

Sono Eamonn Quigley e ho il privilegio di essere Presidente della Fondazione dell'Organizzazione Mondiale di Gastroenterologia. L'Organizzazione Mondiale di Gastroenterologia (WGO) ha più di 50 anni ma solo di recente ha creato una fondazione con lo scopo specifico di raccogliere fondi a sostegno delle sue attività di sensibilizzazione e formazione. Questi programmi formativi hanno avuto molto successo e includono: il programma Train the Trainers, un totale di 16 Centri di formazione WGO, più di 20 linee guida globali e la Giornata mondiale della salute gastrointestinale. La Giornata mondiale della salute gastrointestinale è diventata un'attività centrale per la Fondazione. Questa iniziativa, avviata nel 2004, è una campagna di salute pubblica a livello mondiale che realizziamo grazie alle oltre 100 società di gastroenterologia che sono nostri membri, per raggiungere almeno 50.000 gastroenterologi.

Queste campagne però sono rivolte al pubblico generale e ogni anno identifichiamo un tema legato a disturbi digestivi o epatici che consideriamo di importanza globale. E il nostro scopo è di raggiungere il pubblico generale, oltre che medici e operatori sanitari, e sensibilizzare sulla prevenzione e sulle terapie ottimali per questi disturbi.

In passato abbiamo dato risalto a malattie come il cancro al fegato, l'*Helicobacter pylori*, la diarrea e l'epatite. Nel 2012 abbiamo adottato un approccio un po' diverso per dare più risalto ai sintomi gastrointestinali più comuni nella popolazione. Il titolo del tema infatti era: "Dall'acidità di stomaco alla stitichezza: sintomi gastrointestinali comuni nella popolazione – Impatto e interpretazione".

L'obiettivo di quella campagna era aiutare i singoli pazienti e professionisti medici a capire meglio questi sintomi, sapere cosa significano e come si possono gestire in maniera adeguata ed efficace. Ed era una campagna rivolta proprio a tutti, dai comuni cittadini agli specialisti.

Grazie a finanziamenti per la formazione, abbiamo quindi creato questo webcast per il pubblico generale sulla sindrome dell'intestino irritabile. Perché la sindrome dell'intestino irritabile? Semplicemente perché, in fondo, si tratta di un insieme di sintomi gastrointestinali comuni: dolore addominale, stitichezza, irregolarità intestinale, gonfiore. E in questo webcast vogliamo spiegare cos'è la sindrome dell'intestino irritabile, quali sono le cause e cosa si può fare per gestirla. E ora è con molto piacere che passo la parola al Professor Richard Hunt, che presiederà il simposio.

Benvenuti a questo webcast sulla Sindrome dell'intestino irritabile (IBS): Che cos'è? Quali sono le cause? E che cosa si può fare per gestirla? Gli obiettivi del nostro simposio di oggi sono: definire che cos'è l'IBS e anche che cosa non è; la varietà e l'impatto dei sintomi dell'IBS; come comunicare questi sintomi in modo più efficace se si soffre di IBS; il ruolo dell'alimentazione e degli integratori alimentari; come alleviare i sintomi dell'IBS; la gestione complessiva dell'IBS; e i nuovi trattamenti.

Per parlare di questi argomenti del simposio, sono qui con il Professor Eamonn Quigley della Divisione di Gastroenterologia del Methodist

Hospital di Houston; il Professor Pali Hungin, che è Preside e Professore di Cure Primarie e Medicina Generale all'Università di Durham nel Regno Unito; e il Dott. Anton Emmanuel, che è Professore Associato di Neurogastroenterologia allo University College Hospital di Londra, dove lavora anche come specialista gastroenterologo.

Nel parlare della sindrome dell'intestino irritabile, dobbiamo capire bene qual è la definizione e come la consideriamo. Per discutere di questo, iniziamo da Eamonn Quigley da Houston.

Grazie mille, Richard. Il primo punto che vorrei sottolineare sulla sindrome dell'intestino irritabile è che non è una singola entità, ma è una serie di sintomi addominali e intestinali. E quando pensiamo alla sindrome dell'intestino irritabile, i sintomi a cui pensiamo sono soprattutto il dolore o il fastidio all'addome. In secondo luogo, un'alterazione della funzione intestinale, ed è molto importante capire che questa alterazione può essere la stitichezza per alcuni pazienti, la diarrea per altri pazienti, mentre per altri ancora si può avere un'alternanza tra diarrea e stitichezza. E il terzo sintomo a cui pensiamo è il gonfiore, che per alcuni pazienti può essere associato a una visibile distensione addominale.

Ora, l'altro punto importante da sottolineare sulla sindrome dell'intestino irritabile è che, malgrado ognuno di questi sintomi sia molto comune nella popolazione, è quando si hanno tutti insieme e si ripetono per lunghi periodi di tempo che iniziamo a descriverli come sindrome dell'intestino irritabile. Poi c'è una serie di altre caratteristiche importanti che ci fanno subito pensare a un caso di sindrome dell'intestino irritabile quando vediamo un paziente in clinica, o nell'assistenza primaria. Prima di tutto, la sindrome dell'intestino irritabile di solito si presenta a episodi. Alcuni li chiamano "fasi acute", altri li chiamano "attacchi". Una frase che i pazienti usano spesso quando vengono a farsi vedere in clinica o quando vanno dal medico è questa: "Stavo bene per una settimana o due, tutto perfetto, poi stavo di nuovo malissimo, con sintomi molto fastidiosi, per vari giorni di seguito".

Di solito, almeno nella nostra parte del mondo, ossia in Europa e in Nord America, la sindrome dell'intestino irritabile è molto più comune tra le donne. Può interessare qualsiasi età, ma più spesso i sintomi iniziano negli ultimi anni dell'adolescenza, o dai venti ai quarant'anni. Ci sono altre caratteristiche da sottolineare, ad esempio una cosa che sentiamo spesso dire da chi soffre di intestino irritabile è: "i miei sintomi peggiorano quando mangio". Oppure: "peggiorano quando sono sotto stress". E poi le donne notano che i loro sintomi variano durante il ciclo mestruale.

La gravità di questi sintomi è estremamente variabile. Per alcuni pazienti sono solo un fastidio occasionale, per altri sono davvero totalmente

disabilitanti. Ora una delle cose che abbiamo capito meglio di recente sulla sindrome dell'intestino irritabile è che mentre i sintomi classici tendono a riguardare il tratto inferiore dell'intestino, molti di questi pazienti hanno sintomi a livello della parte superiore del tratto digerente, come acidità di stomaco, indigestione o nausea. E, cosa ancora più interessante, molti di questi pazienti hanno sintomi in altre parti del corpo, come stanchezza, dolori muscolari, problemi alle vie urinarie, e così via.

Ora, una delle cose che hanno creato molta confusione sulla sindrome dell'intestino irritabile è che alcune persone con la sindrome dell'intestino irritabile soffrono anche di ansia e depressione. Ma è importante capire che la sindrome dell'intestino irritabile non è causata dall'ansia o dalla depressione. Quello che succede è che se una persona ha la sindrome dell'intestino irritabile e soffre anche di ansia, o di depressione, i sintomi dell'IBS saranno molto più pesanti ed è molto più probabile che si rivolga a un medico o a uno specialista.

Ora potreste chiedervi perché stiamo dedicando tanto tempo all'IBS. Beh, ci sono vari motivi per cui credo che dobbiamo davvero dare più risalto a questa sindrome.

Prima di tutto, è comune. Sono stati fatti vari sondaggi; lo stesso Professor Hungin ha condotto uno studio molto importante qui in Europa, che ha dimostrato che la sindrome dell'intestino irritabile colpisce tra il 10 e il 15 per cento circa della popolazione. In secondo luogo, come abbiamo già detto, per alcuni può causare sintomi molto fastidiosi. E questi sintomi possono essere così fastidiosi da incidere seriamente sulla qualità della vita. Nella nostra clinica ci capita molto spesso di vedere pazienti che dicono: "Non posso neanche uscire di casa. Non esco di casa, perché mi imbarazza il fatto che se esco devo avere vicino un bagno. Mi potrebbe capitare di dover correre al bagno in qualsiasi momento, magari mentre sono fuori a cena. E allora preferisco stare a casa". Un altro sintomo di cui parleremo in modo più dettagliato e che può causare molto imbarazzo è la distensione addominale, che è reale. Certe pazienti dicono: "mi chiedono tutti se sono di nuovo incinta, e allora non esco più di casa".

Per tutto questo come interferisce con la scuola, il lavoro, la vita in famiglia, può avere un impatto socioeconomico per l'individuo oltre che per la società.

Se abbiamo una diagnosi accurata di sindrome dell'intestino irritabile, e se usiamo buoni trattamenti, i pazienti stanno meglio. Quindi è un vero peccato che non siamo meglio informati su questo disturbo, che non facciamo la diagnosi giusta e che non la stiamo gestendo nel modo adeguato.

Bene, grazie per questa ottima panoramica generale. Ora chiaramente questo è un disturbo molto diffuso e comune nella popolazione, quindi credo sia importante a questo punto ascoltare il contributo di Pali Hungin come medico di base, e chiedergli di raccontarci un po' come i pazienti possono comunicare meglio i loro sintomi per aiutare il medico di famiglia a fare una diagnosi e intervenire nel modo più efficace possibile per gestire questo disturbo.

Richard, come ha detto Eamonn, l'IBS include un ampio spettro di problemi e varia molto anche in termini di intensità. Alcuni hanno sintomi abbastanza lievi e altri invece ne hanno di più fastidiosi, ma di solito o succede qualcosa di specifico o un particolare livello di intensità spinge la persona che ne soffre a rivolgersi a un medico.

Credo sia estremamente importante per il medico cercare di scoprire che cosa ha spinto il paziente a chiedere un consulto, e credo che dal punto di vista del paziente sia importante spiegare bene perché si sia rivolto al medico. È molto probabile che in realtà la persona abbia i sintomi da molto tempo, ma che sia successo qualcosa di preciso che l'ha spinto ad andare dal medico. Credo che identificare quel motivo iniziale per la visita medica sia molto importante.

Dal punto di vista del paziente, il mio consiglio è che bisogna essere molto schietti nel parlare dei propri sintomi. Credo sia molto facile per le persone sentirsi un po' imbarazzati dal fatto di avere sintomi intestinali. A nessuno piace parlare di problemi gastrointestinali; è un argomento sgradevole per molti. Ma credo che essere molto schietti e spiegare bene tutti i vari problemi che si hanno, senza sentirsi imbarazzati, sia importante. È una cosa che aiuta molto il medico durante la visita.

E nel parlare di dolore, ovviamente si vuole distinguere il dolore dell'IBS da altre cause di dolore addominale. Per fare questa distinzione, è utile se il paziente spiega bene il tipo di dolore. Perché dobbiamo ammettere che non tutti i medici dedicano molto tempo a fare domande precise. Quindi forse possiamo incoraggiare i pazienti a descrivere in modo preciso i loro sintomi dolorosi.

Sì, infatti. Il paziente può aiutare la situazione cercando di spiegare in modo più dettagliato quel dolore o fastidio, descriverne la natura, se il dolore si presenta prima o dopo l'evacuazione, il punto in cui avverte dolore o fastidio, i momenti in cui si presenta, le cose che peggiorano o alleviano il dolore. Tutti questi elementi possono contribuire a una diagnosi più accurata, per stabilire se si tratta davvero di sindrome dell'intestino irritabile o di qualcos'altro. E ovviamente nella maggior parte delle persone il dolore non si avrà in modo isolato senza altri sintomi. Quindi ci saranno altri problemi come, ad esempio, uno stimolo

urgente a correre in bagno oppure la sensazione di evacuazione insoddisfacente, incompleta. Sono tutti sintomi che possono presentarsi insieme al dolore e al fastidio. Poi, avere più consapevolezza, magari anche riflettere un po' su questi sintomi prima di andare dal medico, può aiutare a rendere più facile il dialogo.

I gastroenterologi tendono a lavorare con definizioni precise, che sono state concordate di solito da organizzazioni mediche. Come vengono considerate quelle definizioni in termini del lavoro a contatto con i pazienti in ambulatorio?

Sì, infatti. Beh, in generale la definizione operativa di sindrome dell'intestino irritabile più comunemente accettata è probabilmente dolore e fastidio addominale in presenza di alterazioni della funzione intestinale. Penso che la maggior parte di noi la accetti come diagnosi operativa. E dalla ricerca fatta dai medici di base stessi so che tendono a considerare il paziente nel suo complesso, per avere un quadro generale di quello che succede nella vita del paziente oltre ai suoi sintomi addominali o altri tipi di sintomi, prima di arrivare a una diagnosi di IBS.

Detto questo, ci sono altre due o tre definizioni un po' più precise, per così dire, o definizioni formali, se vogliamo dirla in questi termini; i criteri di Manning e i criteri di Roma. La Fondazione Roma è un gruppo internazionale di persone che ha lavorato molto per definire gli elementi specifici di una descrizione di sindrome dell'intestino irritabile. Queste definizioni spesso sono legate più alla ricerca che alla pratica clinica, ma si basano sulla durata e la frequenza dei sintomi del paziente e ovviamente includono fattori come il dolore addominale e le alterazioni della funzione intestinale. E anche, ovviamente, se i sintomi intestinali sono più riconducibili a stitichezza o a diarrea.

Eamonn ha parlato di gonfiore e distensione addominale. Che osservazioni hai fatto nel contesto dell'assistenza primaria su questo tipo di sintomi?

Gonfiore e distensione addominale sono sintomi estremamente fastidiosi e molto comuni, quasi il segno distintivo della sindrome dell'intestino irritabile. E devo dire che mi imbarazzano l'insensibilità e la mancanza di comprensione che a volte i medici hanno verso i pazienti con questi sintomi. Il gonfiore è una sensazione, un senso di pienezza. La distensione addominale è qualcosa che invece è più visibile e a volte addirittura tangibile. I pazienti spesso dicono: "guardi, a fine giornata i vestiti mi stanno stretti. La pancia mi si gonfia così tanto che la gente lo nota e fa commenti". Sì, questa è una delle caratteristiche della sindrome dell'intestino irritabile ed è qualcosa di cui i medici dovrebbero tenere conto. Ed è meglio se i pazienti riferiscono subito questi sintomi, perché è un'altra cosa utile per arrivare alla diagnosi.

Hai detto che uno degli aspetti di questo disturbo è che il dolore addominale può variare ed è associato a un'alterazione della funzione intestinale. Che tipo di cambiamenti della funzione intestinale deve riferire il paziente al suo medico?

Beh, è utile per il medico avere un'idea più chiara di come le funzioni intestinali del paziente siano cambiate negli ultimi mesi, o se il paziente abbia quel tipo di sintomi da molto più tempo. In alcune persone, l'irregolarità intestinale può essere una cosa a cui si sono abituati nel corso di mesi o anni, e forse è la maggiore intensità del dolore che li ha spinti ad andare dal medico. Ma c'è un'altra cosa che il medico vorrà sapere: c'è una correlazione tra il dolore e l'irregolarità intestinale? Per esempio, un problema comune nella sindrome dell'intestino irritabile è la sensazione di evacuazione insoddisfacente o incompleta, di dover andare ancora in bagno, per così dire. Molto spesso il paziente ha sollievo dal dolore e dal fastidio dopo l'evacuazione, è una cosa molto tipica della sindrome dell'intestino irritabile. Quindi questi sono i dettagli che aiutano ad arrivare alla diagnosi e anche a monitorare la gestione del problema del paziente.

E poi in termini di sintomi, qual è il loro impatto?

L'impatto dei sintomi della sindrome dell'intestino irritabile è sottovalutato, penso, da tutti noi. Anche se molti hanno sintomi lievi e possono continuare a vivere una vita apparentemente del tutto normale. Altri invece si sentono sempre stanchi e dormono male. C'è chi non riesce più a fare bene il proprio lavoro, o ha gravi limitazioni dal punto di vista sociale, chi non può più nemmeno mangiare fuori, al ristorante. I rapporti personali possono risentirne molto. È il tipo di problema che colpisce non solo l'intestino ma tutta la vita del paziente; l'impatto complessivo della sindrome dell'intestino irritabile può essere davvero notevole, e ho l'impressione che la maggior parte delle persone con l'IBS stia pagando un prezzo davvero alto.

Il paziente deve essere molto onesto nello spiegare l'effetto che il problema sta avendo sulla sua vita. In realtà, può essere il motivo per cui alcuni si rivolgono a un medico; può essere che siano venuti a patti con il gonfiore o il dolore o anche l'irregolarità intestinale, ma è il fatto che hanno sempre più limitazioni nella vita quotidiana a spingerli a cercare aiuto.

Quindi dobbiamo incoraggiare i pazienti a parlare di aspetti che possono essere molto personali quando vanno dal medico, per poter rendere bene l'idea dell'impatto negativo sulla qualità della vita.

I problemi personali sono cruciali nella sindrome dell'intestino irritabile. Per esempio, i rapporti personali e sentimentali e la capacità di fare nuove amicizie e far parte di un gruppo sociale, tutti questi aspetti, se vengono compromessi, possono rappresentare un peso enorme per il singolo paziente. In questi casi è importante riconoscere quali di questi aspetti costituiscono la componente principale del problema del paziente, perché la gestione deve essere mirata ad avere un miglioramento generale che possa arrecare benefici a quella persona.

E magari tanti hanno più ansia per l'impatto dei sintomi sulla qualità di vita che per i sintomi in sé.

Sì, credo che molti pazienti diventino ansiosi per il livello di restrizioni che l'IBS impone alla loro vita.

A questo punto un'ultima domanda che vorrei farti è che tipo di informazioni deve dare il paziente al suo medico sui trattamenti che ha già provato per conto proprio, farmaci di automedicazione, o se vanno da un naturopata o prendono preparati di erboristeria e cose del genere. Che tipo di informazioni devono comunicare al proprio medico di famiglia?

Beh, i dottori sanno e la ricerca ha dimostrato che la maggioranza delle persone con la sindrome dell'intestino irritabile avrà già provato qualche terapia o farmaco o rimedio. Molti avranno comprato prodotti da banco che sono stati utili; oppure hanno avuto consigli dal farmacista o da amici con la sindrome dell'intestino irritabile. Magari hanno provato qualcosa che hanno visto al supermercato o altrove o pubblicizzato sulle riviste. C'è un'enorme quantità di trattamenti disponibili che il paziente conoscerà già, alcuni sono rimedi, altri sono cose come terapie di rilassamento e così via. È importante che il paziente spieghi al medico che cosa ha già provato. Così si potrà avere un'idea più chiara su cosa potrebbe essere più efficace in futuro, per evitare di ripetere approcci che sono stati già tentati.

Bene, ti ringrazio molto, Pali. Ora parliamo con Anton Emmanuel, che lavora nell'ambito delle cure specialistiche di gastroenterologia. Come vedi la sindrome dell'intestino irritabile nel contesto degli interventi precedenti dei due colleghi?

Grazie, Richard. In ospedale, a livello di cure secondarie, tendiamo a vedere due tipi di pazienti; ci sono quelli con sintomi così severi che il paziente stesso o il medico di base ha sentito l'esigenza di consultare uno specialista. E nella seconda categoria di pazienti ci sono quelli che magari hanno già fatto esami per accertarsi che non ci sia qualcos'altro che non va con l'intestino e la diagnosi più probabile è stata la sindrome dell'intestino irritabile. Ma in ogni caso, nelle cure specialistiche in ospedale abbiamo a

che fare più spesso con pazienti con sintomi più gravi. Quindi, a questo punto, sono veri e propri pazienti, non solo persone affette da un disturbo, ovviamente.

E penso che una delle cose cruciali e più importanti sia cercare di incoraggiare il paziente a spiegare bene le limitazioni sulla sua vita, perché questi sintomi sono così fastidiosi ma anche così inafferrabili che spesso vanno avanti da anni, da decenni, per i nostri pazienti, e credo che il ruolo del medico spesso sia solo fare da specchio per far vedere meglio al paziente le cose che ha dovuto cambiare, il fatto che abbia dovuto vestirsi in un certo modo, evitare certe situazioni, alzarsi presto di mattina, andare a letto più tardi, evitare gli orari dei pasti e certe situazioni. Quelle sono le cose più importanti, perché, a parte dare un'idea della gravità dei sintomi, consentono sia al paziente che al medico di sviluppare un rapporto in cui il medico può capire meglio che cosa succede nella vita del paziente, piuttosto che avere solo una lista di sintomi da spuntare da cose come i Criteri di Roma, citati prima da Pali. Diventa molto più importante comprendere la situazione individuale del paziente nel contesto dei suoi sintomi e del suo stile di vita.

Beh, la persistenza dei sintomi è sempre preoccupante, sia per il paziente che per il medico di base, in particolare se non c'è l'aspetto previsto di fluttuazione dei sintomi. Quindi, come specialista, come distingui le caratteristiche particolari dei sintomi che a tuo parere forse richiedono esami più approfonditi?

Credo che la prima cosa sia la cronicità dei sintomi; è un aspetto piuttosto importante. È rassicurante per me, e cerco di trasmetterlo anche al paziente, che questi sintomi si presentino in forma episodica, come diceva Eamonn, con fasi buone e fasi di crisi. Ma quella cronicità è spesso terribilmente rassicurante a quel punto. Quindi ci sono poche fluttuazioni, ma come dicevi, la traiettoria complessiva in pratica è piatta. Tra i sintomi individuali poi ovviamente ci sono caratteristiche particolari che ci fanno preoccupare un po' di più, o, al contrario, ci rassicurano. Quindi i sintomi (come ad esempio la forma delle feci, la consistenza delle feci) che fluttuano nel corso del tempo, soprattutto quando la fluttuazione è associata alle fasi acute del disturbo. Sono cose estremamente utili per guidarci in una certa direzione in modo da evitare di ripetere esami invasivi.

Eamonn, anche la tua esperienza è in gran parte in ambito di cure specialistiche. Hai qualche commento da aggiungere?

Vorrei solo sottolineare alcuni punti che hanno già toccato sia Anton che Pali. E il primo è la presenza di gonfiore e distensione. E credo che per una serie di motivi tendiamo spesso a sottovalutare quanto siano frequenti

questi sintomi tra i pazienti e quanto siano debilitanti. Credo sia un grande progresso per tutti noi il fatto che stiamo iniziando a renderci conto della frequenza di questi sintomi e del loro impatto, e credo sia molto importante per questo motivo, come ha detto Pali, fare domande su questi sintomi e distinguere tra gonfiore e distensione.

L'altra area dove spesso vedo parecchia confusione sono le funzioni intestinali. Potrà sembrare ridicolo, ma molti dottori non si rendono conto della varietà di sintomi legati alla stitichezza. Chiedono soltanto: "Quanto spesso va di corpo?"; ma non chiedono: "Ha difficoltà ad andare di corpo? Si deve sforzare?" O come diceva Pali, "Ha la sensazione che l'evacuazione sia insoddisfacente o incompleta?" Quindi dobbiamo fare più domande su cosa intende esattamente il paziente con stitichezza, e lo stesso per la diarrea.

Un grosso errore che molti di noi fanno in termini di diarrea è che la confondiamo con evacuazioni frequenti, perché come diceva Pali, molti pazienti con la sindrome dell'intestino irritabile sentono spesso il bisogno urgente di andare in bagno ma molte volte espellono solo un po' di muco o comunque non è realmente diarrea. E questo è importante perché se prescriviamo farmaci antidiarroidici probabilmente li faremo solo stare peggio, perché non hanno davvero la diarrea.

E c'è un semplice strumento che è stato sviluppato già parecchio tempo fa, che si chiama Scala delle feci di Bristol. E so che parecchi dottori hanno queste schede e le danno ai pazienti, e il paziente può guardare il grafico, che ora vedete sullo schermo, e può vedere che tipo di feci corrisponde alle sue e può descriverlo al dottore. Così si dà, se vogliamo, un mezzo più obiettivo per sapere esattamente qual è il problema con le funzioni intestinali. Quindi credo che questi siano due aspetti molto importanti sui quali noi come medici dobbiamo informarci meglio.

Stai facendo un discorso molto importante per quanto riguarda le feci e la frequenza e così via, perché nella mia esperienza gran parte del problema è rappresentato dalle aspettative del paziente su cosa sia la normale regolarità intestinale. E purtroppo devo dire che secondo me ci sono anche delle lacune in termini di quello che molti medici considerano una gamma normale di funzioni intestinali. Quindi i punti che hai sottolineato sono molto importanti da trasmettere oggi al nostro pubblico.

Sì, è molto importante, credo, parlando di funzioni intestinali con i pazienti, non riversare su di loro le nostre aspettative, ma ascoltarli davvero. Sentire cosa considerano un problema. È un approccio decisamente più utile.

Grazie del tuo contributo, Eamonn. Bene, abbiamo sentito da tutti voi dei punti molto importanti su quello che conta per il paziente in termini di come interpretare i sintomi e i punti chiave da comunicare al medico alla prima visita. Grazie a tutti.

Negli ultimi anni c'è stata molta ricerca sulla sindrome dell'intestino irritabile. Si è parlato molto dell'epidemiologia e dell'impatto della malattia e come incida su una serie di sintomi diversi. Ma dobbiamo cercare di capire un po' meglio che cosa succede in termini della patofisiologia sottostante. Per questo chiedo a Eamonn Quigley di darci un aggiornamento sulle conoscenze attuali.

Beh direi che la prima domanda che fanno molti pazienti è questa: qual è la causa della sindrome dell'intestino irritabile? E la mia risposta è sempre questa: probabilmente non c'è una singola causa. Si tratta probabilmente di un gruppo di sintomi con cause multiple. Ma ci sono stati progressi, e probabilmente il singolo progresso più significativo a mio parere è stato rendersi conto che alcuni individui possono sviluppare la sindrome dell'intestino irritabile per la prima volta dopo una gastroenterite, ed è quella che chiamiamo sindrome dell'intestino irritabile post-infettiva. E credo che questa osservazione, che è stata fatta in molte parti del mondo, abbia cambiato realmente il nostro approccio alla ricerca sulla sindrome dell'intestino irritabile.

Come abbiamo già detto, lo stress è un altro importante fattore scatenante per alcuni, e c'è stato tutto un filone di ricerca sul ruolo dello stress e sui fattori associati allo stress e vari ormoni nella sindrome dell'intestino irritabile. Certi cibi scatenano l'IBS in alcune persone, e parleremo di questo più avanti. Quindi, proprio di recente c'è stata parecchia ricerca su vari cibi e su come possono scatenare la sindrome dell'intestino irritabile, e ci sono probabilmente molti altri fattori.

Ora, un modo molto utile di considerare la sindrome dell'intestino irritabile, usato da molti ricercatori, è il cosiddetto asse intestino-cervello. In questo fumetto, che vedete sullo schermo, potete vedere il paziente che sente dolore, e fastidio, e chiaramente sta avendo una reazione emotiva. E questa interazione tra cervello e intestino è molto importante nella sindrome dell'intestino irritabile. Per esempio, possiamo esaminare la cosa da due prospettive. Prima di tutto, se partiamo dal presupposto che per alcuni il problema principale è nell'intestino, ci può essere una reazione a un cibo o, come ho detto prima, a un'infezione. E questo ha un impatto sull'intestino dove incide sui muscoli intestinali, provocando crampi, o porta a una maggiore sensibilità, quindi la chiamiamo "ipersensibilità viscerale". È una situazione in cui l'intestino è ipersensibile a ogni stimolo, e questo poi porta al dolore e al fastidio, e ovviamente poi si ha

un'interazione con il cervello, con il paziente che si sente a disagio, avverte malessere.

Poi possiamo prendere un'altra situazione, ad esempio, se la persona è stressata, è ansiosa, o depressa, che ovviamente sono sintomi del cervello, per così dire. Sappiamo da molte ricerche che questo può avere un impatto sull'intestino e causare una motilità e una sensibilità anormali nell'intestino e portare a sintomi intestinali. Questa interazione tra il cervello e l'intestino è cruciale nello sviluppo dei sintomi; in alcuni pazienti è più un problema dell'intestino, in altri più del cervello, in altri può essere un po' tutte e due le cose. Credo sia un modo molto utile di considerare le cause della sindrome dell'intestino irritabile in molte persone diverse.

Bene, Anton Emmanuel è uno specialista di neurogastroenterologia con molte conoscenze sul plesso mienterico e il modo in cui sono regolate le funzioni dell'intestino. Vorrei quindi chiedergli come vede, dal punto di vista di uno specialista, la patofisiologia di questo disturbo.

È una domanda importante, perché i pazienti spesso vogliono sapere perché hanno questo disturbo. E credo sia importante anche per i medici perché ci aiuta a spiegarlo al paziente. E come ha accennato Eamonn, una questione molto importante è quella dell'intestino che è sensibile, che sente tutto troppo facilmente. È importante capire bene questo aspetto, perché c'è questa sorta di dialogo costante tra il cervello e la pancia; è così che sappiamo quando abbiamo fame, o quando abbiamo mangiato abbastanza, o quando dobbiamo andare in bagno. Ci sono questi messaggi che partono da qui, salgono fino a qui, e viceversa ci sono messaggi che partono da qui per arrivare fin quaggiù, e che ci dicono quando smettere di mangiare o andare in bagno e così via. E se questo tipo di dialogo delicato viene disturbato da infezioni o fattori emotivi o qualsiasi cosa, sia a questo livello che a quest'altro, è così che le cose iniziano ad andare storte. E queste conoscenze, come per il caso delle infezioni, o il rapporto con lo stress in alcuni individui – non tutti, ma alcuni – questi sono aspetti davvero cruciali, perché aiutano il paziente a capire perché sta male, ma aiutano anche noi a capire un po' di più come usare i nostri trattamenti in modo più mirato e utile per i pazienti.

E se posso sottolineare ancora un altro punto, credo sia molto importante per chi soffre di IBS capire che la sensibilità è nell'intestino. Non si tratta di debolezza di carattere, o di ipersensibilità emotiva. Anzi, molte ricerche dimostrano che per quanto riguarda gli altri tipi di sensibilità sono persone completamente normali. Quindi si tratta di una particolare predisposizione a essere più sensibili di intestino.

Pali, ci capita di sentire idee piuttosto esoteriche sulle possibili cause di fondo dell'IBS. Trovi utile nel contesto dell'assistenza primaria dare una spiegazione che tenga conto di queste nuove teorie, quando hai a che fare con i tuoi pazienti con IBS?

Sì, certo. Penso che dal punto di vista del medico di base, tutti gli aspetti di cui hai parlato negli ultimi minuti si possono riassumere perfettamente nel concetto di vedere il paziente come persona e il suo dolore e fastidio come parte di quello che sente come persona, e che non si può separare il sistema gastrointestinale dalle altre parti della persona, cioè la mente, il pensiero, il cosiddetto asse cervello-corpo, o qualsiasi altra frase vogliamo usare. E certamente una spiegazione molto valida e chiara per la sindrome dell'intestino irritabile è che la mucosa dell'intestino è diventata ipersensibile e così manda messaggi al cervello che provocano una percezione di maggiore disagio e a sua volta, ovviamente, l'individuo ha una reazione a questo.

Quindi per quanto riguarda questa ipersensibilità dell'intestino, non credo che sappiamo chiaramente come succede e come si può gestirla, ma secondo me è la spiegazione dei sintomi più ovvia che si possono avere.

È qualcosa che i pazienti capiscono facilmente?

Sì, perché penso che i pazienti capiscano se il loro sistema intestinale è ipersensibile a quello che succede a livello interno o a pressioni all'interno del tratto gastrointestinale, queste percezioni e questi segnali sono trasmessi e ricevuti in maniera abnorme, e da questo nasce il fastidio e il dolore.

Grazie di questo contributo. Certo, uno dei dubbi sulla persistenza in termini che non sono stati ancora spiegati del tutto, è se ci sia qualcos'altro che non va. E ovviamente i sintomi individuali possono essere causati da una serie di disturbi diversi. E la mancanza di un test specifico per l'IBS tende ad amplificare questi dubbi. Ma ovviamente ci sono buone notizie, perché se una persona è giovane, ha i sintomi tipici dell'IBS, come il dolore addominale, che è fluttuante e associato ad alterazioni della funzionalità intestinale, come dicevamo, e non ci sono i cosiddetti segnali d'allarme, come ad esempio perdita di peso, sangue nelle feci, vomito, allora la diagnosi è molto probabilmente accurata ed è molto improbabile che cambi nel tempo, come abbiamo detto.

Ma i pazienti con l'IBS vogliono sapere se c'è bisogno di fare altri esami e di che tipo. Di solito, come dicevamo, se il paziente è giovane e i sintomi sono tipici, basta fare pochissimi test. Oggi di solito il medico fa fare il controllo per la celiachia perché c'è un lieve aumento della celiachia tra chi soffre di IBS. Di norma si fa un esame per controllare se c'è anemia e

se ci sono segni di infiammazione. Si può fare l'esame delle feci per le infezioni o il sangue occulto. E a seconda dell'età e di vari altri fattori, potrebbe essere necessario ricorrere alla diagnostica per immagini dell'intestino, o con radiografie o con endoscopia. Quindi questo è il percorso abituale dell'approccio al paziente con sintomi di IBS.

Ora chiediamo ai nostri esperti come considerano questa esigenza di esami diagnostici a livello dell'assistenza primaria. Pali?

Credo sia normale per la natura umana pensare al peggio, e credo che sia il paziente che il medico vorranno accertarsi che non ci sia sotto niente di più grave. Per dirla francamente, alcuni pazienti e magari anche i loro medici possono temere che ci sia una forma di cancro o un'altra malattia grave. E più spesso oggi in molti paesi europei, che sono più sensibilizzati ai rischi di cancro ovarico, molte donne temono di avere il cancro alle ovaie.

Detto questo, vorrei ripetere quello che dicevi sul fatto che una diagnosi positiva di sindrome dell'intestino irritabile si può fare in base ai sintomi, alla durata nel tempo, anche usando semplici esami del sangue per escludere cose come la celiachia o l'anemia, un esame delle feci per escludere infezioni, o anche altri esami del sangue per escludere infiammazioni. Una volta fatti questi esami, le possibilità di una diagnosi diversa dall'IBS sono molto, molto scarse. E sappiamo che la sindrome dell'intestino irritabile non è un disturbo che si evolve in qualcosa di più pericoloso o preoccupante nel corso del tempo. Quindi per la vasta maggioranza dei pazienti possiamo essere piuttosto sicuri della diagnosi in base alla storia clinica e agli esami.

A livello specialistico, Anton, forse usi un approccio un po' diverso alla questione? Come vedi l'esigenza di esami diagnostici per i pazienti con l'IBS?

Penso che la cosa più giusta sia fare attenzione ai sintomi del paziente. Quando i sintomi sono gonfiore e dolore, c'è un insieme di aspetti molto specifici, a cui alludeva Pali, gli aspetti ginecologici. Perché le malattie ginecologiche spesso hanno sintomi molto simili a quelli intestinali. E non si può fare una distinzione immediata in una visita. Quindi servirebbe un'ecografia o degli esami del sangue, sarebbero cose importanti per le pazienti donne per accertarsi che non si tratti di un problema di quel tipo. Si può trattare di malattie terribili come diceva Pali, oppure di cose benigne con sintomi simili a quelli dell'IBS.

Per quanto riguarda l'intestino, Pali ha sottolineato un aspetto molto importante, sulla necessità o la possibilità di una colonscopia, per esaminare l'intestino, o una radiografia dell'addome. È un tema piuttosto

delicato, perché spesso i pazienti sono un po' riluttanti all'idea, ma d'altra parte sentono l'esigenza di fare questi esami per avere la certezza assoluta, perché purtroppo le malattie gravi dell'intestino hanno un'alta prevalenza e tutti conosciamo qualcuno o abbiamo un parente che ha avuto qualcosa del genere, ed è un'area molto delicata da affrontare.

Ma in certe situazioni, con un paziente sopra i 50 anni e con ricerca del sangue occulto fecale positiva, è necessario. O se ci sono precedenti in famiglia, soprattutto di tumori maligni in giovane età.

Assolutamente. È proprio questo il punto. Come dicevi tu, si tratta proprio di considerare i sintomi e la situazione del paziente. Quindi dove c'è un'alta probabilità di malattie gravi, certamente fa parte del nostro lavoro in clinica convincere il paziente, che può essere un po' riluttante, a fare questi esami.

Altrettanto importante è che ci sono situazioni dove possiamo davvero stare tranquilli. Quando il medico di base ci dà un riscontro molto positivo su un paziente che conosce da decenni. Quando esaminiamo la storia clinica e spuntiamo tutte le caselle dei criteri per la diagnosi di IBS, e non ci sono elementi preoccupanti, i segnali d'allarme di cui parlavi. In situazioni di questo tipo, dobbiamo essere sicuri di noi e dare al paziente la giusta fiducia anche nella nostra perspicacia di medici e nella sicurezza della diagnosi. E come dicevano Pali ed Eamonn, questa è una diagnosi che possiamo fare con sicurezza, se la facciamo positivamente possiamo avere una certa sicurezza che i pazienti non svilupperanno qualcosa di più grave.

Sì. Ed è utile ricordare che la percentuale di cancro al colon tra pazienti con IBS non è di certo più alta che nella popolazione generale, anzi forse un po' più bassa.

Poi c'è anche un rischio nel fare esami più approfonditi.

Assolutamente. Sono d'accordo.

Perché potrebbe trasmettere incertezza al paziente, e anche l'idea che l'IBS non sia poi così importante, e che cerchiamo di scoprire se ci sono cose più importanti. E non è questo l'approccio che dovremmo usare. Sono completamente d'accordo con Pali e Anton sul fatto che ci sono varie situazioni dove esami più approfonditi sono appropriati. E ne aggiungerei un'altra, ossia quando il paziente ha diarrea continua, perché lì iniziamo a sospettare la celiachia, che è stata già citata prima, o le malattie infiammatorie intestinali o qualche altro tipo di infiammazione dell'intestino.

Ma se prendiamo una donna di 25 anni con stitichezza e gonfiore come sintomi intermittenti, non c'è davvero bisogno di fare altri esami più invasivi, e continuare a sottoporre questa paziente a procedure diagnostiche le creerà molti disagi, molta preoccupazione, come diceva Anton, e sarà davvero inutile.

Eamonn, permettimi per un attimo di sostenere il punto di vista opposto. Mettiamo che io sia un paziente con il tipo di sintomi che dicevi. So che come mio medico di famiglia cercherai di rassicurarmi il più possibile sul fatto che ho la sindrome dell'intestino irritabile e non qualcosa di più grave. Ma se ho ancora un dubbio in testa e non sono completamente convinto, e se la mia ansia in gran parte è dovuta al timore di avere una grave malattia nascosta, tu come mio medico di base come pensi di dover gestire la mia situazione?

Beh, il modo in cui la gestirei è così. Prima di tutto ti direi appunto che hai la sindrome dell'intestino irritabile. Che è una cosa vera, è una cosa molto importante, e nel tuo caso anche debilitante. E che sappiamo bene dall'esperienza che le forme più acute di sindrome dell'intestino irritabile possono essere debilitanti al pari dell'insufficienza cardiaca, o della pressione alta, o di altre malattie considerate più "serie". Questo è il primo punto che sottolineerei.

Il secondo punto che metterei in luce è che la probabilità come hai già detto tu, per una donna di 25 anni con questi sintomi e senza altri problemi, la probabilità che abbia il cancro è pari a zero. Quindi questo sarebbe l'approccio che userei. È importante avere questo dialogo con il paziente. E come hai già osservato, come avete già osservato tutti, se alla prima visita con il paziente hai esaminato la sua storia clinica in dettaglio e hai comunicato chiaramente che capisci bene non solo i suoi sintomi ma anche l'impatto che hanno sulla sua vita, in quel caso non ci saranno problemi.

Ma in fondo non è questo il motivo per cui alcuni vanno da un medico all'altro, perché nonostante le spiegazioni, non si sentono rassicurati come vorrebbero?

Credo che anche in quel caso abbiamo sempre una grande responsabilità come medici di trarre una conclusione. E molti medici oggi credo siano molto riluttanti, perché sono preoccupati dall'idea di sbagliarsi.

E se trasmetti quell'incertezza al paziente, come diceva Eamonn, anche quello è un problema che crea più ansia dei sintomi in sé, quindi credo sia importante dire chiaramente: "hai 25 anni, sei una donna, hai i sintomi classici. Non hai bisogno di una colonscopia".

Una cosa interessante è che negli ultimi anni ho notato un cambiamento. Ho notato pazienti che dicono: “Dottore, credo di avere la sindrome dell’intestino irritabile. Che ne pensa, è quello che ho?” Dieci anni fa l’approccio era l’opposto: l’ultima cosa che restava dopo aver escluso tutte le altre malattie era la sindrome dell’intestino irritabile. Oggi invece sono i pazienti a chiedere subito se si tratta della sindrome dell’intestino irritabile. E se dici di sì, dicono: “Bene, ora mi dica come possiamo gestirla”.

Benissimo, ora passiamo al prossimo argomento.

Per il prossimo argomento vorrei tornare al contesto della comunità e dei pazienti nella comunità e chiedere a Pali: quali sono le cose che può fare il paziente per alleviare i suoi sintomi? Un approccio potrebbe essere comprendere meglio la malattia e informarsi di più, proprio come stanno facendo sempre più pazienti oggi, come diceva poco fa Eamonn.

Richard, sono proprio convinto che il segreto per stare bene o almeno stare meglio o saper gestire bene la sindrome dell’intestino irritabile sia conoscerla meglio. E questo significa informarsi il più possibile; consultare siti web appropriati, informarsi bene sui vari tipi di sintomi e su cosa si può fare per alleviarli.

Dal punto di vista pratico, dopo aver raccolto il maggior numero di conoscenze possibili, molte delle strategie per aiutarsi da soli sono disponibili a tutti: esercizi di rilassamento, la capacità di modificare il proprio stile di vita e magari ridurre lo stress. Riconosciamo che esiste un collegamento tra lo stress e i sintomi. Magari anche modifiche dell’alimentazione. E anche più attività fisica, un approccio più sano, oltre ovviamente al dialogo con il medico in termini di quali terapie o farmaci possono essere utili per i sintomi più fastidiosi.

Ora, Pali ha citato l’alimentazione, che è un aspetto di cui si parla molto in relazione alla sindrome dell’intestino irritabile. Anton. Puoi darci qualche aggiornamento su cosa dobbiamo prendere in considerazione, in particolare a cosa devono fare attenzione i pazienti?

La prima cosa è che ovviamente dobbiamo essere sensibili e ascoltare l’esperienza del paziente. Per alcuni pazienti non è colpa della dieta e non c’è in realtà una relazione tra i loro sintomi e la loro dieta, ma come dicevi tu, la maggior parte spesso ha l’impressione che ci debba essere un legame.

E la prima cosa è che spesso il contesto del pasto e il modo di mangiare è probabilmente più importante della natura e del tipo di alimenti che si consumano. Quindi, per capire meglio quando i pazienti hanno sintomi

legati all'alimentazione, sono legati all'alimentazione sul lavoro, quando mangiano di fretta in giro, o comunque un problema soprattutto durante la settimana lavorativa?

-Saltare la colazione-

Sì, le pressioni che ci impone la vita moderna, i ritmi veloci, i figli, il lavoro. Quindi c'è anche questo aspetto.

Detto questo, però, una volta considerato il contesto del mangiare e di cercare di mantenere l'equilibrio di cui parlava Pali, dobbiamo anche pensare agli alimenti specifici, perché certi pazienti descrivono molto chiaramente sintomi legati a cibi particolari, dicono "mi succede ogni volta che mangio pomodori o funghi", o certe cose che sono del tutto individuali, per loro è chiarissimo che queste cose fanno scatenare i loro sintomi. E noi cerchiamo di chiarire che a volte capita di essere intolleranti a certi cibi, ed è una cosa ben diversa dall'essere allergici a certi cibi. Questo è un punto molto importante, perché altrimenti la gente può prendere strade sbagliate alla ricerca delle allergie, e certo, le allergie alimentari esistono, lo sappiamo bene. Ci sono persone che mangiando certi cibi o anche solo se sono esposte a certi cibi, hanno la tipica reazione di orticaria ed è una cosa molto caratteristica e molto spiacevole. Ma è una cosa ben diversa dai sintomi intestinali descritti dai pazienti di cui stiamo parlando. I pazienti-

-Forse sono più comuni tra i bambini-

Esattamente, infatti. Quindi quel tipo di vera allergia è qualcosa che spesso ci capita di dover spiegare meglio ai pazienti, per dire chiaramente che non è quello il loro caso, che è più una questione di quanto bene l'intestino e il corpo tollerano certi cibi che magari causano problemi.

E tra i veri colpevoli che vediamo sia nei bambini che negli adulti ci sono i latticini e lo zucchero del latte, ossia il lattosio. In alcune persone ci può essere un problema perché non hanno la giusta quantità di enzimi che aiutano a digerire il lattosio, quindi possono avere sintomi come borborigmi della pancia, o a volte feci molli e dolore alla pancia. Questo è un problema per alcune persone. Spesso anche in questo caso capita che i pazienti si siano già accorti del problema e abbiamo già modificato un po' le loro abitudini, e a volte possiamo cogliere questa opportunità per aiutare il paziente a sviluppare altri aspetti di autogestione del disturbo.

Trovo molto interessante che tutti in pratica stiamo dicendo la stessa cosa. Certo, vediamo pazienti in contesti un po' diversi, ma in realtà si tratta sempre di sviluppare un messaggio comune sia dall'assistenza primaria che dalle cure specialistiche, per evitare di creare confusione con un

medico che dice una cosa e l'altro che dice il contrario. Questo è sempre stato un pericolo; alcuni pazienti hanno avuto a che fare con medici che sono particolarmente entusiasti verso certi approcci. Questa è una delle cose che ha creato difficoltà ai pazienti con l'IBS, e spero che questa comunanza di approcci sia qualcosa di utile per il futuro.

Che dire del glutine, Eamonn? C'è un'associazione, c'è una percentuale lievemente più alta di celiachia vera e propria, ma sembra anche un problema per i pazienti non celiaci. Il glutine sembra comunque dare problemi ad alcuni pazienti.

Beh, penso ci siano due fattori importanti qui. Il primo è che la celiachia è cambiata. Richard, ti ricorderai anche tu di quando eravamo studenti di medicina, parecchio tempo fa, allora i pazienti celiaci erano emaciati e avevano diarrea terribile e malassorbimento di molte vitamine, e così via. Non vediamo più quel tipo di pazienti. Oggi il paziente celiaco presenta sintomi molto simili a quelli dell'IBS. Quindi questo è il primo fattore da considerare, dal lato diagnostico, è importante che in Paesi dove l'incidenza della celiachia è alta, e questo vale per la maggior parte dei Paesi europei, dobbiamo fare gli esami per la celiachia.

Quindi una volta fatti questi esami, è proprio come dicevi, ci sono dei pazienti che non hanno la celiachia ma ci dicono di avere comunque problemi con il glutine. E fino a poco fa, devo ammettere, pensavo fosse un'idea assurda. Ma non lo è. Ci sono vari studi, ottimi studi, che hanno dimostrato che sembra esserci un'intolleranza – e uso il termine con molta cautela, come ha già osservato Anton – uso la parola “intolleranza” al glutine, e si può rimediare seguendo una dieta priva di glutine. Poi ricerche simili hanno dimostrato, proprio come diceva Anton, che c'è un'intolleranza ad alcuni altri zuccheri, come il fruttosio o il sorbitolo e i cosiddetti FODMAP, tra i pazienti con la sindrome dell'intestino irritabile, e anche qui può essere utile modificare la dieta.

Ma voglio ricordare ancora il punto sottolineato da Anton, ossia la differenza tra allergia e intolleranza.

Perché purtroppo, ci sono molti che offrono test sulle allergie, che sono costosi, che danno informazioni inutili, a mio parere sulla sindrome dell'intestino irritabile, e credo che per la sindrome dell'intestino irritabile in generale davvero non hanno senso i test sulle allergie. Ma quello che ha senso è una valutazione dettagliata della dieta e possibili modifiche della dieta.

E un altro motivo di cautela sui test per le allergie è che possono portare i pazienti a escludere qualcosa dalla loro dieta che in realtà non dovrebbero escludere. Vuoi dirci qualcosa sulle diete di esclusione, Anton?

Questa è un'area molto delicata, perché, come abbiamo già detto, i pazienti spesso hanno la sensazione che certi cibi siano molto problematici e quindi li escludono. E come dicevo già prima, stiamo parlando di un insieme cumulativo di sintomi nel corso degli anni; e se una persona inizia a escludere una cosa e poi un'altra e un'altra ancora si arriva al punto che a volte ci troviamo davanti un paziente che sta facendo una dieta molto limitata e poi sente l'esigenza di integrarla con capsule di questo o di quello prese al supermercato. E questo è spesso un approccio sbagliato perché è un pericolo comprensibile che i pazienti corrono quando non hanno avuto buoni consigli da specialisti che non conoscevano bene questo campo, oppure hanno dato consigli che poi si sono rivelati sbagliati. Per questo dobbiamo lasciare che i pazienti capiscano gradualmente che non è quello l'approccio giusto, e dire: "Ora proviamo a reintrodurre questo cibo e vedere quali sono i sintomi; purtroppo potrà essere fastidioso, ma almeno avrà un'alimentazione più sensata".

E uno degli aspetti specifici di cui dovremmo parlare in questo contesto è la questione della fibra.

Esatto, stavo proprio per chiedertelo, perché chiaramente ad alcuni fa bene e ad altri no. Cosa diresti al nostro pubblico di oggi, sull'approccio che un paziente con questi sintomi dovrebbe avere verso la fibra?

È una questione spinosa da almeno 70, 80 anni, abbiamo questa idea della fibra come qualcosa di molto importante. E certamente per molti pazienti che hanno l'intestino pigro, con feci poco consistenti e cose del genere, aumentare la fibra alimentare può essere utile. Il problema è che non è del tutto chiaro a molti pazienti, e in realtà anche a molti medici, quale sia l'approccio migliore. Per prima cosa, la fibra in generale si divide in due tipi. C'è la fibra cosiddetta solubile e quella insolubile. E in termini generali la fibra solubile si riferisce alle fibre della frutta e delle verdure, mentre la fibra insolubile è principalmente quella dei cereali. Ed è ben chiaro che nella maggior parte delle diete di tipo occidentale assumiamo una grande quantità di fibra insolubile; abbiamo diete ricche di pasta e pane e prodotti a base di frumento, in linea generale.

E anche se mangiamo le nostre brave cinque porzioni di frutta e verdura al giorno, per molti non si ha comunque un apporto superiore ai 10-15 grammi di fibra al giorno. Se consideriamo che l'apporto ottimale di fibra in termini di quantità è di circa 25 grammi al giorno per una donna e circa 35 grammi per un uomo, è ovvio che nella maggior parte dei casi assumiamo fibra principalmente dai cereali, piuttosto che dalla frutta e dalla verdura. È chiaro che la fibra solubile della frutta e della verdura è probabilmente il modo migliore di assumere fibra, invece che dai cereali.

Quindi il messaggio che cerchiamo di trasmettere ai pazienti è di cercare di mangiare frutta e verdura a sufficienza in modo da inserire quella quantità di fibra solubile nella dieta, e non esagerare con le fibre del frumento e dei cereali, che tendono a causare più gas, gonfiore, distensione addominale, tutti quei sintomi molto fastidiosi per i pazienti.

Mi sembra che anche dal punto di vista pratico, in genere a nessuno piace dover aumentare la fibra, quindi si tende a farlo in un singolo pasto, che è in realtà la cosa peggiore da fare. Cerco sempre di incoraggiare il paziente a suddividere il fabbisogno totale tra i due o tre pasti della giornata, che è molto più facile da tollerare.

Hai proprio ragione. Molti dei miei pazienti, devo dire, hanno questa abitudine di aggiungere un po' di fibra a colazione come per togliersi il pensiero, come si fa da bambini, quando pensi "ecco l'ho fatto e ora non ci penso più". E così iniziano la giornata con questa terribile distensione addominale, che poi ovviamente spesso rovina tutta la giornata.

Un altro punto che abbiamo già discusso è che se aumenti la fibra, e alcuni assumono solo dai 5 ai 7 grammi al giorno, è meglio farlo in un arco di tempo più lungo, magari tre mesi, per arrivare a 15 o 20 grammi; se invece ti metti in testa di iniziare subito domani a introdurre molta fibra, questo potrà creare i problemi che abbiamo già descritto.

Hai assolutamente ragione su entrambi i punti. Uno è questo approccio come dire di prendere il toro per le corna, levarsi subito il pensiero, ma aspettandosi anche risultati rapidi. Ecco l'altro problema di questo approccio: se esageri subito con le quantità e ti aspetti troppo, non lasci al corpo il tempo di adattarsi. Perché l'azione della fibra sull'intestino è di avviare dei cambiamenti chimici e fisici, piuttosto che avere un effetto istantaneo, come premere un interruttore per accendere la luce. Quindi dobbiamo dare consigli ai pazienti su cosa fare e cosa aspettarsi.

Forse Pali o Eamonn vogliono fare un commento finale sull'approccio alimentare all'IBS?

Beh, è molto importante dal punto di vista del medico di famiglia. Spesso la prima domanda che i pazienti fanno è: "Che cosa posso cambiare nella mia dieta per stare meglio?" Penso che un buon approccio generale sia probabilmente di dire: perché non prova a ridurre il frumento o i cereali o altri cibi che considera responsabili dei suoi sintomi? Ma la cosa fondamentale in questo senso è che se si vuole eliminare un cibo per un po' di tempo, bisogna farlo per un minimo di due settimane, o anche un mese. E se non funziona, si può ripartire da zero e magari provare con qualcos'altro. Ma una volta che hai provato con due o tre cose da eliminare, se ha funzionato, bene, ma se non funziona, bisogna

ricominciare a seguire una dieta normale. Il messaggio è che il problema probabilmente non si risolverà modificando l'alimentazione.

Eamonn, e per quanto riguarda i probiotici, di cui non abbiamo ancora parlato, sono un fattore aggiuntivo nel contesto dell'alimentazione?

Beh, ora abbiamo molte prove da molti studi di ricerca estesi sul fatto che, in generale, i probiotici sono utili nella sindrome dell'intestino irritabile, soprattutto per il gonfiore e la flatulenza. E ci sono alcuni probiotici che sono molto utili per molti sintomi dell'IBS. Ma vorrei ricordare il consiglio di Pali, anche qui, non si può prendere un probiotico per un giorno e aspettarsi un miracolo; bisogna provarli per un po' di tempo e la ricerca consiglia un periodo di almeno quattro settimane.

Ora la domanda che mi fanno spesso, dato che abbiamo fatto ricerche sui probiotici, è questa: qual è il migliore? E non posso dare una risposta definitiva perché dipende da dove si vive e quali probiotici sono disponibili e quali sintomi particolari si hanno. Alcuni funzionano meglio contro la diarrea, altri sono più efficaci contro la stitichezza.

Ma in ogni caso consiglieri di usare prodotti di marchi affidabili e con prove documentate che quel particolare prodotto è utile nella sindrome dell'intestino irritabile. Un altro punto importante da ricordare è che se funzionano, bisogna continuare a prenderli, perché quando si smettono, si perdono i benefici.

Poi c'è un altro punto che vorrei ricordare, su quello che diceva Pali sulla dieta, e credo sia molto importante e spesso molto utile per i pazienti tenere un diario alimentare. Spesso è utile per scoprire che in realtà non importa molto quello che mangiano, stanno male comunque, e non riescono a identificare un cibo particolare. In questo caso probabilmente abbiamo a che fare con la normale fisiologia, ossia il fatto che quando mangiamo stimoliamo l'intestino, perché la funzione principale dell'intestino è di assimilare il cibo. Quindi sia che si tratti di motilità o di secrezioni, qualsiasi aspetto della funzione intestinale è stimolato dal mangiare, quindi i sintomi peggiorano. Ed è molto utile per il paziente poter dire: "Beh, pensavo che fosse questa cosa a dare problemi, ma in realtà tutto dà problemi", e questo spesso può essere altrettanto utile del caso di cui parlavi, quando si riesce a identificare un cibo particolare che dà problemi e si prova a eliminarlo.

Poi, se il diario alimentare è associato a eventi della vita, il paziente potrà vedere che in realtà ci possono essere altri fattori, magari il direttore della banca che li ha avvisati di uno scoperto. Esatto.

-O altri eventi della vita che sono fattori di stress.

Assolutamente. Penso che sia assolutamente fondamentale. Ed è proprio questo che intendevo, tenere un diario alimentare e poi collegarlo agli episodi o fasi acute o attacchi dei sintomi di cui parlavamo.

Abbiamo avuto una discussione molto interessante e utile sul ruolo dell'alimentazione nella gestione dei pazienti con sintomi dell'IBS. Ora vorrei rivolgermi a Pali Hungin, che è qui come esponente della categoria dei medici di base, e chiedergli come inizia a gestire i suoi pazienti con sintomi dell'IBS.

Grazie, Richard. Credo che la gestione debba essere basata su una buona comprensione reciproca tra medico e paziente. Bisogna capirsi bene. Credo sia importante per il paziente avere una buona comprensione di che cos'è il problema e quale è la direzione probabile da prendere in termini di gestione. Dal punto di vista della cura complessiva del paziente, è importante affrontare dubbi e timori specifici, ed è importante ad esempio affrontare subito la paura che ci sia un cancro o qualcos'altro a creare problemi al paziente.

Dopodiché, nel contesto del dialogo, che include informazioni educative di buona qualità per il paziente, si può iniziare ad affrontare ogni problema in modo specifico. E ovviamente i problemi più urgenti, o i sintomi più urgenti, devono essere affrontati per primi. Potrebbero essere cose diverse, anche non direttamente collegate ai sintomi gastrointestinali; potrebbe trattarsi di dormire male o ansia. D'altra parte il paziente potrebbe avere sintomi gastrointestinali specifici che creano problemi. Il fastidio potrebbe essere un problema, o il gonfiore. Quindi il mio approccio è di accertarmi di lavorare sul problema più fastidioso e affrontarlo o con modifiche dello stile di vita o con terapie appropriate.

Quando pensi alle terapie appropriate, prendi in considerazione un sintomo particolare o cerchi di affrontare una serie di sintomi con un singolo trattamento? Come valuti il tipo di benefici e risultati con i trattamenti che sono attualmente disponibili?

Credo sia importante che la terapia sia mirata al sintomo specifico. Quindi per esempio, se un paziente ha forte diarrea o feci molli che danno problemi, bisogna affrontarlo con un farmaco antidiarroico appropriato. Se ha stitichezza, ci sono altri farmaci e terapie specifiche. Lo stesso vale per il gonfiore, per esempio, in questo caso si può usare un antispastico. Funzionano piuttosto bene per pazienti specifici. E per altri sintomi che possono essere associati all'IBS, di nuovo, si cerca di intervenire nel modo più mirato possibile.

Abbiamo parlato della fibra, e questa può essere una soluzione appropriata per alcuni. Ma dobbiamo essere chiari su questo punto, non esiste un approccio globale, e quando ero meno informato sulla sindrome

dell'intestino irritabile, ho fatto il terribile errore di usare una terapia un po' troppo approssimativa, una combinazione di antispastici, fibra e a volte antidiarroici, tutti per lo stesso paziente, senza comprendere a fondo quale fosse il problema principale da affrontare in base alle esigenze specifiche del paziente.

Uno specialista ha a disposizione strumenti migliori per gestire questi sintomi, Anton?

Come ha sottolineato Pali, la questione principale è concentrarsi sul sintomo più severo. E quando affrontiamo i sintomi uno alla volta, vediamo che il dolore è spesso questo sintomo distintivo, e una volta provate le terapie antispastiche, se non si sono avuti risultati, allora un approccio che usiamo e che spesso dà ottimi risultati in molti pazienti è un basso dosaggio di farmaci cosiddetti antidepressivi triciclici. Sono farmaci, come sappiamo, che in origine sono usati in dosi molto più alte per il trattamento dell'ansia e della depressione, ma noi li usiamo in dosi molto basse per l'intestino. Di solito un quinto o un decimo della dose usata dagli psichiatri. Li usiamo in modo specifico per il loro effetto sull'intestino, ma ovviamente possono avere l'effetto collaterale, purtroppo, di dare un po' di sonnolenza. Il fatto che funzionano nell'intestino non impedisce questo effetto di sonnolenza. Ma a volte, come diceva Pali, è una buona cosa; certi non riescono a dormire e a volte quei cosiddetti effetti collaterali possono essere utili.

Questi farmaci, come l'amitriptilina o la nortriptilina, possono essere molto utili per alcune persone. Quindi in sostanza stiamo dicendo la stessa cosa: certe cose funzionano su alcuni pazienti, non tutti. Non esiste una terapia unica. Ma come abbiamo già detto, è un problema sfaccettato.

E ci sono controindicazioni ai triciclici, in caso di IBS con stipsi predominante.

Assolutamente. Questi farmaci hanno un altro effetto collaterale, che spesso è indesiderato, che è di rallentare il transito intestinale. Quindi se i problemi sono anche dolore e stitichezza, non sono i farmaci giusti. Di nuovo, si tratta di concentrarsi su terapie specifiche.

Ci sono altri farmaci che consideri controindicati in questa situazione, ad esempio gli oppiacei?

Assolutamente. Sconsiglierei fortemente – e ricordiamolo, non sono i pazienti, sono i medici a prescriverli – di prendere farmaci che hanno un effetto narcotico, gli oppiacei in generale, quindi i farmaci della famiglia della codeina o della morfina. Non sono farmaci utili; anzi, spesso sono dannosi per il paziente con IBS e bisogna evitare assolutamente di usarli.

E per quanto riguarda le altre aree che forse alcuni considerano marginali o alternative, come l'ipnoterapia e la psicoterapia e così via? C'è della letteratura interessante a proposito.

C'è una letteratura di grande importanza su questo tema. Come abbiamo già detto più volte, il concetto che il cervello e l'intestino siano due cose separate è sbagliato, certamente almeno per quanto riguarda i pazienti con IBS. Ma queste non sono terapie alternative; almeno, se parliamo di terapia psicologica o ipnoterapia, non sono affatto alternative o marginali, sono terapie convenzionali. La difficoltà è che non sono ampiamente disponibili; sono spesso molto costose per i sistemi sanitari, ma la loro bassa disponibilità non le rende marginali. Il fatto è che per alcuni individui, di nuovo, sono assolutamente centrali per un miglioramento dei sintomi, e offrono la possibilità di affrontare più di un singolo sintomo principale. È questa la cosa interessante di queste terapie; ci sono molte prove a sostegno del loro utilizzo. Sono anche efficaci in termini di costi ma è difficile accedervi per alcuni di noi nei nostri sistemi sanitari.

Ma per una condizione che può essere cronica, come le vediamo inserite in quel contesto?

Quello che è emerso negli ultimi 20-30 anni di ricerca su queste forme di terapia è che si tratta di trovare la giusta combinazione tra terapeuta e paziente, avere una buona interazione. Se si inizia bene a quel livello, può dare risultati e benefici a lungo termine. I miglioramenti possono essere mantenuti nel lungo termine. A volte, i pazienti avranno bisogno di sedute di "ricarica", per così dire, ma è importante che una buona terapia presume un rapporto che consente al paziente di avere quel tipo di porte aperte per tornare quando serve. Puoi fare il tuo ciclo di trattamento ed è completo. L'ipnoterapia ha una base comprovata, come la terapia cognitivo-comportamentale. Queste sono le due terapie centrali, ma ci sono altre forme di intervento.

Un altro esempio di intervento in questo campo, il biofeedback, è forse meglio per persone con sintomi rettali e difficoltà a evacuare e cose del genere?

Le terapie che abbiamo citato oggi agiscono principalmente a livello del cervello, ma ci sono terapie che funzionano a livello locale, nell'area del pavimento pelvico. Per quei pazienti che hanno sintomi cosiddetti rettali, che ad esempio hanno evacuazioni insufficienti, non riescono a svuotarsi bene da soli, devono sforzarsi per andare in bagno, in quel caso dare al paziente la possibilità di imparare come usare i muscoli di quell'area, recuperare bene la sensazione a livello locale, per poter svuotarsi in modo più completo e soddisfacente, è una terapia di apprendimento che si può

fare con un terapeuta personale, con dispositivi semplicissimi, per aiutare il paziente a essere più consapevole di queste misteriose funzioni dell'intestino inferiore. Può essere una terapia molto efficace a lungo termine. Quindi essenzialmente si tratta di trovare la terapia più adatta per i sintomi del paziente.

Ma la limitazione di queste terapie, come la terapia cognitivo-comportamentale, l'ipnoterapia o il biofeedback, come diceva Anton, non è la loro efficacia, che è comprovata; è piuttosto la loro disponibilità.

Perché mi sembra chiaro che fare semplicemente un qualsiasi tipo di ipnosi non funziona; deve essere ipnoterapia mirata per l'intestino, fatta da un esperto.

Sì, certo, ma è una cosa che richiede più risorse e non è ampiamente disponibile.

Richiede un uso più intensivo delle risorse, è impegnativa per il paziente, e purtroppo non è ampiamente disponibile.

Allora torniamo alla farmacoterapia. Negli ultimi anni è emersa una nuova classe di farmaci molto promettenti, che potrebbero offrire più di un semplice intervento su un singolo sintomo, per affrontare alcuni dei sintomi globali che magari sono collegati non solo al dolore ma anche all'aspetto di ipersensibilità. Quindi quali sono le nuove terapie promettenti oggi in quest'area, Eamonn?

Beh, abbiamo già accennato a una serie di aspetti, i crampi o il problema della motilità, in particolare abbiamo evidenziato l'ipersensibilità. È stata fatta molta ricerca di ottima qualità su questi aspetti, e sono state identificate delle molecole che sembrano essere dei buoni recettori per farmaci che possono diminuire la sensibilità dell'intestino o migliorare o modificare la motilità intestinale. Sono stati sviluppati vari farmaci mirati a queste molecole specifiche che si pensa siano implicate nella sindrome dell'intestino irritabile. Alcuni hanno funzionato solo nella sindrome dell'intestino irritabile con diarrea, altre solo nella sindrome dell'intestino irritabile con stitichezza. Ma purtroppo molti di questi farmaci non hanno funzionato per i pazienti in clinica. Non hanno avuto risultati. E altri, purtroppo, sono stati ritirati perché hanno provocato effetti collaterali per il cuore o altre parti del corpo.

Ma ci sono buone notizie, ossia che ci sono alcune nuove classi di farmaci che sembrano davvero promettenti. E vorrei mettere in luce in particolare un gruppo che si chiama attivatori dei canali del cloro. Praticamente l'azione di questi farmaci è aumentare in modo molto delicato la

produzione di cloro, sodio e acqua nell'intestino, che vengono rilasciati nell'intestino e aiutano a lubrificare le feci.

Uno di questi farmaci attivatori dei canali del cloro, che si chiama linaclotide, sembra anche stimolare la motilità e, cosa molto interessante, ridurre il dolore intestinale o la sensibilità di cui Pali e Anton hanno parlato. E questo farmaco è stato introdotto di recente in vari Paesi europei, oltre che in Nord America.

Ma un aspetto molto importante di questa classe di farmaci, questi attivatori dei canali del cloro, è che agiscono solo nell'intestino. Non vengono assorbiti e non entrano in circolo, quindi sono ottimamente tollerati e non dobbiamo preoccuparci di effetti sul cuore, e cose simili, che sono stati un problema per alcuni altri farmaci precedenti, come dicevo. Vari studi hanno dimostrato che la linaclotide, presa una volta al giorno per un periodo fino a sei mesi, aiuta a ridurre i sintomi principali della sindrome dell'intestino irritabile oltre a dare sollievo generale e migliorare la qualità della vita del paziente, almeno per i pazienti con la sindrome dell'intestino irritabile con stitichezza. Non si può usare con tutti i pazienti con l'IBS perché funziona aumentando la frequenza delle evacuazioni e la consistenza delle feci rendendole più morbide. Ovviamente questo non va bene per i pazienti che hanno già la diarrea.

Grazie, Eamonn. I miei colleghi ci hanno dato una panoramica molto esauriente sull'IBS e su come si possono aiutare i pazienti a comprendere meglio il loro disturbo e comunicare meglio con il proprio medico. Ma una domanda importante che i pazienti fanno sempre è: "Che cosa mi succederà con il passare del tempo?" E il fatto è che circa due terzi delle persone con sintomi dell'IBS continueranno più o meno ad avere fluttuazioni ed episodi di dolore e fastidio addominale e irregolarità intestinali nel corso del tempo. E questo si può gestire molto bene, si può avere una buona qualità della vita se si cura lo stile di vita e l'alimentazione, nei modi che dicevamo oggi.

I farmaci appropriati, usati come abbiamo detto, sia nell'assistenza primaria che nel contesto specialistico, possono controllare i singoli sintomi e non devono per forza essere presi regolarmente a lungo termine, ma piuttosto in modo intermittente per alleviare i sintomi quando diventano difficili da gestire. C'è forse fino a un terzo di individui che migliorano in termini di sintomi nel corso del tempo, e una piccola parte di essi può anche migliorare e non avere più ricadute.

Ma il punto davvero importante da trasmettere con la nostra discussione di oggi è che l'IBS non porta al cancro e non è associato in nessun modo al cancro.

Abbiamo detto che il paziente deve accettare il disturbo, che è un vero disturbo. Abbiamo sottolineato che non si trasformerà in qualcos'altro. Il

messaggio importante che abbiamo sentito, in particolare da Pali Hungin, è che il paziente deve comprendere la sua condizione, e se continua a provare ansia al riguardo, partecipare a un gruppo di supporto può essere molto utile. Ci si può tenere regolarmente aggiornati consultando siti web affidabili e curare lo stile di vita e l'alimentazione per mantenere i cambiamenti che si sono fatti.

Tenersi in contatto con il medico è importante, e credo che anche i medici debbano visitare i pazienti regolarmente, magari una volta all'anno. Di nuovo, bisogna ripetere che il paziente deve tenere aggiornato il medico e informarlo dei cambiamenti che si possono verificare nei sintomi. Potrebbero indicare l'esigenza di ulteriori interventi di qualche tipo, se i sintomi sono peggiorati o diventati in qualche modo più preoccupanti. E ogni persona che presenta sintomi dell'IBS è diversa e l'approccio deve essere individualizzato.

La buona notizia in tutto questo è che non si è soli. La sindrome dell'intestino irritabile è presa sul serio dai medici, come abbiamo sentito oggi, e dai ricercatori. Ci sono molte nuove informazioni interessanti che ci arrivano da chi finanzia la ricerca, in particolare dall'industria farmaceutica e dal settore medico e sanitario.

Quindi ora sentiamo i commenti finale dei miei colleghi, iniziando con Pali Hungin.

Credo che l'IBS sia un disturbo importante sul quale i dottori, i medici di famiglia, devono essere preparati sulla gestione attuale e sugli sviluppi futuri. Penso che ci siano possibilità molto promettenti per il futuro.

Anton?

Secondo me, oggi abbiamo buone notizie sull'IBS. Non è una diagnosi scoraggiante, o almeno non deve essere scoraggiante per nessun medico. E la cosa positiva è che richiede un aspetto del nostro lavoro di medici e infermieri che ci piace di più: ci piace comunicare con i pazienti, conoscere meglio le loro vite. Ed è questa la cosa bella in tutto questo. Poi oggi abbiamo come alleato un armamentario sempre più fornito di farmaci e altre terapie disponibili. Quindi penso sia una diagnosi positiva e un messaggio terapeutico positivo che possiamo dare, piuttosto che pessimismo.

Eamonn?

Credo che la cosa interessante della sindrome dell'intestino irritabile sia proprio quella che hai appena detto, che viene presa sul serio. E per me, come medico che fa ricerca sulla sindrome dell'intestino irritabile, il fatto

che si stia facendo ricerca sulla sindrome dell'intestino irritabile è totalmente diverso da quando ho iniziato a lavorare nella gastroenterologia. Quindi ho grande ottimismo per il futuro della sindrome dell'intestino irritabile, e penso che pian piano stiamo identificando le cause della sindrome dell'intestino irritabile, e credo che alla fine avremo in effetti varie spiegazioni per questa sindrome. Quindi sono molto ottimista.

E su questa nota decisamente positiva ho il piacere di ringraziare i miei colleghi per conto di tutti voi. Abbiamo avuto un ottimo simposio e speriamo sinceramente che sia utile a tutti voi. Grazie della vostra attenzione.