

## **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 correlabili o spiegabili con la presenza di alterazioni strutturali, metaboliche o biochimiche; 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, mediata anche dalla flora batterica intestinale o microbiota (5); i disturbi di natura psicologica (ansia, depressione), possono contribuire a processare in maniera distorta ed esagerata gli stimoli di provenienza intestinale (6). La comparsa o l'esacerbazione dei sintomi è dovuta a molti fattori (stress, infezioni, antibiotici, farmaci anti-infiammatori non steroidei, chirurgia), sebbene per i soggetti coinvolti la supposta causa siano gli alimenti, ed in particolare l'ultimo cibo assunto. (7)

E' uno dei disturbi intestinali di più frequente riscontro nella pratica clinica. La sua prevalenza in Italia è del 7% circa(8); predilige il sesso femminile, l'età giovanile (tra i 20 e 50 anni) e la popolazione dei paesi occidentali. (9,10).

Oggigiorno la diagnosi di intestino irritabile si può porre anche su base clinico-biochimica senza ricorrere ad alcun esame strumentale; gli esami biochimici minimi richiesti comprendono: emocromo completo, PCR, sideremia, transglutaminasi IgA e calprotectina fecale. La presenza di sintomi e segni di allarme (calo di peso, anemia, sangue manifesto od occulto...) escludono la diagnosi di intestino irritabile (11).

Prescrizioni dietetiche: il mio consiglio è quello di evitare alimenti contenenti alcuni tipi di carboidrati o zuccheri complessi indigeribili (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 sono definiti FODMAP (acronimo inglese che significa “Fermentable Oligo-Di, Mono-saccharides And Polyols”) (12,13). I sintomi si manifestano non dopo la assunzione di un singolo cibo vietato, ma dalla somma di tutti i FODMAP assunti nella giornata. Queste norme dietetico-alimentari devono essere rigorose in fase di malattia sintomatica (ha dimostrata maggiore efficacia nelle forme diarroiche o IBS-D); in altri casi la dieta può essere più libera. Pertanto, la dieta FODMAP deve essere seguita a cicli in base al quadro clinico-sintomatologico (14,15,16). Per approfondimenti: [www.monashfoodmap.com](http://www.monashfoodmap.com) .

---

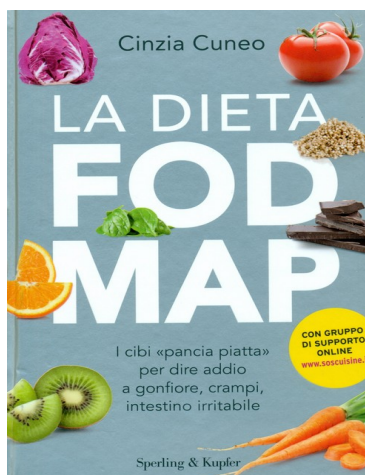
<sup>1</sup> Dott Mauro Basilico Via Val Maira 14 Milano



Invece, nelle forme a prevalente quadro stiptico (IBD-C) oltre alla esclusione dei cibi FODMAP, si consigliano derivati dello psillio ed il polietilenglicole in buste ad assunzione giornaliera per aumentare la massa e la idratazione delle feci. La rifaximina per 2 settimane ha dimostrato di essere efficace su tutto il quadro sintomatologico (17). Nei casi di stipsi ostinata lo specialista può ricorrere all'uso della linaclotide (18). Ancora controverso e questione aperta è l'uso di fibra alimentare. (19)

Nel prossimo futuro, nella terapia dell'IBS si afficherà anche l'uso personalizzato di fermenti lattici sulla base del mappaggio personalizzato del microbiota intestinale (20,21,22).

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:



### 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 ed in particolare integrali (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. Grossman DA, et al. Rome IV: Functional Gastrointestinal Disorders, Disorders of Gut-Brain Interaction. MDCP Book-2<sup>ed</sup>. May 2016
2. Longstreth et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 130,1480, 2006
3. Fukudo S. et al.. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome 2020. *J Gastroenterol* 56;193:2021
4. Barbara G, Stanghellini V. Biomarkers in IBS: when will they replace symptoms for diagnosis and management? *Gut* 58;1571:2009
5. Morais LH et al. The gut microbioma-brain axis in behaviour and brain disorders. *Nature Reviews Microbiology* 19;241:2021
6. Karakan T. et al. Gut-Brain-Microbiota axis: antibiotics and functional gastrointestinal disorders. *Nutrients* 13(2);389:2021
7. 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
8. Usai P et al. Prevalence of Irritable Bowel Syndrome in Italian rural and urban areas. *Eu J of Int Med* 21(4);324:2010
9. Olafar S. Palsson, et al. Prevalence of Rome IV Functional Bowel Disorders among adults in United States, Canada and United Kingdom. *Gastroenterology* 158;1262: 2020
10. Ami D. Sperber, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders. Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology* 160;99: 2021
11. 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
12. Halmos EP, et al. Diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 146,67,2014
13. Staudacher HM, et al. The low-FODMAP DIET: recent advances in understanding its mechanisms and efficacy in IBS. *Gut*, 66;1517:2017
14. Vernier K et al. Two microbiota subtypes identified in IBS with distinct responses to low FODMAP diet. *Gut* 2021 nov.22;gutjnl-2021-325177
15. Varney J et al. FODMAPs: food composition, definition cut off values and international application. *J Gastroenterol Hepatol* 32; Suppl1:53: 2017

16. Bohl L et al. Diet low in FODMAPS reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional dietary advice: a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 149(6);1399:2015
17. Pimentel M. et al. Rifaximine therapy for patients with Irritable Bowel Syndrome without constipation. *NEJM* 364;22:2011
18. Lacy B.E. e al. ACG Clinical Guideline: management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 116(1); 17, 2021
19. 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* 27;1002:2015
20. Jeldheim Dale H.F. et al. Gut microbiota and therapeutic approaches for dysbiosis in IBS: recent development and future perspectives. *Turk J Med Sci* 50(S1-2);1632:2020
21. A.P.S. Hungin et al. Systematic review: probiotics in the management of lower gastrointestinal symptoms. An update evidence based international consensus. *Aliment Pharmacol Ther* 47(8);1054: 2018
22. Vasundha S et al. Probiotics as antiinflammatory agent in Intestinal Bowel Disease and Intestinal Bowel Syndrome. *Prob Research in Therapeutics* 2,123:2021