

## Linee guida per la gestione della sindrome dell'intestino irritabile negli adulti

Antonino Cartabellotta<sup>1\*</sup>, Anna Linda Patti<sup>2</sup>, Franco Berti<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medico, Fondazione GIMBE, <sup>2</sup>Medico, UOC Medicina Interna 2, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, <sup>3</sup>Medico, Direttore UOC Medicina Interna 2, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

La sindrome dell'intestino irritabile – *irritable bowel syndrome* (IBS) – è un disordine gastrointestinale cronico la cui prevalenza è stimata intorno al 10-20%<sup>1</sup>. L'IBS interessa in particolare i soggetti tra i 20-30 anni ed è due volte più comune nelle donne rispetto agli uomini<sup>1</sup>; può essere dolorosa e debilitante, causare ansia e depressione e influire negativamente sulla qualità di vita<sup>1</sup>.

Questo articolo sintetizza le più recenti raccomandazioni del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) sull'IBS nell'adulto nell'ambito delle cure primarie<sup>2</sup>. Le raccomandazioni NICE sono basate su revisioni sistematiche delle migliori evidenze disponibili e sul rapporto costo-efficacia degli interventi sanitari. Quando le evidenze sono limitate, le raccomandazioni si basano sull'esperienza e l'opinione del gruppo che ha prodotto la linea guida – *Guidelines Development Group* (GDG) – e sulle norme di buona pratica clinica. In questo aggiornamento le variazioni si basano su evidenze derivanti da revisioni sistematiche aggiornate ed evidenze aggiornate sul rapporto di costo-efficacia. I livelli di evidenza delle raccomandazioni cliniche sono indicati in corsivo tra parentesi quadre.

### 1. Valutazione iniziale

- Sospettare una IBS se il soggetto riferisce uno dei seguenti sintomi per almeno sei mesi:
  - dolore o discomfort addominale
  - gonfiore
  - alvo variabile
- Chiedere a tutti i soggetti con sintomi suggestivi di IBS se hanno sperimentato almeno uno dei seguenti “segnali di allarme” e, in caso positivo, richiedere una consulenza specialistica per eseguire ulteriori indagini:
  - perdita di peso non volontaria e non spiegabile
  - sanguinamento rettale
  - storia familiare di carcinoma intestinale o ovarico
  - feci più liquide e più frequenti (o entrambe) da oltre 6 settimane in soggetti di età >60 anni.
- Richiedere una consulenza specialistica per ulteriori indagini a tutti i pazienti con sintomi suggestivi di IBS e almeno uno dei seguenti “segnali di allarme”:
  - anemia
  - masse addominali
  - masse rettali
  - marker di malattia infiammatoria intestinale
- Richiedere il dosaggio del CA125 nelle donne con sintomi suggestivi di carcinoma ovarico, in accordo con le linee guida NICE<sup>3</sup>.

- Prendere in considerazione la diagnosi di IBS solo se il paziente ha dolore o discomfort addominale alleviato dall'evacuazione o associato ad alvo alterato o della consistenza delle feci. Il dolore dovrebbe essere accompagnato da almeno 2 dei seguenti sintomi:

- passaggio delle feci alterato: sforzo, urgenza, evacuazione incompleta
- gonfiore addominale (più comune nelle donne che negli uomini), distensione, tensione o sensazione di addome duro
- peggioramento dei sintomi in corrispondenza dei pasti
- presenza di muco

- Altri sintomi quali sonnolenza, nausea, mal di schiena e disturbi urinari sono comuni nei pazienti con IBS e possono essere utilizzati a supporto della diagnosi.

[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità moderata e bassa da trial randomizzati controllati e trial controllati]

### 2. Test diagnostici

- Nei pazienti che soddisfano i criteri diagnostici di IBS, eseguire i seguenti test per escludere altre diagnosi:
  - emocromo completo
  - VES
  - proteina C reattiva
  - test per celiachia: anticorpi anti-endomisio o anticorpi anti-transglutaminasi
- Nei pazienti che soddisfano i criteri diagnostici di IBS i seguenti test non sono necessari per confermare la diagnosi:
  - ecografia
  - sigmoidoscopia
  - colonscopia, clisma opaco

**Citazione.** Cartabellotta A, Patti AL, Berti F. Linee guida per la gestione della sindrome dell'intestino irritabile negli adulti. *Evidence* 2016;8(1): e1000130.

**Pubblicato** 28 gennaio 2016

**Copyright.** © 2016 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

**Fonti di finanziamento.** Nessuna.

**Conflitti d'interesse.** Nessuno dichiarato

**Provenienza.** Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

\* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

- test di funzionalità tiroidea
- test per la ricerca di parassiti
- sangue occulto nelle feci
- breath test (per l'intolleranza al lattosio e la proliferazione batterica)

*[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità moderata e bassa da trial randomizzati controllati e trial controllati]*

### 3. Consigli sulla dieta e sullo stile di vita

- Fornire ai pazienti con IBS informazioni sull'importanza del *self management* per un trattamento efficace della loro condizione. Le informazioni dovrebbero riguardare stile di vita, attività fisica, dieta, farmaci sintomatici come i lassativi e quelli che agiscono sulla motilità intestinale.
- Incoraggiare i pazienti ad utilizzare al meglio il loro tempo libero, ritagliandosi momenti di relax.
- Fornire informazioni e counseling ai pazienti che praticano poca attività fisica per incoraggiarli ad incrementarla.
- Valutare dieta e alimentazione e fornire le seguenti indicazioni generali:
  - fare pasti regolari dedicandovi un tempo adeguato
  - evitare di saltare i pasti o di fare lunghe pause tra un pasto e l'altro
  - bere almeno 8 bicchieri/die di liquidi, soprattutto acqua o altre bevande non contenenti caffeina (es. tisane)
  - limitare il consumo di tè e caffè a 3 tazze/die
  - ridurre l'assunzione di alcool e bevande gassate
  - limitare l'assunzione di alimenti ad alto contenuto di fibra (es. farina integrale, farina o pane ad alto contenuto di fibre, cereali ad alto contenuto di crusca, cereali integrali come il riso integrale)
  - ridurre l'assunzione di "amido resistente" (che resiste alla digestione nel piccolo intestino e raggiunge intatto il colon), che si trova spesso in alimenti preconfezionati o pre-cotti
  - limitare la frutta fresca a 3 porzioni/die di circa 80g ciascuna
  - in caso di diarrea evitare sorbitolo, dolcificante artificiale utilizzato nei dolci (es. gomme da masticare) e bevande senza zucchero e in alcuni prodotti dimagranti o per diabetici
  - in caso di meteorismo e gonfiore assumere avena (es. cereali o porridge a base di avena per colazione) e semi di lino (fino a un cucchiaino al giorno).
- Regolare l'assunzione di fibre, di solito riducendola, in relazione ai sintomi e scoraggiare l'assunzione di fibre insolubili (es. crusca). Se è consigliato aumentare le fibre alimentari, consigliare l'assunzione di fibre solubili come l'ispaghula in polvere o cibi ricchi di fibra solubile (es. avena).
- Consigliare ai pazienti che vogliono provare i probiotici ad assumerli per almeno 4 settimane, alla dose raccomandata dal produttore, monitorandone l'effetto.
- Scoraggiare l'uso di aloe vera.

- Non incoraggiare l'uso di agopuntura o riflessologia.  
*[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità moderata e bassa da trial randomizzati controllati e trial controllati]*

### 4. Dieta a basso contenuto di FODMAP

La dieta a basso contenuto di FODMAP (oligosaccaridi fermentabili, disaccaridi, monosaccaridi e polioli) limita i carboidrati alimentari a catena corta, scarsamente assorbiti nell'intestino tenue e fermentati nel grande intestino. I FODMAP si trovano nel grano, in alcuni tipi di frutta e verdura, fagioli e legumi, dolcificanti artificiali e alcuni alimenti preconfezionati. La fermentazione non è caratteristica dei pazienti con IBS, ma peggiora i sintomi in quelli con ipersensibilità viscerale.

- Se i sintomi di IBS persistono nonostante l'aderenza alle raccomandazioni sulla dieta e sullo stile di vita generale, offrire ulteriori consigli sulla dieta che dovrebbero:
  - prevedere l'eliminazione di singoli alimenti e diete ad esclusione (es. dieta a basso contenuto di FODMAP)
  - essere forniti esclusivamente da un esperto in scienza dell'alimentazione.

*[Raccomandazioni basate su trial controllati e randomizzati e su trial controllati di qualità molto bassa]*

### 5. Terapia farmacologica

Le seguenti raccomandazioni presuppongono che la scelta dei farmaci, singoli o in combinazione, sia determinata dai sintomi predominanti.

- Considerare la prescrizione di antispastici: dovrebbero essere assunti al bisogno, accompagnati da consigli sulla dieta e sullo stile di vita.
- Considerare i lassativi per il trattamento della costipazione nei pazienti con IBS, scoraggiando l'assunzione di lattulosio.
- Nei pazienti con IBS e diarrea il farmaco di prima scelta per rallentare la motilità intestinale è la loperamide.
- Consigliare ai pazienti con IBS di regolare la posologia di lassativi o antidiarroici in relazione alla risposta clinica, in particolare alla consistenza delle feci con l'obiettivo di ottenere feci morbide ma ben formate (corrispondenti al tipo 4 della scala delle feci di Bristol).

*[Raccomandazioni basate su trial controllati e randomizzati di qualità moderata, bassa e molto bassa]*

- Se i lassativi, la loperamide o gli antispastici non producono benefici, considerare gli antidepressivi triciclici (TCA) come trattamento di seconda linea. I TCA, utilizzati principalmente per il trattamento della depressione, sono consigliati nell'IBS per il loro effetto analgesico, ma in Italia l'uso di antidepressivi triciclici nell'IBS è off-label. Iniziare con un basso dosaggio (5-10 mg equivalenti di amitriptilina), assunto una volta la sera e rivalutare regolarmente. La posologia può essere aumentata, ma di solito non è necessario superare i 30 mg.

- Considerare gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) solo se i TCA sono inefficaci.
- Quando si prescrivono TCA o SSRI ai pazienti con IBS prendere in considerazione i possibili effetti collaterali. Rivalutare i pazienti che assumono entrambi questi farmaci a basse dosi per la prima volta per il trattamento del dolore o del discomfort per IBS dopo 4 settimane e quindi ogni 6/12 mesi.

*[Raccomandazioni basate su trial controllati e randomizzati di qualità molto bassa]*

### 5.1. Linaclotide

Agonista dei recettori della guanilato ciclasi C, appartiene ad una nuova classe di lassativi autorizzata nel trattamento dell'IBS con costipazione moderata/severa alla dose di 290 µg 1 volta/die.

- Considerare la linaclotide nei pazienti IBS solo se:
  - lassativi di classi diverse a dosi ottimali o massime tollerate non sono stati efficaci, e
  - il paziente lamenta costipazione da almeno 12 mesi
- Effettuare un follow-up a 3 mesi nei pazienti che assumono linaclotide

*[Raccomandazioni basate su trial controllati e randomizzati di qualità da moderata a molto bassa]*

### 6. Interventi psicologici

- Nei pazienti che non rispondono a trattamenti farmacologici per 12 mesi e che sviluppano sintomi persistenti (IBS refrattaria), prendere in considerazione gli interventi psicologici: terapia cognitivo-comportamentale, ipnoterapia, terapia psicologica o loro combinazioni. *[Raccomandazione basata su trial controllati e randomizzati di qualità da moderata a molto bassa]*
- In assenza di evidenze di qualità non sono state formulate raccomandazioni su interventi psicologici di rilassamento, terapia cognitivo-comportamentale computerizzata e *mindfulness therapy*.

### 7. Medicine complementari

- Non incoraggiare l'agopuntura per il trattamento della IBS. *[Raccomandazione basata su trial controllati e randomizzati di qualità da moderata a molto bassa]*
- Non incoraggiare l'uso della riflessologia per il trattamento della IBS. *[Raccomandazione basata su un trial controllato e randomizzato di qualità moderata]*

### 8. Follow-up

- Concordare con il paziente un follow-up coerente con la risposta terapeutica che, in ogni caso, dovrebbe essere almeno annuale. In caso di insorgenza di eventuali "segnali di allarme" durante il trattamento e il follow-up eseguire ulteriori indagini o richiedere una consulenza specialistica. *[Raccomandazione basata sul consenso del GDG]*

### 9. Potenziali ostacoli all'implementazione

Non si prevedono ostacoli rilevanti per l'implementazione di queste raccomandazioni, anche se la pratica clinica e l'erogazione dei servizi possono variare. Le organizzazioni dovrebbero valutare le proprie pratiche per individuare eventuali ostacoli locali e prevedere azioni per superarle. Tra i potenziali ostacoli:

- Numero limitato di professionisti sanitari con esperienza nella consulenza sulle diete a basso contenuto di FODMAP per soddisfare la domanda di questo popolare intervento dietetico.
- La linaclotide è più costosa di altri lassativi abitualmente utilizzati per trattare l'IBS dove predomina la costipazione.

### 10. Quali raccomandazioni per la ricerca futura?

- Qual è l'efficacia e la costo-efficacia di bassi dosaggi di TCA e SSRI per il trattamento della IBS nell'ambito delle cure primarie?
- Qual è l'efficacia e la costo-efficacia di una dieta a basso livello di FODMAP nel trattamento dell'IBS?
- Qual è l'efficacia e la costo-efficacia della terapia cognitivo-comportamentale informatizzata e della *mindfulness therapy* per la gestione della IBS negli adulti?

### BIBLIOGRAFIA

1. NHS Choices. Irritable bowel syndrome (IBS). 2015. Disponibile a: [www.nhs.uk/Conditions/Irritablebowel-syndrome/Pages/Introduction.aspx](http://www.nhs.uk/Conditions/Irritablebowel-syndrome/Pages/Introduction.aspx). Ultimo accesso 28 gennaio 2016
2. National Institute for Health and Care Excellence. Irritable bowel syndrome: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. Last update February 2015. Disponibile a: [www.nice.org.uk/guidance/cg61](http://www.nice.org.uk/guidance/cg61). Ultimo accesso 28 gennaio 2016
3. National Institute for Health and Care Excellence. Ovarian cancer: the recognition and initial management of ovarian cancer. April, 2011. Disponibile a: [www.nice.org.uk/guidance/cg122](http://www.nice.org.uk/guidance/cg122). Ultimo accesso 28 gennaio 2016