -olo

Fonti alimentari a basso contenuto di FODMAP

- *Fruttosio*: banana, mirtillo, pompelmo, uva, melone, kiwi, limone, mandarino, arancia, lampone fragola; sciroppo d'acero (sostitutivi del miele)
- *Lattosio*: latte delattosato (Accadi, Zymil), latte di soia o di riso
- *Oligosaccaridi (fruttani e galattani)* : germogli di bambù, sedano, peperoni, melanzane, fagiolini, lattuga, zucca, pomodoro, cipolla verde; cereali senza glutine (prodotti x celiaci), farro

- *Polioli* : banana, mirtillo, pompelmo, kiwi, mandarino, limone, uva, lampone, fragola; zucchero (saccarosio) e tutti i dolcificanti che non terminano con -olo (stevia, saccarina, aspartame)

Bibliografia:

1. Drossman DA, et al. Rome IV: Functional Gastrointestinal Disorders, Disorders of Gut-Brain Interaction. MDCP Book-2^{ed}. May 2016
2. Longstreth et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 130,1480, 2006
3. Fortea J, Prior M. Irritable bowel syndrome with constipation: a European-focused systematic literature review of disease burden. *J Med Econ* 2013;16,329
4. Barbara G, Stanghellini V. Biomarkers in IBS: when will they replace symptoms for diagnosis and management? *Gut* 2009,58,1571
5. Lee C. Et al. The increased level of depression and anxiety in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: systematic review and meta-analysis. *J of Neurogastroenterl and Motility* 23(3); 349:2017
6. Klem F et al. Prevalence, risk factors and outcomes of Irritable Bowel Syndrome after infection enteritis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 152;1042:2017
7. Usai P et al. Prevalence of Irritable Bowel Syndrome in Italian rural and urban areas. *Eu J of Int Med* 21(4);324:2010
8. Lowel R.M. et al. Global prevalence and risk factors for irritable bowel syndrome; a meta-analysis. *Clin Gastroenterol and Hepatol* 10(7);712,2012
9. Dalrymple J, Bullock I. : Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of NICE guidance. *BMJ* 336(7643);556: 2008; update April 2017: nice.org.uk/guidance/cg61
10. Halmos EP, et al. Diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 146,67,2014
11. Piacentino D, et al. Effects of low-Fodmap and gluten-free diets in irritable bowel syndrome patients. A double-blind randomized controlled clinical study. *Gastroenterology*, 146,S82,2014
12. Piacentino D, et al. Effects of low-Fodmap and gluten-free diets in irritable bowel syndrome patients. A double-blind randomized controlled clinical study. *Gastroenterology*, 146,S82,2014
13. Cuneo Cinzia. La dieta FODMAP. Sperling e Kupfer 2017
14. Barrett JS et al. How to institute the low-FODMAP diet. *J Gastroentel Hepatol* 2017;Suppl1:8
15. Varney J et al. FODMAPs: food composition, definition cut off values and international application. *J Gastoenterol Hepatol* 2017;32 Suppl1:53
16. Nagarajan N, et al. The role of fiber supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2015;27:1002