

COLON IRRITABILE

Colon irritabile a colpo d'occhio

1. Definizione, fisiopatologia e sintomi

- 1.1. Definizione e fisiopatologia
- 1.2. Sintomi

2. Diagnostica

- 2.1. Diagnostica di base
- 2.2. Diagnostica estesa
- 2.3. Diagnostica per cause rare

3. Terapia

4. Note editoriali

Nel campo della sindrome del colon irritabile, negli ultimi anni non sono state introdotte significative innovazioni per la pratica, ad eccezione dei criteri diagnostici di Roma aggiornati (pagina 5).

Osservazioni preliminari: l'IBS è ancora un complesso di sintomi molto difficile da trattare, che non è ancora sufficientemente stato chiarito. Raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche sono pertanto soggette a determinati limiti.

Colon irritabile a colpo d'occhio

Sottotipi IBS	IBS-C: Stitichezza o costipazione IBS-D: diarrea IBS-A: con abitudini intestinali alternate IBS non classificato: pazienti che soddisfano i criteri diagnostici per IBS ma non rientrano nei gruppi sopramenzionati			
Diagnosi clinica	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Criteri di Roma-IV</td> </tr> <tr> <td> Dolore addominale ricorrente in media una volta alla settimana associato ad almeno uno dei seguenti fattori: -> associato a defecazione -> associato a un cambiamento dell'alvo -> associato a un cambiamento della consistenza delle feci </td> </tr> <tr> <td> Insorgenza dei sintomi più di sei mesi fa I criteri diagnostici devono essere soddisfatti per più di 3 mesi. </td> </tr> </table>	Criteri di Roma-IV	Dolore addominale ricorrente in media una volta alla settimana associato ad almeno uno dei seguenti fattori: -> associato a defecazione -> associato a un cambiamento dell'alvo -> associato a un cambiamento della consistenza delle feci	Insorgenza dei sintomi più di sei mesi fa I criteri diagnostici devono essere soddisfatti per più di 3 mesi.
Criteri di Roma-IV				
Dolore addominale ricorrente in media una volta alla settimana associato ad almeno uno dei seguenti fattori: -> associato a defecazione -> associato a un cambiamento dell'alvo -> associato a un cambiamento della consistenza delle feci				
Insorgenza dei sintomi più di sei mesi fa I criteri diagnostici devono essere soddisfatti per più di 3 mesi.				
Esami paraclinici	<ul style="list-style-type: none"> • A tutti: emogramma, VES, emogramma, PCR, parametri di malassorbimento (Vit B12, ferritina, acido folico), TSH, test serologici per la celiachia e IgA, ev. calprotectina fecale • Se diarrea: Ag nelle feci per Giardia lamblia, ev. elastasi pancreatica (da ricercare se abuso etilico, diabete mellito, sintomi di malassorbimento, steatorrea) La colonscopia se diarrea > 6 settimane • Se flatulenza: ricercare intolleranza lattosio (nessun test genetico!) • Eventualmente sonografia addominale • Se Red flags consulto specialistico • CAVE: nelle donne (anche giovani) pensare al <u>CA ovarico</u> o endometriosi e programmare una visita ginecologica 			
RED FLAGS -> ad consulto specialistico/panendoscopia	<ul style="list-style-type: none"> • Età > 50 anni • Anemia e in particolare se ferripriva • Sindrome infiammatoria • Disturbi di nuova insorgenza • Sintomi notturni • Calo ponderale inspiegabile • Sanguinamento rettale o melena • Dolore addominale progressivo • Storia familiare per carcinomi o malattie croniche infiammatorie intestinali • Disfagia 			

Presa a carico	<ul style="list-style-type: none">• Tranquillizzare!• Consigli nutrizionali:<ul style="list-style-type: none">• esclusione di alimenti che gonfiano (p.es: i legumi, le cipolle, l'aglio, il sedano, il cavolo, cavolfiori, cavoletti di Bruxelles, uva, banane, albicocche, prugne, brezel e bagel, pizza.• Dieta priva di lattosio se intolleranza dimostrata.• Ridurre alimenti con fibre e frutta.• Dieta FODMAP se persistenza dei dolori (ad nutrizionista)• Farmaci:<ul style="list-style-type: none">• IBS-D: loperamide, Phyllium (Metamucil) con poca acqua, colestiramina.• IBS-C: Soluzioni di polietilenglicole (Molaxole®, Movicol®, Transipeg®), Psyllium/Ispaghula (Metamucil®) (controverso). Se persistenza Linaclotide (Constella®), prucalopride (Resolor®)• Se gonfiore: antispasmodici, come Hyoscin (Buscopan®), Pinaverin (Dicetel®), Trimebutina (Debridat®), Mebeverin (Duspatalin retard®) e menta piperita (Colpermin®), Fitofarmaco STW-5 (Iberogast®), antidepressivi (SSRI, triciclici).
-----------------------	---

1. Definizione, fisiopatologia e sintomi 1-4

1.1. Definizione, fisiopatologia

Definizione

La sindrome del colon irritabile (in inglese Irritable Bowel Syndrome, IBS) è una patologia complessa, principalmente caratterizzata da dolore addominale cronico e abitudini intestinali alterate (stipsi, diarrea, alternanza) in assenza di una causa identificata. La diagnosi di colon irritabile (in seguito **IBS**) si effettua grazie a criteri diagnostici basati su determinati sintomi (criteri di Roma IV) e ad una valutazione attenta in modo da escludere potenziali malattie organiche sottogiacenti.

Epidemiologia

- La IBS non mostra un quadro patologico dai contorni ben definiti e l'effettiva prevalenza resta incerta. Oscilla tra il 2,5% e il 25 %, a seconda dei criteri che definiscono il quadro patologico. Colpisce maggiormente le donne e si manifesta in tutte le classi d'età, ma incorre soprattutto in persone di età compresa tra i 35 e i 50 anni.
-

Eziologia / fisiopatologia

⇒ L'IBS è probabilmente la conseguenza di un'interazione tra una serie di fattori:

- Ipersensibilità viscerale e percezione del dolore viscerale via nervi afferenti viscerali.
- Attivazione del sistema immunitario della mucosa intestinale e alterazioni in determinate cellule (linfociti e derivati, mastociti e citochine proinfiammatorie).

- L'insorgenza in seguito ad un'infezione intestinale acuta è incerta sebbene siano state proposte diverse teorie (malassorbimento, aumento delle cellule enteroendocrine/serotonina e uso di antibiotici).
- Microbiota (flora intestinale), alterata disfunzione della barriera intestinale, aumento della permeabilità intestinale. I dati emergenti suggeriscono che il microbiota fecale negli individui con IBS differisce dai controlli sani e varia con il sintomo predominante.
- Suscettibilità genetica e fattori epigenetici (prevalenza familiare). Le associazioni tra geni specifici e IBS sono in fase di studio.
- Il ruolo del cibo non è definito. Le ricerche sono incentrate sullo sviluppo di anticorpi specifici per alimenti, malassorbimento di carboidrati e sensibilità al glutine.
- I fattori psicosociali possono influenzare i sintomi.

1.2. Sintomi

Sintomi cardinali

- Disturbi cronici ricorrenti con dolori diffusi, gonfiori e crampi addominali, che si verificano periodicamente e sono di varia intensità.
- Consistenza diversa e mutevole delle feci (dalla diarrea alla costipazione).
- Defecazioni imperative e ripetitive.
- La defecazione porta sollievo, con l'assunzione di cibo o a causa di eventi stressanti i sintomi aumentano.
- Lunga anamnesi di sintomi simili.
- Ev. insorgenza dei sintomi dopo un'infezione.

Sintomi / malattie associate alla sindrome del colon irritabile

- fibromialgia, sindrome da affaticamento cronico (noto anche come malattia da intolleranza allo sforzo sistemico), malattia da reflusso gastroesofageo, dispepsia funzionale, dolore toracico non cardiaco, cefalea/emicrania, minzione alterata, disturbi psichiatrici tra cui depressione maggiore, ansia e somatizzazione.

Criteri diagnostici

Criteri diagnostici proposti nei **criteri di Roma-IV** (29) (elencati nella Tabella 1). Tuttavia non sono sufficientemente validati. I sintomi di allarme non sono menzionati e non è richiesta l'esclusione delle diagnosi differenziali correlate ai sintomi. Una definizione dei livelli di gravità non è disponibile. Esistono anche altri criteri che ancora oggi si possono trovare in studi clinici (Manning, Kruis).

A seconda delle abitudini intestinali (defecazione), si suddividono diversi sottotipi IBS:

Stitichezza o costipazione (**IBS-C**), diarrea (**IBD-D**) e con abitudini intestinali alternate (**IBS-A**). Esiste anche il sottotipo **IBS non classificato** (pazienti che soddisfano i criteri diagnostici per IBS, ma non possono essere accuratamente classificati in uno degli altri tre sottotipi).

Tabella 1: criteri di Roma-IV per la diagnosi di IBS	
Sintomi	Dolore addominale ricorrente in media una volta alla settimana associato ad almeno uno dei seguenti fattori: -> associato a defecazione -> associato a un cambiamento dell'alvo -> associato a un cambiamento della consistenza delle feci
Durata	Insorgenza dei sintomi più di sei mesi fa I criteri diagnostici devono essere soddisfatti per più di 3 mesi.

Segnali di allarme (bandiere rosse):

- Età > 50 anni
- Anemia e in particolare se ferripriva, sindrome infiammatoria
- Disturbi di nuova insorgenza
- Sintomi notturni
- Calo ponderale inspiegabile
- Sanguinamento rettale o melena
- Dolore addominale progressivo
- Storia familiare per carcinomi o malattie croniche infiammatorie intestinali
- Disfagia

Diagnosi differenziali

La diagnosi differenziale della IBS è ampia. Nei pazienti con diarrea predominante, si considerano altre cause frequenti di diarrea cronica tra cui celiachia, colite microscopica, crescita eccessiva batterica intestinale e malattia cronica infiammatoria intestinale. La costipazione può essere secondaria ad una malattia organica (tra cui tumori, diverticolosi), defecazione ostruita, ma anche associata ad una patologia sistemica come ad esempio la disfunzione della tiroide oppure come effetto collaterale di un determinato medicamento. Alcune diagnosi richiedono ulteriori test diagnostici e devono essere eseguiti solo in pazienti selezionati con sintomi di allarme.

2. Diagnostica

2.1. Diagnostica di base

- L'anamnesi accurata e l'esame clinico consentono di solito di confermare il sospetto di sindrome del colon irritabile:
 - Sintomi tipici, esclusione di segnali d'allarme (**bandiere rosse, vedi sopra**)
- Laboratorio di base: emogramma completo (p.es anemia, trombocitosi, eosinofilia), PCR, parametri di malassorbimento (Vit B12, ferritina, acido folico), TSH, test serologici per la celiachia e IgA totali (nella IBS la prevalenza della celiachia è 4 volte superiore rispetto a soggetti sani) (27).

- Calprotectina fecale (DD patologie infiammatorie) (16). In una meta-analisi, pazienti con sintomi di IBS in assenza di PCR e calprotectina di $\leq 40\mu\text{g} / \text{g}$, avevano una probabilità $\leq 1\%$ di avere una malattia cronica infiammatoria intestinale.
- Ecografia addominale (generalmente non alla prima valutazione). Vantaggi: esame facile, scevro di complicanze, non costoso, valore diagnostico nei pazienti giovani e magri (in particolare anche l'ecografia intestinale, come per esempio nella ileite terminale). Altri vantaggi: per i pazienti preoccupati, un esame strumentale può aiutare a tranquillizzare il paziente.

Nota:

- Gli "ecogrammi intestinali" e i test come "IBS-Check" (test alla vinculina) NON sono basati sull'evidenza e sono inutili.
- I test IgG 4 NON sono raccomandati per chiarire le intolleranze alimentari (Una panoramica delle procedure diagnostiche non dimostrate scientificamente è disponibile negli articoli [28, 29]).

⇒ I pazienti di età <50 anni, se l'indagine di base non ha mostrato alcuna evidenza di un'altra malattia, devono ricevere inizialmente un trattamento orientato ai sintomi (vedere paragrafo 3) e una consulenza adeguata. Controllo: dopo 4 settimane.

2.2. Diagnostica estesa

- Nei pazienti con insorgenza dei sintomi > 50 anni -> colonscopia obbligatoria
- Nei pazienti con **segnali d'allarme** (vedi sopra) -> consulenza gastroenterologica
- Nei pazienti che, dopo 4 settimane di trattamento probatorio, continuano ad avere disturbi o il miglioramento non è soddisfacente.

Quali chiarimenti sono da prendere in considerazione?

Se diarrea:

- Determinare Ag nelle feci per Giardia lamblia
- elastasi pancreatica -> nel 6% circa dei pazienti con IBS con diarrea predominante potrebbe essere presente un'insufficienza pancreatica esocrina (28). Da raccomandare solo per alcuni pazienti, che presentano abuso etilico, diabete mellito, sintomi di malassorbimento, steatorrea.
- La colonscopia se diarrea > 6 settimane
- TSH (stipsi nell'ipotiroidismo, diarrea nell'ipertiroidismo (raro!)).

Se flatulenza

- Tentativo di sblocco con la dieta (senza latte e derivati per 1-2 settimane), quindi test di provocazione (2-5 dl di latte a temperatura ambiente e miglioramento dei sintomi con Lactigest ®) -> DD per intolleranza al lattosio
Vantaggi: facile ed economico da eseguire
Svantaggi: bassa sensibilità (negli studi tra il 20 e l'80%), grande effetto placebo, il lattosio può causare anche disagio come FODMAP, senza che sia presente un'intolleranza al lattosio.
- Ev. in alternativa test respiratorio lattosio-H₂. Nessun test genetico, poiché quest'ultimo indica solo una predisposizione all'intolleranza primaria al lattosio.

Se stitichezza

- uso di medicinali (fino 15% dei farmaci può causare costipazione), diabete mellito con coinvolgimento organi bersaglio, malattia neurologica (sclerodermia, malattia di Parkinson)

Se dolori

- Gastrosocopia se presenza di disturbi addominali superiori concomitanti e familiarità per carcinoma

- Ev. TC addome

Inoltre

- Nelle donne (anche giovani) pensare al CA ovarico (i sintomi del colon irritabile possono essere i primi sintomi) e programmare una visita ginecologica
- Endometriosi (donne con dismenorrea, dispareunia e desiderio di maternità insoddisfatto)
- Eemicrania addominale (spasmi)

Nota: Le indagini non dovrebbero essere ripetute se i disturbi sono sempre gli stessi. Le cose cambiano quando la sintomatologia si modifica.

2.3. Diagnostica per cause rare (alcuni esempi)

- Se si sospetta un angioedema (ereditario) -> determinare l'inibitore del C1-esterasi nel siero. I pazienti, oltre al dolore gastrointestinale, hanno altri sintomi, in particolare gonfiore della pelle o problemi respiratori; alla TC o all'ecografia ispessimento delle anse intestinali
- Anemia falciforme (soprattutto pazienti provenienti da aree malariche in Asia e Africa)
- SIBO (sindrome da contaminazione batterica del tenue) -> diagnosi da uno specialista (30)

3. Terapia (1-5, 25)

Consulenza generale al paziente

- Costruire una relazione medico-paziente stabile e la continuità delle cure sono fondamentali
- Tranquillizzare il paziente e spiegare l'innocuità della IBS*
- I pazienti devono anche essere informati che si tratta di una malattia cronica
- Spiegare le connessioni tra tensione, stress e sistema nervoso autonomo
- Discutere il piano terapeutico e formulare aspettative realistiche di successo con limiti coerenti
- Consigliare maggiore esercizio fisico dal momento che aiuta ad alleviare il disagio (17)
- Regolare l'alvo con l'assunzione di fibre e agenti gonfianti
- Reimpostare la dieta può essere utile (vedi sotto)

* **Nota:** fino al 16 % dei pazienti con iniziale diagnosi di IBS, nei seguenti 5 anni la diagnosi cambia in malattia infiammatoria cronica intestinale (8). Una prima forma o una versione leggera di tale malattia può manifestare gli stessi sintomi della sindrome dell'intestino irritabile (anche con normale laboratorio e calprotectina). **In presenza di un cambiamento o aggravamento dei sintomi, la diagnosi deve quindi essere messa in discussione -> ev indagini supplementari (p. es calprotectina, laboratorio di base).**

Consigli nutrizionali

- I pazienti con IBS possono beneficiare dall' esclusione di alimenti che gonfiano/producono gas, come ad esempio i legumi (piselli, fagioli, lenticchie), le cipolle, l'aglio, il sedano, il cavolo (cavolfiori, cavoletti di Bruxelles) e uva, banane, albicocche, prugne, brezel e bagel, spezie e pizza.
- Per i pazienti con IBS e intolleranza al lattosio è auspicabile che mantengano una dieta priva o quantomeno povera di lattosio
- Gli alimenti contenenti fibre e la frutta possono essere problematici perché portano alla formazione di gas. In forma liquida tuttavia (vedi sotto), possono essere utili

- La dieta FODMAP* può essere proposta in pazienti che continuano ad avere dolorose flatulenze nonostante l'omissione di alimenti che formano gas (sotto controllo di un dietista specializzata) (10,11, 26, 27)

* FODMAP (fermentabili oligo-, di- e monosaccaridi e polioli) = un gruppo di carboidrati meno digeribili, ossia: fruttosio (monosaccaride), lattosio (disaccaride), fruttani e galatto-oligosaccaridi (oligosaccaridi), sorbitolo e mannitolo (polioli). [Fruttani, lattosio, fruttosio, sorbitolo, mannitolo, xilitolo: possibile approccio. L'eliminazione di FODMAP per circa 2 settimane quindi in assenza di sintomi o miglioramento ripresa graduale dei singoli alimenti per testare la soglia di tolleranza.] Le informazioni per i pazienti sono disponibili [qui](#).

Farmaci

Le possibilità di un trattamento farmacologico sono limitate, una prova convincente tramite studi scientifici randomizzati e controllati non è disponibile per la maggior parte dei preparati. Per questo motivo, i **cambiamenti nella dieta** e il miglioramento dello stile di vita sono spesso sensati. Tuttavia, sono disponibili anche vari farmaci per la terapia iniziale in pazienti con IBS da lieve a moderata:

Se diarrea:

- **Loperamide** al bisogno, circa 45 minuti prima del pasto. In alcuni pazienti potrebbe aumentare il disagio addominale durante la notte. Loperamide è l'unico farmaco antidiarroico testato scientificamente nei pazienti con IBS (5). Dosaggio: 1/4-1/2 comp di Imodium linguale® circa 45 minuti prima del pasto
- Ev. probatoriamente **psyllium/ispaghula** (Metamucil®) in minidosi e preso con poco liquido!
- Sequestranti degli acidi biliari, ad es. **Colestiramina**. Il loro uso è limitato dagli effetti collaterali gastrointestinali associati tra cui gonfiore, flatulenza, fastidio addominale e costipazione. La logica per l'uso dei sequestranti degli acidi biliari nei pazienti con IBS-D è che fino al 50% dei pazienti con diarrea funzionale e IBS-D ha un malassorbimento di acido biliare.

Se costipazione:

- Soluzioni di **polietilenglicole** (PEG) come lassativo di tipo osmotico (Molaxole®, Movicol®, Transipeg®). Dosaggio: una bustina da 1 a 4 volte al giorno
- **Psyllium/ispaghula** (Metamucil®), controverso in termini di efficacia (12), ma può essere utilizzato sperimentalmente. La dose va aumentata lentamente!
- **Linacotide** (Constella®) stimola la secrezione e il transito del fluido intestinale. L'utilizzo è limitato ai pazienti con costipazione persistente nonostante il trattamento con PEG o altro (14). Il significato clinico dei risultati degli studi è messo tuttavia in discussione (15). Effetti collaterali: nel 15% dei casi con diarrea! Dosaggio: una capsula di Linacotide (290 µg) 1 volta al giorno almeno 30 minuti prima di mangiare.
- L'agonista del recettore della serotonina **prucalopride** (Resolor®) aumenta la motilità del colon e viene anche usato come procinetico. Da un recente studio è emerso che il farmaco non sarebbe meglio delle soluzioni PEG (16), tranne che sul sintomo della flatulenza.

Se gonfiore / dolore:

- **Antispasmodici**, come Hyoscin (Buscopan®), Pinaverin (Dicetel®), Trimebutina (Debridat®), Mebeverin (Duspatalin retard®) e menta piperita (Colpermin®) (17). Valutazione: devono essere somministrati secondo necessità e/o in previsione di fattori di stress con effetti esacerbanti noti. Forniscono sollievo a breve termine nei sintomi del dolore addominale, ma la loro efficacia a lungo termine non è stata stabilita.
- Fitofarmaco **STW-5** (Iberogast®). Dosaggio: 3 x 20 gocce al giorno. Rivalutazione dopo 2 mesi. Valutazione: efficacia dimostrata, in particolare per il gonfiore, ma l'effetto non è immediato (18)
- **Antidepressivi** (SSRI, triciclici). Dosaggio: "Start low, go slow", selezionare la dose più bassa possibile, se necessario aumentare la dose dopo circa 4 settimane. Valutazione: efficacia contro il

dolore (3), ma a causa degli effetti collaterali solitamente sono somministrati solo se presente un quadro depressivo concomitante: triciclici indicati in caso di diarrea. Rispetto ai triciclici, c'è meno esperienza pubblicata con altri antidepressivi come ad esempio gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) o inibitori del reuptake della norepinefrina serotonina (SNRI) e i risultati dei pochi studi pubblicati (principalmente con SSRI) sono stati incoerenti.

- **Probiotici:** nel complesso, al momento nessuna prova convincente dell'efficacia, soprattutto a causa delle carenze metodologiche di molti studi. Sebbene siano stati associati a un miglioramento dei sintomi, l'entità del beneficio e le specie rispettivamente il ceppo più efficaci sono incerti.
- **Antibiotici:** dato il modesto beneficio e i dati limitati degli studi sulla rifaximina, si suggerisce di non usarlo regolarmente. Terapia da riservare in casi di IBS da moderata a grave senza costipazione, in particolare "non responder" ad altre terapie, si consiglia un ciclo di rifaximina di due settimane (attenzione in CH Xifaxan 550mg non viene riconosciuto dalle CM con questa indicazione).

Altre procedure

- **Biofeedback** (22) può essere utilizzato nella defecazione disfunzionale (contrazione erronea dei muscoli del pavimento pelvico e dello sfintere anale).
- **L'agopuntura** ha un buon effetto placebo, l'agopuntura vera non è migliore dell'agopuntura fittizia (inserimento degli aghi in posizioni casuali) (23).
- **Procedure psicoterapiche come l'ipnosi clinica e la terapia corporea comportamentale:** spesso, dopo solo alcune sedute, è possibile ottenere un miglioramento duraturo dei sintomi della IBS. La premessa è che il paziente abbia una certa apertura mentale verso queste terapie.

4. Note editoriali

1. Ong DK, et al.: Manipulation of dietary short chain carbohydrates alters the pattern of gas production and genesis of symptoms in irritable bowel syndrome. J Gastroenterol Hepatol. 2010;25(8):1366.
2. Austin GL, et al.: A very low-carbohydrate diet improves symptoms and quality of life in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome Clin Gastroenterol Hepatol. 2009;7(6):706.
3. Rupert L, et al.: Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2011
4. Drossmann DA, et al.: Clinical trial: lubiprostone in patients with constipation-associated irritable bowel syndrome--results of two randomized, placebo-controlled studies. Aliment Pharmacol Ther. 2009;29(3):329.
5. Rao S, et al.: A 12-week, randomized, controlled trial with a 4-week randomized withdrawal period to evaluate the efficacy and safety of linaclotide in irritable bowel syndrome with constipation. Am J Gastroenterol. 2012;107(11):1714.
6. Linaclotid bei Reizdarmsyndrom mit Obstipation. arznei-telegram 2013; 44: 59-60.
7. Cinca R, et al.: Randomised clinical trial: macrogol/PEG 3350+electrolytes versus prucalopride in the treatment of chronic constipation -- a comparison in a controlled environment. Aliment Pharmacol Ther. 2013 May;37(9):876-86.
8. Ruedert L, Quartero AO, de Wit NJ et al.: Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (8): CD003460
9. Madisch A, Holtmann G, Plewin K et al. Treatment of irritable bowel syndrome with herbal preparations: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled, multi-centre Wald A: Clinical manifestations and diagnosis of irritable bowel syndrome in adults. [UpToDate 10/2019](#)
10. Schaub N und Schaub N: Reizdarmsyndrom: Einblicke und Ausblicke 2012. Schweiz Med Forum 2012; 12 (25): 505-513.
11. Leyer P, Andresen V, Pehl H et al. S3 Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs und

- Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). *Gastroenterol* 2011; 49: 237-293.
12. Geyer M: Ein praxisorientiertes Update zum Reizdarmsyndrom. *Der informierte Arzt* 2014; 2:17-23.
 13. American College of Gastroenterology IBS Task Force. An Evidence-Based Position Statement on the Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:S1.
 14. Ford AC, et al.: Yield of diagnostic tests for celiac disease in individuals with symptoms suggestive of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2009;169(7):651.
 15. Schoepfer AM, et al.: IBD from IBS: comparison of the test performance of fecal markers, blood leukocytes, CRP, and IBD antibodies. *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14(1):32.
 16. Garcia Rodriguez LA, Ruigomez A, Wallander MA et al.: Detection of colorectal tumor and inflammatory bowel disease during follow-up of patients with initial diagnosis of irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 2000 ;35 :306-11.
 17. Johannesson E, et al.: Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2011;106(5):915.
 18. Mahony L, Mc Carthy J, Kelly P et al.: Lactobacillus and bifidobacterium in irritable bowel syndrome: symptom response and relationship to cytokine profiles. *Gastroenterology* 2005; 128: 541-51. Wharwell PJ,
 19. al.: A Diet Low in FODMAPs Reduces Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology* 2014;146 (1):67-75.
 20. Wilhelmi M, Dolder M, Tutuian R.: Altringer L, Morel J et al. Efficacy of an encapsulated probiotic Bifidobacterium infantis 35624 in women with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1581-90.
 21. Brenner DM, et al.: The utility of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2009;104(4):1033.
 22. Rao SS, et al.: Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5(3):331.
 23. Manheimer E, Cheng K, et al.: Acupuncture for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD005111.
 24. Wald A.: Treatment of irritable bowel syndrome in adults. *UpToDate* 5/2019
 25. Leeds JS, et al.: Some patients with irritable bowel syndrome may have exocrine pancreatic insufficiency. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8(5):433-38.
 26. Halmos EP, et FODMAP – eine häufige Ursache unklarer abdomineller Beschwerden. Neue Evidenz für die Wirksamkeit einer FODMAP-reduzierten Diät bei Reizdarmsyndrom. *Schweiz Med Forum* 2014;14(48):909–914.
 27. Lacy BE, Patel NK: Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Med.* 2017 Oct 26;6(11).
 28. Wüthrich B: „Unproven“ Tests bei Nahrungsmittelintoleranzen (Teil 1). *Der informierte Arzt* 2014; 2:33-36.
 29. Wüthrich B: „Unproven“ Tests bei Nahrungsmittelintoleranzen (Teil 2). *Der informierte Arzt* 2014; 3:39-42.
 30. Wilhelmi M, et al.: SIBO: «small intestinal bacterial overgrowth». Die Antwort auf therapierefraktäre Bauchbeschwerden? *Schweiz Med Forum* 2018;18(09):191-200.

CONTATTI

Questa linea guida è stata redatta sulla base delle linee guida dell'associazione delle reti di medici mediX Svizzera, di volta in volta aggiornate e riviste da mediXticino.

Ultimo aggiornamento: maggio 2020.

© linee guida mediXticino (di FAMedNET SA)

Editore:

Dr.ssa med. Greta Giardelli

Redazione (responsabile):

Dr.ssa med. Elena Intzes

Autori:

Dr.ssa med. Elena Intzes

Dr.ssa med. Greta Giardelli

Dr.ssa med. Cristiana Quattropani

PD. Dr. med. Christian Garzoni

Consulenza specialistica

Dr.ssa med. Cristiana Quattropani

Questa linea guida è stata creata con finalità scientifiche e in modo indipendente dai medici della rete, in particolare senza influenze esterne di terzi appartenenti a gruppi finanziari, assicurativi, industriali o altri di interesse economico.

Le Linee guida mediXticino contengono raccomandazioni terapeutiche per specifiche situazioni di trattamento. Ogni paziente, tuttavia, deve essere trattato in base alle sue circostanze individuali valutate personalmente dal medico curante, che è l'unico responsabile a riguardo.

Le linee guida mediXticino sono sviluppate e verificate con impegno e cura a titolo divulgativo e di formazione interna; la società FAMedNET SA, che gestisce mediXticino, declina del resto ogni responsabilità per correttezza ed esaustività.

Tutte le linee guida di mediXticino sono consultabili **su Internet all'indirizzo** www.medix-ticino.ch

Si prega di inviare feedback a: segretariato@medix-ticino.ch