

Disturbi addominali

La dizione “disturbi addominali” è volutamente vaga e comprende sintomi diversi, dal senso di malessere indefinito, al dolore addominale di ogni intensità e caratteristica, al senso di gonfiore e tensione, che ogni singolo paziente può calibrare da insignificante a intollerabile. Solitamente tale dizione è fusa e confusa con il termine ancora più generico, ma più *medicale*, di dispepsia oppure con l'altro, non meno generico, di sindrome dell'intestino irritabile (IBS).

L'obiettivo di questa flow-chart è di aiutare il medico pratico nella soluzione dei problemi clinici quotidiani, di fronte a situazioni cliniche che corrono il rischio di essere etichettate genericamente come dispepsia o IBS, ma che possono, e debbono, essere precisate dal punto di vista diagnostico e, conseguentemente, terapeutico.

Escludere neoplasie degli organi addominali è il primo obiettivo.

Aiuti importanti al raggiungimento di tale obiettivo ci vengono dall'anamnesi e dalla medicina basata sull'evidenza.

L'anamnesi e l'esame obiettivo ci consentono di capire se sono presenti sintomi di allarme e fattori di rischio, che ci indirizzano correttamente (calo ponderale > 10%; anemia, emorragia digestiva, inappetenza severa, masse addominali, versamento peritoneale; presenza di malattie infiammatorie croniche dell'intestino o IBD, poliposi familiare, familiarità per cancro, HNPCC, fumo, alcol, sovrappeso, dieta ricca in carni rosse e insaccati etc.).

L'epidemiologia ci guida e orienta sulla maggiore o minore possibilità di neoplasie in una data fascia di età o di sesso in una data area geografica. Sappiamo per esempio che in Italia, in assenza di sintomi di allarme, sotto l'età di 45 anni, il tumore gastrico è virtualmente inesistente e che negli uomini è più frequente che nelle donne (con un'incidenza standardizzata rispettivamente del 19/10⁵ e 8/10⁵, mentre in Piemonte è discretamente più bassa: 16/10⁵ e 6/10⁵, rispettivamente) ¹. Il cancro del colon retto nell'Italia settentrionale ha un'incidenza del 66,5/10⁵ (M: 70/10⁵; F:43/10⁵) e l'età più colpita è quella oltre i 50 anni ¹. Il cancro del pancreas ha un'incidenza nel nostro Paese del 9,2/10⁵, con un rapporto M:F = 1:1.

In presenza di sintomi di allarme è necessario procedere a esami anche invasivi (EGDscopia, Colonscopia, TAC, RM etc), onde porre diagnosi di sicurezza e trattamento idoneo.

Con questi dati in mente, tuttavia, *in assenza di sintomi di allarme*, si possono evitare, in una percentuale importante di casi, indagini invasive, socialmente e individualmente costose, e ottenere un inquadramento diagnostico e terapeutico corretto, con soddisfazione del paziente e del medico.

Con l'aiuto di un'attenta *anamnesi farmacologica* è inoltre possibile individuare ulteriori utili informazioni. Alcuni farmaci, infatti, come gli inibitori della pompa protonica (IPP), gli antibiotici, l'allopurinolo, gli psicofarmaci, gli inibitori selettivi del re-uptake

della serotonina (citalopram, fluoxetina, paroxetina ETC) possono indurre sintomi variabili, da sfumati a molto severi, dal gonfiore, al dolore addominale, alle alterazioni dell'alvo, prevalentemente di tipo diarroico, fino alla malnutrizione, con modificazioni importanti dell'ecoflora intestinale ^{2,3}. In particolare gli IPP possono causare sovraccrescita batterica dell'intestino tenue (SIBO) con un'incidenza del 50% dopo 1 anno e del 75% dopo 5 anni di trattamento continuo a dose piena (Figg. 1, 2) ².

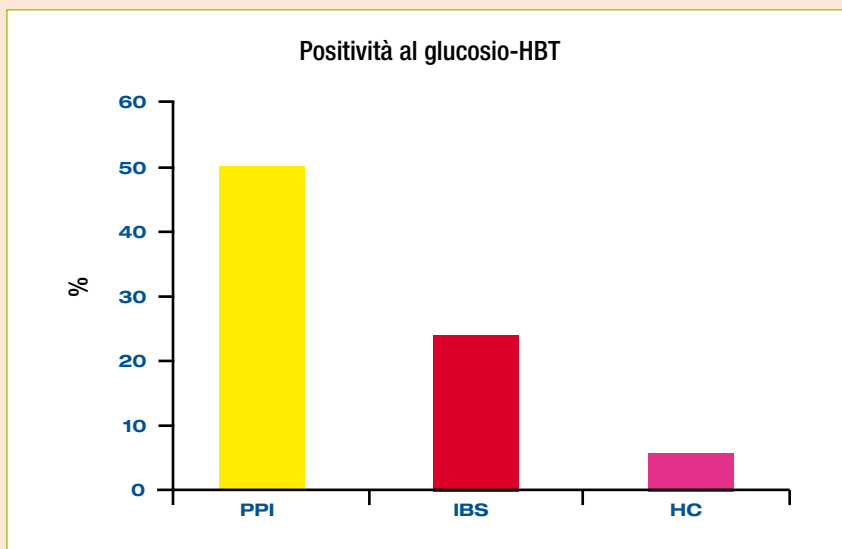
Pertanto, una volta escluse condizioni patologiche come la celiachia e l'intolleranza al lattosio (con un semplice esame del sangue, l'abtTG, e con il breath test al lattosio), percorsi mentalmente i passaggi logici della flow-chart sui disturbi addominali, considerando analiticamente e criticamente l'anamnesi farmacologica, il medico pratico si trova di fronte a una situazione clinica che possiamo definire “funzionale” e che spesso può essere inquadrata in un'alterazione della flora batterica intestinale e nella SIBO, in particolare.

Può essere utile, a questo punto, confermare la diagnosi con un Breath test che può essere al glucosio, al lattulosio o al lattosio. Il *breath test al glucosio* è indicato per la diagnosi di SIBO “alta”, cioè localizzata nel tratto digestivo alto (duodeno e digiuno).

Il *breath test al lattulosio* può essere utile nella diagnosi della SIBO “bassa”, cioè localizzata all'ileo, dove il glucosio, prontamente assorbibile, potrebbe

FIGURA 1.

Incidenza della SIBO nei pazienti trattati per 1 anno con inibitori della pompa protonica, a dose piena, (PPI) e rispettivamente nei pazienti con sindrome dell'intestino irritabile (IBS) e nei soggetti sani di controllo (HC) ².



non arrivare per essere metabolizzato dai batteri in eccesso eventualmente presenti nell'ileo, mentre il lattulosio vi giunge facilmente.

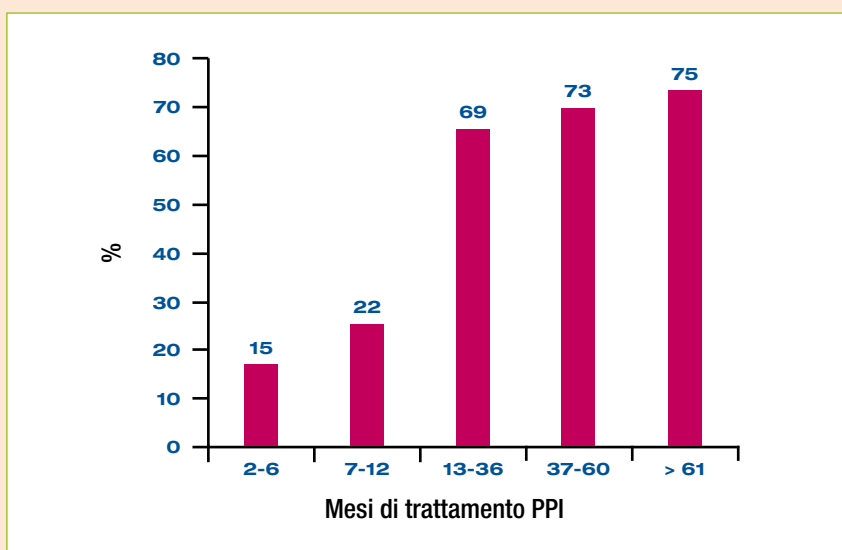
Il *breath test al lattosio*, disaccaride composto da glucosio e galattosio, oltre a darci una diagnosi di sicurezza di intolleranza al lattosio, consente di porre diagnosi di SIBO, nel caso di presenza di batteri in sovraccrescita nei tratti digestivi superiori, segnalando

do tale evenienza con un precoce picco di H₂O di CH₄ nell'espriato raccolto.

Ora è noto che la SIBO dà sintomi che si confondono con quelli della IBS. Viene valutato che, in realtà, l'IBS nasconde/simula una SIBO nel 20-40% dei casi, a seconda dell'area geografica e abitudini alimentari e farmacologiche della popolazione. Se si aggiungono i casi dei pazienti in trattamento con IPP per più di 1 anno, con un rischio

FIGURA 2.

Prevalenza della SIBO nei pazienti trattati con inibitori della pompa protonica in funzione della durata della terapia ².



di contrarre la SIBO superiore al 50%, si evince facilmente che la percentuale di pazienti che possono ricevere una diagnosi e un trattamento corretto, pensando a questa possibilità, è tutt'altro che trascurabile. Mentre per un'alterazione lieve, qualitativo/quantitativa, della flora batterica intestinale può essere sufficiente un trattamento standard con rifaximina (400 mg x 2/die per 1 settimana), seguito da un "condizionamento" con probiotici (bifidobatteri e/o lattobacilli, in particolare) per 1 settimana, per la SIBO la terapia deve essere più consistente e prolungata, se si vuole raggiungere un tasso di guarigione alto (> 90%). In quest'ultimo caso la posologia consolidata è di 400 mg x 3/die per 2 settimane, meglio se seguita da un periodo di trattamento con probiotici per 2 settimane.

In caso di recidiva della SIBO, prevedibile se persiste la causa, è possibile un ri-trattamento con rifaximina alla stessa posologia e durata. Altri antibiotici (ciprofloxacina, levofloxacina, metronidazolo etc.) possono essere considerati, da soli o in associazione con rifaximina, nei casi più difficili.

Gli antibiotici sistemici, tuttavia, possono avere un'incidenza di effetti collaterali superiore alla rifaximina, antibiotico ad azione topica, mirata, con una percentuale di assorbimento < 1%.

L'augurio e l'obiettivo di questa impostazione di lavoro sono che con elementari indagini anamnestiche e misure diagnostiche semplificate sia possibile raggiungere una qualificata condotta diagnostico-terapeutica, con soddisfazione del paziente e del medico e risparmio della spesa economica individuale e sociale, per riduzione degli esami invasivi e del ricorso ripetuto alle strutture mediche del territorio e specialistiche.

Bibliografia

- ¹ Incidence and mortality cancer trends of the Italian Network of cancer Registries (AIRTUM) 1998-2005. *Epidemiologia & Prevenzione* 2009;33:1926-50.
- ² Lombardo L, Foti M, Ruggia O, et al. *Increased incidence of small intestinal bacterial overgrowth during proton pump inhibitor therapy.* *Clin Gastroenterol & Hepatol* 2010;8:504-8.
- ³ Pilotto A, Franceschi M, Vitale D, et al. *For FIRI and SOFIA project. The prevalence of diarrhea and its association with drug use in elderly outpatients: a multicentre study.* *Am J Gastroenterol* 2008;103:2816-23.