

PROTOCOLLO

GONFIORE, DISTENSIONE E CRAMPI ADDOMINALI

A cura del:

Centro Studi Società Italiana di Farmacia Clinica (SIFAC)

Revisori

Loris Lopetuso

Medico Specialista in Gastroenterologia
Centro Malattie Apparato Digerente (CEMAD)
Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS, Roma

Luca Piretta

Medico specialista in Gastroenterologia e Scienze della Nutrizione Umana
Medico di Medicina Generale
Università Campus Bio-Medico, Roma

Francesco Carlo Gamaleri

Farmacista di comunità
Medico Chirurgo – Specialista in Pediatria Preventiva e Puericultura*

*(Esercizio esclusivo della professione medica dal 1991 al 2001;
esercizio esclusivo della professione di farmacista dal 2002)



Aggiornato a marzo 2026

La medicina è una scienza in perenne divenire. Nelle nozioni espone in questo protocollo riflette lo “stato dell’arte”, come poteva essere delineato al momento della stesura in base ai dati desumibili dalla letteratura internazionale più autorevole. È soprattutto in materia di terapia che si determinano i mutamenti più rapidi: sia per l’avvento di farmaci e di procedimenti nuovi, sia per il modificarsi, in rapporto alle esperienze maturate, degli orientamenti sulle circostanze e sulle modalità d’impiego di quelli già in uso da tempo. Gli Autori, Società Scientifica e quanti altri hanno avuto una qualche parte nella stesura o nella pubblicazione del volume non possono essere ritenuti in ogni caso responsabili degli errori concettuali dipendenti dall’evolversi del pensiero clinico; e neppure di quelli materiali di stampa in cui possano essere incorsi, nonostante tutto l’impegno dedicato a evitarli. Il lettore che si appresti ad applicare qualcuna delle nozioni terapeutiche riportate deve dunque verificarne sempre l’attualità e l’esattezza, ricorrendo a fonti competenti e controllando direttamente sul riassunto delle caratteristiche del prodotto allegato ai singoli farmaci tutte le informazioni relative alle indicazioni cliniche, alle controindicazioni, agli effetti collaterali e specialmente alla posologia.



INDICE

1. CRAMPI ADDOMINALI, DISTENSIONE E GONFIORE	4
2. INQUADRAMENTO CLINICO-DIFFERENZIALE	6
2.1 Red flag	6
2.1 Inquadramento clinico-differenziale specifico	7
3. GESTIONE DEL PROBLEMA	8
3.1 Intervento educativo	8
3.2 Intervento terapeutico	9
3.2.1 Antispastici	9
3.2.2 Analgesici	9
3.2.3 Altre opzioni terapeutiche	9
BIBLIOGRAFIA	12



1. CRAMPI ADDOMINALI, DISTENSIONE E GONFIORE

Il gonfiore (*bloating*) e la distensione (*distension*) addominale rientrano tra i disturbi gastrointestinali più comuni nella popolazione generale. È stato stimato che la prevalenza potrebbe raggiungere il 18% ⁽¹⁾ con una maggiore incidenza nel sesso femminile e nella fascia di età adulta, in particolare tra i 40 e i 60 anni ⁽²⁾.

La prevalenza del dolore addominale crampiforme è più difficile da definire e può variare ampiamente. Le stime oscillano da circa il 10% ad oltre il 40% della popolazione adulta, a seconda delle definizioni utilizzate e dei contesti geografici considerati ⁽³⁾. Anche in questo caso il dolore addominale crampiforme è più comune nel sesso femminile e tende a manifestarsi prevalentemente in età adulta ⁽⁴⁾.

I segni e sintomi descritti dai soggetti che soffrono di queste condizioni possono presentarsi soli oppure in associazione ad altri disturbi gastrointestinali. Sebbene spesso di intensità lieve/moderata, l'impatto sulla qualità di vita può essere significativo: molti pazienti riferiscono variazioni con le normali attività quotidiane o lavorative e alterazione del benessere psicofisico.

Secondo la recente consensus Europea di ESNM/UEG ⁽⁵⁾, il *gonfiore* è definito come una sensazione soggettiva di pienezza, tensione o accumulo di gas a livello addominale. I pazienti lo descrivono come un disturbo fastidioso o talvolta doloroso, con intensità variabile, che tende a fluttuare nel corso della giornata e peggiorare dopo i pasti. La *distensione addominale* rappresenta invece un segno obiettivo caratterizzato da un aumento visibile e misurabile della circonferenza addominale. Gonfiore e distensione possono coesistere, ma non sono necessariamente presenti contemporaneamente. Questi segni e sintomi rientrano frequentemente nei disturbi correlati all'alterazione dell'asse intestino-cervello (Disorders of Gut-Brain Interaction, DGBI), ma possono essere espressione anche di malattie organiche (*Tabella 1*).

Cause organiche	Disturbi funzionali gastrointestinali
Infezioni gastrointestinali	Gonfiore addominale funzionale (FB)
Malassorbimento (celiachia, insufficienza pancreatica esocrina o IPE, malattie infiammatorie croniche intestinali o MICI, sovracrescita batterica o micotica intestinale SIBO/SIFO, linfomi)	Dispepsia funzionale (FD)
Ischemia intestinale acuta o subacuta	Sindrome dell'intestino irritabile (SII o IBS)
Occlusioni intestinali subacute	Stipsi cronica
Neoplasie (sintomo precoce nel carcinoma ovarico)	Sensibilità al glutine non celiaca (NCGS)
Ipertensione portale con ascite	
Neuropatie viscerali primitive o secondarie	
Aumento del grasso addominale	

Tabella 1: Condizioni cliniche associate a gonfiore addominale

Il paziente che si rivolge al farmacista può riferire: sensazione di gonfiore o "addome teso", dolore o fastidio addominale ricorrente, disturbi che peggiorano dopo i pasti e che possono essere associati ad alterazioni dell'alvo (quali stitichezza, diarrea o irregolarità intestinale); la sintomatologia



descritta si riduce dopo la defecazione o l'eliminazione di gas. Secondo la definizione proposta da Müller-Lissner *et al.* ⁽³⁾ i "crampi addominali funzionali" (Functional Abdominal Cramping Pain, FACP) sono caratterizzati da un dolore crampiforme, ad insorgenza improvvisa, ricorrente, generalmente di intensità lieve o moderata, che può localizzarsi in qualsiasi quadrante dell'addome. La durata degli episodi dolorosi è variabile, da pochi secondi fino a diverse ore. Elemento chiave per l'inquadramento "funzionale" della condizione è l'assenza di segni o sintomi di allarme suggestivi di patologia organica, nonché la mancanza di una chiara associazione con alterazioni dell'alvo, che potrebbero orientare verso una sindrome da intestino irritabile (BOX 1); inoltre, i sintomi riferiti dal paziente non interferiscono in modo significativo con le sue normali attività quotidiane, caratteristica che può aiutare il farmacista nella valutazione e nella gestione appropriata del disturbo.

BOX 1: Pillola Sindrome Intestino Irritabile

La sindrome dell'intestino irritabile (*Irritable Bowel Syndrome, IBS*) è un disturbo funzionale dell'apparato gastrointestinale caratterizzato da dolore addominale ricorrente associato alla defecazione e/o a una modifica delle abituali caratteristiche dell'alvo. Molto frequentemente i soggetti possono presentare sintomi associati quali gonfiore/distensione addominale. La diagnosi di IBS è di esclusione e viene posta solo dopo una valutazione clinica medica finalizzata a escludere patologie organiche responsabili del dolore addominale.

Secondo i criteri di Roma IV ⁽⁶⁾, per poter diagnosticare l'IBS il soggetto deve riferire presenza di dolore addominale ricorrente, in media almeno un giorno alla settimana negli ultimi 3 mesi, con esordio dei sintomi almeno 6 mesi prima della diagnosi, associato ad almeno due dei seguenti elementi:

1. relazione con la defecazione;
2. associazione a una variazione della frequenza delle evacuazioni;
3. associazione a una variazione dell'aspetto delle feci.

La sindrome si caratterizza dunque per cronicità e frequenza dei sintomi in assenza di anomalie anatomiche o fisiologiche evidenziabili.

Nella pratica quotidiana il soggetto che afferisce alla farmacia con questo disturbo potrebbe riferire dolore addominale crampiforme, intermittente con una localizzazione variabile, normalmente di durata limitata nel tempo, in assenza di sintomi sistemici ed una possibile relazione causale con fattori quali ad esempio lo stress ed il consumo dei pasti o di specifici alimenti. Il soggetto potrebbe eventualmente riferire una ricorrenza del problema.

Da un punto di vista fisiopatologico il gonfiore e la distensione addominale non sono generalmente dovuti a un aumento reale del volume di gas intestinale, ma a una combinazione di meccanismi fisiopatologici complessi ⁽⁵⁾. Tra i principali fattori coinvolti vi è una alterata sensibilità viscerale, che porta il paziente a percepire come fastidiosi stimoli intestinali normali. A ciò si associa spesso una disregolazione della motilità gastrointestinale, con rallentato transito o coordinazione inefficace dei movimenti intestinali, che favorisce la sensazione di pienezza e tensione addominale. Un ulteriore meccanismo può essere rappresentato da una difficoltà nella distribuzione ed evacuazione dei gas intestinali. In alcuni pazienti è stata inoltre descritta una risposta neuromuscolare anomala della parete addominale, con rilassamento inappropriato del diaframma e protrusione della parete addominale, responsabile della distensione visibile.

Infine anche la composizione del microbiota intestinale e i processi fermentativi giocano un ruolo variabile, soprattutto in relazione all'assunzione di carboidrati fermentabili (FODMAP - Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols) ossia oligo-, di- e mono- saccaridi fermentabili e polioli, carboidrati a catena corta con un massimo di 10 zuccheri. Alimenti ricchi di questo tipo di carboidrati, essendo scarsamente assorbiti, vengono fermentati dai batteri del microbiota intestinale con produzione di gas e conseguente gonfiore e distensione addominale, oltre a determinare un possibile effetto osmotico in conseguenza del quale viene richiamata acqua a livello intestinale ⁽⁷⁾.



Fattori psico-emotivi e stress possono infine contribuire alla modulazione dei sintomi attraverso l'asse intestino-cervello. Questo insieme di meccanismi spiega perché il gonfiore addominale sia spesso fluttuante, influenzato da molteplici fattori e non solo dunque dai pasti e dallo stato emotivo del soggetto.

Anche i crampi addominali funzionali riconoscono un'origine multifattoriale non completamente chiarita ⁽³⁾, con numerosi elementi in comune con gonfiore e distensione addominale. Tra i principali fattori favorevoli si annoverano:

- alterazioni della motilità intestinale e spasmo della muscolatura liscia;
- ipersensibilità viscerale;
- disregolazione dell'asse intestino-cervello, spesso correlata allo stress;
- fattori dietetici (alimenti trigger, pasti abbondanti, gas);
- disbiosi intestinale;
- fattori psicologici (ansia, stress cronico);
- predisposizione individuale.

2. INQUADRAMENTO CLINICO-DIFFERENZIALE

Il **farmacista di comunità** può gestire in sicurezza parte dei soggetti che riferiscono gonfiore, distensione e crampi addominali, in quanto nella maggior parte dei casi riconducibili a **condizioni benigne**, transitorie, non associate a patologie organiche rilevanti. Solo una minoranza dei pazienti presenta infatti segni o caratteristiche cliniche suggestive di situazioni potenzialmente gravi che richiedono un approfondimento medico. Al fine di agevolare un **primo inquadramento clinico in farmacia**, nelle sezioni successive vengono proposte una serie di **domande mirate**, utili a orientare la valutazione del farmacista distinguendo i disturbi gestibili in farmacia e ad identificare precocemente eventuali **segnali di allarme** che rendano necessario il rinvio al medico.

2.1 Red flag

Le principali red flag includono sintomi persistenti e resistenti ai trattamenti, anche già tentati dal paziente, età superiore ai 50 anni (soprattutto quando i disturbi sono di nuova insorgenza o mostrano un cambiamento significativo di intensità o caratteristiche), nonché la presenza di segni e sintomi sistemici o gastrointestinali suggestivi di patologia organica. In **Tabella 2** vengono proposte una serie di domande utili per guidare il farmacista nella valutazione iniziale e nell'identificazione dei pazienti che necessitano rinvio al medico.

DOMANDE	RED FLAG
<i>Qual è l'età del paziente?</i>	Età maggiore di 50 anni. In particolare quando i sintomi sono di nuova comparsa e persistenti oppure vi è una variazione dell'intensità o della natura del problema che già presentano.
<i>Ha già assunto medicinali o prodotti per la gestione del problema? Ne ha avuto beneficio?</i>	Precedenti trattamenti falliti. Verificare se il soggetto abbia già tentato trattamenti per i sintomi riscontrati senza riferire alcun beneficio ed in particolare se il sintomo persiste da più di 14 giorni.
<i>Il dolore la sveglia la notte o peggiora con il tempo?</i>	Dolore addominale notturno o ingravescente. Dolore localizzato non influenzato dall'alvo. Dolore di origine funzionale raramente interrompe il sonno, il peggioramento del problema può sottendere a causa organica.



DOMANDE	RED FLAG
<i>Il paziente descrive un dolore cronico ed associato ad altre condizioni?</i>	Dolore addominale cronico (> 6 mesi), ricorrente associato alla defecazione o a un cambiamento abituale dell'evacuazione. Possibile presenza di gonfiore o distensione. Possibile sindrome intestino irritabile o altra condizione che deve essere valutata dal medico.
<i>Questo dolore è diverso o presenta un'intensità maggiore rispetto ad altre situazioni in cui ha sofferto dello stesso problema?</i>	Cambiamento della natura ed intensità dei sintomi.
<i>Il dolore insorge o peggiora con l'attività fisica?</i>	Dolore continuo, crampiforme correlato con attività fisica. Possibile presenza di condizione organica che deve essere valutata dal medico.
<i>La distensione è persistente?</i>	Distensione persistente della parete addominale.
<i>Ha perso peso senza volerlo nelle ultime settimane?</i>	Perdita di peso non intenzionale. Può indicare patologie organiche quali neoplasie, malattie infiammatorie croniche o malassorbimento.
<i>Soffre di anemia o si sente insolitamente stanco?</i>	Anemia, pallore marcato, affaticamento ingiustificato. Possibile sanguinamento cronico occulto o malattia sistemica.
<i>Ha notato sangue nelle feci?</i>	Presenza di sangue nelle feci o melena. Può suggerire sanguinamento gastrointestinale, possibile malattia infiammatoria, ulcera o patologia neoplastica.
<i>Ha avuto febbre associata a dolore addominale? Presenza di vomito o diarrea che perdurano da più giorni senza alcun miglioramento?</i>	Febbre recente o persistente in particolare se associata a dolore addominale, nausea e vomito. Possibile processo infettivo o infiammatorio in atto oppure patologie organiche addominali (patologie infiammatorie o ostruzioni intestinali).
<i>Familiarità per malattie gastrointestinali (es. malattie infiammatorie croniche, celiachia, tumore al colon)?</i>	Familiarità per malattie gastrointestinali. Aumento rischio patologia organica.

Tabella 2: Red flag

2.1 inquadramento clinico-differenziale specifico

Per definire con maggiore precisione il sintomo principale e la natura dei disturbi riferiti, il farmacista può rivolgere al paziente alcune domande specifiche. Esempi di domande e aree da esplorare sono riportate nella [Tabella 3](#).

DOMANDE	SEGNI E SINTOMI/DESCRIZIONE
<i>Qual è il segno o sintomo principale?</i>	Caratterizzazione manifestazione principale. La manifestazione principale guida l'inquadramento iniziale. Ad esempio: • Gonfiore, sensazione soggettiva di pienezza o tensione, spesso fluttuante, peggiora dopo i pasti; comune nei disturbi funzionali. • Distensione, aumento visibile della circonferenza addominale; suggerisce alterazioni della muscolatura addominale o difficoltà di evacuazione dei gas. • Crampi addominali, dolore intermittente, crampiforme, spesso lieve o moderato; più tipico dei disturbi acuti, funzionali o dolore mestruale nelle donne.

DOMANDE	SEGNI E SINTOMI/DESCRIZIONE
<i>Dove è localizzato il disturbo?</i>	Identificazione localizzazione disturbo. La localizzazione aiuta a differenziare le condizioni ad esempio: • Epigastrio: dispepsia funzionale o gastrite; gonfiore postprandiale frequente. • Zona pelvica: dolore crampiforme associato al ciclo mestruale o disturbi ginecologici. • Addome inferiore/diffuso: disturbi funzionali intestinali oppure, come descritto nella sezione delle red flag, se dolore è intenso localizzato, costante e non influenzato dall'alvo deve essere reindirizzato al medico.
<i>Quando è iniziato il dolore, quanto dura? È ricorrente?</i>	Esordio, durata e ricorrenza. Condizioni acute che ricorrono sporadicamente possono essere trattate, in prima istanza, con soluzioni terapeutiche senza obbligo di prescrizione.
<i>Il dolore interferisce con la vita quotidiana?</i>	Intensità. Nei disturbi del basso addome l'intensità è variabile. Quando intenso ed invalidante, duraturo nel tempo, non può essere gestito con soluzioni terapeutiche senza obbligo di prescrizione.
<i>Ci sono alcune condizioni che migliorano o peggiorano segni e sintomi?</i>	Alimenti scatenanti/abusi alimentari; stress e fattori psico-emotivi. Peggioramento dopo pasti abbondanti o ricchi di FODMAP o con alimenti "trigger" per il soggetto. Condizione peggiora in situazioni di stress emotivo. Se vi è una possibile correlazione tra queste abitudini ed i segni e sintomi oggetto del protocollo, il farmacista in prima istanza può offrire consigli educazionali o soluzioni terapeutiche senza obbligo di prescrizione a questi pazienti.
<i>Nel sesso femminile, dolore correlato al ciclo?</i>	Ciclo mestruale. Dolore crampiforme pelvico: spesso dismenorrea. Ricordare, come descritto nel protocollo dismenorrea, che in alcune pazienti con varie forme di dismenorrea, possono essere presenti sintomi GI associati. Gonfiore o dolore non correlato al ciclo: più probabile disturbo intestinale funzionale.
<i>Assunzione di terapie?</i>	Farmaci assunti (terapie croniche o senza obbligo di prescrizione). Possono causare gonfiore, diarrea o costipazione. Conoscere la terapia permette di distinguere disturbi indotti da farmaci, dai disordini funzionali.

Tabella 3: Inquadramento clinico-differenziale

3. GESTIONE DEL PROBLEMA

Nel contesto della farmacia di comunità, la gestione del gonfiore e della distensione addominale così come quella dei crampi addominali deve basarsi su un approccio, che integri educazione del paziente e supporto terapeutico sintomatico.

3.1 Intervento educativo

Il recente consenso europeo ⁽⁵⁾ fornisce una serie di raccomandazioni utili per la gestione di distensione e gonfiore. Come intervento di prima linea, il farmacista può promuovere modifiche dello stile di vita e dell'alimentazione, incoraggiando la regolarità dei pasti, la riduzione di porzioni abbondanti e l'attenzione a cibi potenzialmente fermentabili. In caso di sintomi persistenti, può essere suggerita una riduzione dei FODMAP, raccomandando comunque il coinvolgimento del medico o del nutrizionista, quest'ultimo spesso disponibile anche tra i servizi erogabili in farmacia, soprattutto qualora siano necessarie restrizioni dietetiche prolungate ⁽⁵⁾.

Secondo Müller-Lissner et al. ⁽³⁾ soggetti che soffrono di dolore crampiforme funzionale di intensità lieve/moderata possono essere gestiti attraverso rassicurazioni sulla natura autolimitante del problema e consigliando di evitare cibi o bevande che possono scatenare e/o esacerbare i sintomi, nonché lo stress.

3.2 Intervento terapeutico

Sebbene un miglioramento della dieta e dello stile di vita possa apportare benefici alla salute, i soggetti potrebbero richiedere una terapia sintomatica. In generale il medicinale/trattamento ideale dovrebbe essere: utilizzabile al bisogno, agire rapidamente, avere un effetto prolungato nel tempo, garantire un assorbimento sistemico minimo e presentare pochi effetti secondari ⁽⁸⁾. A seguire vengono descritte alcune opzioni terapeutiche utili a gestire segni e sintomi descritti dal paziente.

3.2.1 Antispastici

Secondo *Müller-Lissner et al.* ⁽³⁾, gli antispastici rappresentano il trattamento farmacologico di prima linea per la gestione del dolore crampiforme funzionale, in quanto agiscono direttamente sulla muscolatura liscia intestinale riducendo lo spasmo responsabile del dolore. Tali farmaci risultano particolarmente adatti come trattamento di automedicazione grazie alla possibilità di impiego al bisogno, alla rapidità d'azione e al profilo di sicurezza favorevole, se utilizzati nel rispetto delle indicazioni e delle controindicazioni riportate in scheda tecnica. Tra le opzioni disponibili in Italia senza obbligo di prescrizione è possibile ricordare i derivati della papaverina e gli anticolinergici (butilscolopolamina, sola o in associazione con paracetamolo oppure papaverina cloridrato ed estratto di belladonna).

Nel contesto clinico, la butilscolopolamina è indicata per la gestione sintomatica di dolore e crampi addominali funzionali e compare nelle linee guida come antispastico di riferimento ⁽³⁾ essendo una molecola che presenta numerosi studi clinici a supporto della sua efficacia in queste condizioni ^(9,10). Può essere assunta al bisogno (on-demand) nelle fasi di riacutizzazione dei sintomi, oppure in regimi di breve durata prestabilita, in presenza di disturbi spasmodici persistenti. L'efficacia può variare in relazione al sottotipo di disordine funzionale e alla severità dei sintomi. La butilscolopolamina presenta un buon profilo dal punto di vista della sicurezza, anche se è importante tenere presente che possono manifestarsi eventi avversi tipici di questa classe di medicinali (come secchezza delle fauci o effetti anticolinergici periferici). Questi effetti devono essere considerati al fine di effettuare la scelta terapeutica più appropriata, specialmente quando gli antispastici devono essere utilizzati da soggetti con comorbidità, fattori di rischio (es. utilizzo di altri farmaci), o anziani ⁽¹⁰⁾. In caso di risposta clinica insufficiente, è considerato appropriato l'utilizzo di un antispastico alternativo con differente meccanismo d'azione, prima di ricorrere ad altre opzioni terapeutiche.

3.2.2 Analgesici

Nei pazienti che non ottengono un adeguato sollievo con il solo trattamento antispastico, il paracetamolo può essere utilizzato come analgesico aggiuntivo o alternativo, grazie alla sua efficacia nel ridurre l'intensità e la frequenza del dolore crampiforme ed al buon profilo di tollerabilità ⁽³⁾. Al contrario, l'impiego di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), seppur potenzialmente efficace nella gestione del sintomo, non è raccomandato nella gestione dei crampi, a causa del potenziale rischio di eventi avversi gastrointestinali. Seppur non dispensabili senza obbligo di prescrizione, è bene ricordare che l'uso di oppioidi è fortemente sconsigliato per il rischio di peggioramento dei sintomi gastrointestinali (es. possibile diminuzione della motilità gastrica) e di sviluppo di dipendenza ⁽³⁾.

3.2.3 Altre opzioni terapeutiche

Simeticone

Il simeticone viene spesso impiegato per la gestione del gonfiore o distensione addominale. L'impiego di agenti antiflatulenti deve essere accompagnato da un'adeguata spiegazione sulle limitate evidenze disponibili, al fine di evitare aspettative inappropriate. Lo *Statement 60* della linea guida ESNM/UEG ⁽⁵⁾ indica che non ci sono prove sufficienti per raccomandare il simeticone per il trattamento del gonfiore e della distensione addominale.

Olio Menta Piperita

Secondo la *“European Union herbal monograph on *Mentha x piperita* L., aetheroleum”* ⁽¹¹⁾ l'olio di menta piperita rappresenta un medicinale di origine vegetale utile per il sollievo sintomatico di spasmi minori del tratto gastrointestinale, flatulenza e dolore addominale, soprattutto nei pazienti con sindrome dell'intestino irritabile (IBS). L'effetto terapeutico dell'olio di menta piperita nei disturbi gastrointestinali è attribuito principalmente al mentolo, il suo principale componente attivo, il quale esercita un'azione antispastica sulla muscolatura liscia intestinale attraverso il blocco dei canali del calcio, con conseguente riduzione delle contrazioni e degli spasmi intestinali ⁽¹²⁾. Dal punto di vista clinico l'olio di menta piperita rappresenta un'opzione terapeutica utilizzata nei disturbi gastrointestinali funzionali grazie alle sue proprietà antispastiche sulla muscolatura liscia intestinale. Varie revisioni sistemiche e metanalisi hanno esplorato i potenziali benefici clinici di tale opzione terapeutica ⁽¹³⁻¹⁵⁾ evidenziando l'impiego in studi endoscopici, IBS, dispepsia funzionale, dolore addominale funzionale e nausea post-operatorie.

Ad esempio, l'assunzione di olio di menta piperita alla dose di 180 mg tre volte al giorno è stata associata a un miglioramento del gonfiore e della distensione addominale rispetto al placebo nei pazienti con sindrome dell'intestino irritabile (IBS), con abitudini intestinali miste o con predominanza di diarrea ⁽¹⁶⁾. Inoltre, una recente meta-analisi ⁽¹³⁾ ha dimostrato che l'olio di menta piperita è più efficace del placebo nel migliorare sia i sintomi globali dell'IBS sia il dolore addominale.

Sebbene ad oggi, non rientri tra le soluzioni d'elezione delle ultime linee guida europee dedicate al gonfiore addominale funzionale ⁽⁵⁾, l'olio di menta piperita si configura come una opzione terapeutica di prima linea per l'IBS, supportata da crescenti evidenze cliniche che ne documentano l'efficacia nei pazienti con sindrome dell'intestino irritabile e dolore addominale ⁽¹⁷⁾. Uno dei vantaggi dell'impiego di formulazioni a base di menta piperita riguarda la *safety*, visto il buon profilo di sicurezza e gli effetti indesiderati generalmente assenti o lievi nonché comparabili a quelli osservati con il placebo ⁽¹⁴⁾.

Probiotici

Il microbiota intestinale svolge un ruolo rilevante nel mantenimento dell'omeostasi gastrointestinale grazie alla sua composizione complessa e diversificata. I soggetti con gonfiore e distensione addominale possono presentare alterazioni della composizione e della diversità microbica suggerendo un possibile coinvolgimento di queste alterazioni nella patogenesi di questi sintomi ⁽¹⁸⁾. In particolare, è stata osservata una variazione della diversità microbica associata a specifici generi, con un aumento di *Bacteroides* e *Clostridia* ed una riduzione di *Bifidobacterium* e *Lactobacillus*. Queste evidenze hanno portato a considerare strategie terapeutiche mirate alla modulazione del microbiota intestinale per il trattamento di gonfiore e distensione addominale funzionali (FAB/FAD) ⁽¹⁸⁾.

Sebbene alcuni studi suggeriscano un potenziale beneficio offerto dai probiotici, le evidenze disponibili rimangono eterogenee e non conclusive, a causa della variabilità dei ceppi utilizzati, dei dosaggi e dei disegni degli studi stessi. Le recenti linee guida europee ⁽⁵⁾ includono i ceppi per i quali esiste, ad oggi, evidenza scientifica di efficacia e che possono quindi essere potenzialmente utili nella gestione di tali situazioni. Gli autori delle linee guida sottolineano come la maggior parte degli studi sull'efficacia dei probiotici nel trattamento del gonfiore addominale sia stata condotta in pazienti con sindrome dell'intestino irritabile (IBS). Pertanto, le evidenze disponibili per i pazienti affetti esclusivamente da gonfiore o distensione addominale funzionale sono limitate, e al momento non consentono una raccomandazione forte sull'uso dei probiotici in questa specifica popolazione. I principali risultati relativi alla loro efficacia su gonfiore o distensione addominale, in pazienti con IBS, vengono illustrati nella [Tabella 4](#). Nei pazienti con Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS), le Linee Guida italiane ⁽¹⁹⁾ indicano che l'impiego dei probiotici, come classe, può essere preso in considerazione per il miglioramento dei sintomi globali e/o del dolore addominale.



Probiotici	Risultati studi
<i>Lactobacillus acidophilus</i> NCFM + <i>Bifidobacterium lactis</i> Bi-07	Riduzione del gonfiore rispetto al controllo in soggetti con alterazioni asse intestino-cervello.
5 ceppi di <i>Bifidobacterium</i> e <i>Lactobacillus</i>	Miglioramento globale dei sintomi (incluso gonfiore) in soggetti con sintomi intestinali funzionali.
<i>De Simone Formulation</i>	Riduce flatulenza e rallenta il transito colico, senza modificare significativamente la funzione intestinale nei pazienti con IBS e gonfiore.
<i>Lactobacillus plantarum</i>	Riduzione del dolore e della flatulenza nei pazienti affetti da sindrome dell'intestino irritabile.
<i>Bifidobacterium infantis</i> 35624	Riduzione dei sintomi della sindrome dell'intestino irritabile.
<i>Bifidobacterium animalis</i> DN-173 010	Miglioramento punteggio (score) qualità della vita e gonfiore nei soggetti con IBS a predominanza di stitichezza e beneficio su frequenza evacuazioni nei soggetti con meno di 3 evacuazioni settimanali.
<i>Bacillus coagulans</i> MTCC 5856	Diminuzione di gonfiore, diarrea, dolore addominale e frequenza delle evacuazioni nei pazienti con sindrome dell'intestino irritabile con diarrea.

Tabella 4: Principali evidenze efficacia probiotici su gonfiore e distensione addominale in soggetti con IBS.

Referenze: ^(5,20)

FOCUS ON: Criteri di qualità per la scelta del probiotico

Nel contesto della consulenza in farmacia, la scelta di un probiotico non dovrebbe basarsi esclusivamente sul numero di ceppi presenti o sulla notorietà commerciale del prodotto, ma su specifici criteri di qualità microbiologica e tecnologica riconosciuti dalle linee guida internazionali. Un probiotico efficace deve infatti possedere caratteristiche che gli consentano di raggiungere il sito d'azione in forma vitale e in quantità adeguata, mantenendo al contempo la propria attività biologica nel tratto gastrointestinale.

In primo luogo, deve dimostrare resistenza al passaggio gastrico e ai sali biliari, proprietà indispensabili per superare l'ambiente ostile dello stomaco e del duodeno. Alcuni prodotti utilizzano tecnologie formulative all'avanguardia, che consentono di migliorare la sopravvivenza dei microrganismi durante il transito gastrico. In altri casi, la resistenza è legata a caratteristiche intrinseche del microrganismo: ad esempio i batteri sporigeni appartenenti al genere *Bacillus*, sono in grado di formare spore altamente resistenti alle condizioni ambientali avverse, che consentono al microrganismo di attraversare l'ambiente gastrico mantenendo la vitalità.

Un ulteriore requisito da considerare è la capacità di raggiungere l'intestino in forma vitale e metabolicamente attiva, dove il microrganismo deve essere in grado di interagire con l'ecosistema intestinale. In molti casi ciò implica una colonizzazione temporanea o una persistenza transitoria, sufficiente a esercitare effetti biologici quali competizione con patogeni, produzione di metaboliti e modulazione della risposta immunita-

ria mucosale. Alcuni microrganismi sporigeni, come *Bacillus clausii* o *Bacillus subtilis*, possono inoltre germinare a livello intestinale trasformandosi da spora in cellula vegetativa metabolicamente attiva.

In determinate situazioni cliniche, come durante una terapia antibiotica, può risultare utile selezionare ceppi caratterizzati da resistenza intrinseca ad alcuni antibiotici, che consente al probiotico di mantenere la propria vitalità durante il trattamento antimicrobico e di contribuire alla prevenzione della disbiosi associata alla terapia. È tuttavia fondamentale che tale resistenza sia intrinseca e non trasferibile, al fine di evitare il rischio di diffusione di geni di resistenza ad altri microrganismi intestinali.

Tra i ceppi con evidenze consolidate nella prevenzione della diarrea associata ad antibiotici si segnala *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 oppure *Lactobacillus rhamnosus* GG.

Infine, un probiotico di qualità dovrebbe possedere evidenze cliniche specifiche per il ceppo utilizzato, dimostrate attraverso studi condotti sull'uomo (es. *L. reuteri* DSM 17938 nella gestione della gastroenterite acuta pediatrica), e garantire una dose adeguata di microrganismi vivi fino al termine della shelf-life, generalmente non inferiore a 10⁹ cellule vive per dose giornaliera. La valutazione congiunta di questi elementi quali sopravvivenza gastrointestinale, vitalità, capacità funzionale del ceppo, profilo di sicurezza ed evidenze cliniche, rappresenta uno strumento utile per orientare la scelta del prodotto più appropriato nella pratica professionale del farmacista.



BIBLIOGRAFIA

1. Ballou S, Singh P, Nee J, Rangan V, Iturrino J, Geeganage G, et al. Prevalence and Associated Factors of Bloating: Results From the Rome Foundation Global Epidemiology Study. *Gastroenterology*. 2023 Sep 1;165(3):647-655.e4. doi:10.1053/j.gastro.2023.05.049
2. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021 Jan 1;160(1):99-114.e3. doi:10.1053/j.gastro.2020.04.014
3. Müller-Lissner S, Andresen V, Corsetti M, Bustos Fernández L, Forestier S, Pace F, et al. Functional Abdominal Cramping Pain: Expert Practical Guidance. *J Clin Gastroenterol*. 2022 Nov 1;56(10):844-52. doi:10.1097/MCG.0000000000001764
4. Enck P, Koehler U, Weigmann H, Mueller-Lissner S. Abdominal pain, cramping or discomfort impairs quality of life in women: An internet-based observational pilot study focussing on impact of treatment. *Z Gastroenterol*. 2017 Mar 1;55(3):260-6. doi:10.1055/S-0043-100022
5. Melchior C, Hammer H, Bor S, Barba E, Horvat IB, Celebi A, et al. European Consensus on Functional Bloating and Abdominal Distension-An ESNM/UEG Recommendations for Clinical Management. *United European Gastroenterol J*. 2025 Nov 1;13(9):1613-51. doi:10.1002/UEG2.70098
6. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016 May 1;150(6):1393-1407.e5. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031
7. Daley SF, Syed K, Goldin J. The Low-FODMAP Diet in Clinical Practice: Evidence-Based Indications, Implementation, and Interprofessional Care. [Updated 2026 Jan 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562224/>
8. Mueller-Lissner S, Quigley EMM, Helfrich I, Schaefer E. Drug treatment of chronic-intermittent abdominal cramping and pain: a multi-national survey on usage and attitudes. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 Aug;32(3):472-7. doi:10.1111/J.1365-2036.2010.04368.X
9. Mousavi T, Sharifnia M, Nikfar S, Abdollahi M. Pharmacotherapy for gastric and intestinal cramping pain: current and emerging therapies. *Expert Opin Pharmacother*. 2023;24(18):2021-33. doi:10.1080/14656566.2023.2265830
10. Corsetti M, Forestier S, Jiménez M. Hyoscine butylbromide mode of action on bowel motility: From pharmacology to clinical practice. *Neurogastroenterology and motility*. 2023 Apr 1;35(4). doi:10.1111/NMO.14451
11. Medicines Agency E. *Menthae piperitae aetheroleum* - MO [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 28]. Available from: www.ema.europa.eu/contact
12. Abalo R, Gallego-Barceló P, Gabbia D. Natural Remedies for Irritable Bowel Syndrome: A Comprehensive Review of Herbal-Based Therapies. *Int J Mol Sci*. 2025 Oct 1;26(19):9345. doi:10.3390/IJMS26199345
13. Ingrosso MR, Ianiro G, Nee J, Lembo AJ, Moayyedi P, Black CJ, et al. Systematic review and meta-analysis: efficacy of peppermint oil in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2022 Sep 1;56(6):932-41. doi:10.1111/APT.17179
14. Chumpitazi BP, Kearns GL, Shulman RJ. Review article: The physiologic effects and safety of Peppermint Oil and its efficacy in irritable bowel syndrome and other functional disorders. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018 Mar 1;47(6):738. doi:10.1111/APT.14519
15. Iovino P, Bucci C, Tremolattera F, Santonicola A, Chiarioni G. Bloating and functional gastrointestinal disorders: Where are we and where are we going? *World Journal of Gastroenterology : WJG*. 2014 Oct 21;20(39):14407. doi:10.3748/WJG.V20.I39.14407



16. Cash BD, Epstein MS, Shah SM. A Novel Delivery System of Peppermint Oil Is an Effective Therapy for Irritable Bowel Syndrome Symptoms. *Dig Dis Sci*. 2016 Feb 1;61(2):560–71. doi:10.1007/S10620-015-3858-7
17. Pastras P, Aggeletopoulou I, Bali M, Triantos C. Plant-Derived Treatments for IBS: Clinical Outcomes, Mechanistic Insights, and Their Position in International Guidelines. *Nutrients*. 2026 Jan 6;18(2):183. doi:10.3390/NU18020183
18. Crucillà S, Caldart F, Michelon M, Marasco G, Costantino A. Functional Abdominal Bloating and Gut Microbiota: An Update. *Microorganisms*. 2024 Aug 1;12(8):1669. doi:10.3390/MICROORGANISMS12081669
19. Barbara G, Cremon C, Bellini M, Corsetti M, Di Nardo G, Falangone F, et al. Italian guidelines for the management of irritable bowel syndrome: Joint Consensus from the Italian Societies of: Gastroenterology and Endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and Motility (SINGEM), Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO), Digestive Endoscopy (SIED), General Medicine (SIMG), Gastroenterology, Hepatology and Pediatric Nutrition (SIGENP) and Pediatrics (SIP). *Dig Liver Dis*. 2023 Feb;55(2):187-207. doi: 10.1016/j.dld.2022.11.015.
20. Guarner F, Sanders ME, Szajewska H, Cohen H, Eliakim R, Herrera-Deguisse C, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: Probiotics and Prebiotics. *J Clin Gastroenterol*. 2024 Jun 13;58(6):533–53. doi:10.1097/MCG.0000000000002002



GONFIORE, DISTENSIONE E CRAMPI ADDOMINALI

