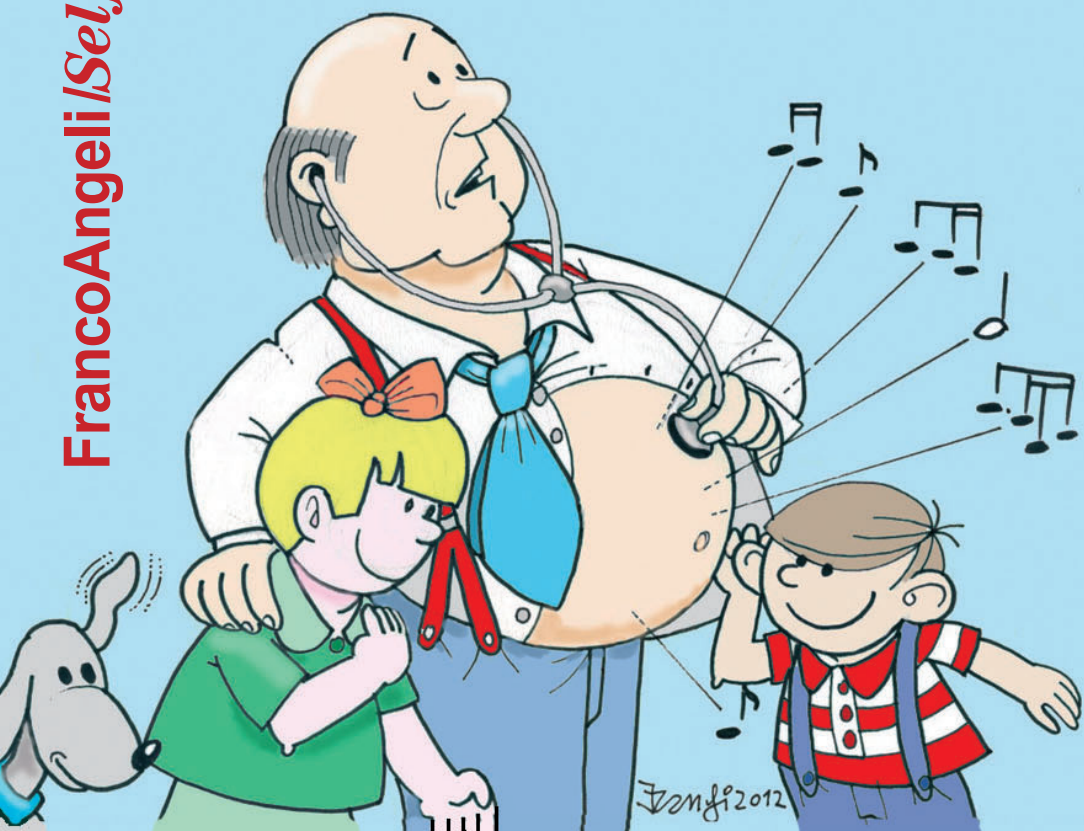


Giorgio Dobrilla

ALLA MIA PANCIA CI PENSO IO!

Come affrontare e risolvere
i disturbi gastrointestinali più comuni

FrancoAngeli / Self-help



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Self-help

Manuali per capire ed affrontare consapevolmente i problemi più o meno gravi della vita quotidiana.

Scritti in modo chiaro, forniscono le basi indispensabili per comprendere il problema in tutti i suoi risvolti, per poterlo controllare e quindi risolvere.

Una collana di libri seri, aggiornati, scritti dai maggiori esperti italiani e stranieri.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Giorgio Dobrilla

ALLA MIA PANCIA CI PENSO IO!

Come affrontare e risolvere
i disturbi gastrointestinali più comuni

FrancoAngeli / *Self-help*

In copertina: disegno di Ettore Frangipane

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione, di <i>Luciano Onder</i>	pag.	7
Introduzione, di <i>Giorgio Dobrilla</i>	»	9
1. Alito cattivo: che fare	»	13
2. Bocca cattiva, bruciore orale	»	18
3. Afte orali - stomatite aftosa	»	21
4. Lingua “brutta” (liscia, impaniata, nera, villosa)	»	23
5. Quando inghottire è un problema. La deglutizione difficoltosa	»	26
6. Bruciore di stomaco? No, reflusso gastro-esofageo	»	30
7. La terapia medica del reflusso gastro-esofageo deve durare tutta la vita?	»	39
8. L'acido refluito dallo stomaco può davvero provocare l'asma bronchiale?	»	44
9. Ernia iatale (o gastrica): cos'è e quali rischi comporta?	»	47
10. Perché si può soffrire di acidità anche senza stomaco?	»	51
11. Mal di stomaco (“dall'ombelico in su”): ma la gastrite c'entra davvero?	»	55
12. <i>Helicobacter pylori</i> : imputato spesso senza colpe (ma meglio eradicarlo)	»	61
13. Digestione lenta (<i>dispepsia</i>): accuse ingiuste sia alla digestione che alla gastrite	»	67

14. Nausea, vomito e rigurgito: quando preoccuparsi?	pag.	75
15. E la nausea quando si viaggia?	»	80
16. Atrofia e metaplasia intestinale e displasia nei referti: ma cosa significano?	»	83
17. Cisti e angiomi del fegato: basta tenerli sotto controllo?	»	87
18. Calcolosi della colecisti: operarsi o no?	»	91
19. Mal di pancia (dall'ombelico in giù)	»	99
20. Colon irritabile: né colite spastica, né malato immaginario	»	106
21. La pancia piena di gas: ma è proprio così?	»	118
22. Probiotici (fermenti lattici): credere alla TV o non servono?	»	126
23. La stitichezza cronica: disturbo banale solo per chi non ne soffre	»	131
24. La diarrea: accettarla o preoccuparsi?	»	145
25. Diverticoli del colon: malattia da curare? Maggior rischio tumorale?	»	154
26. Polipi del colon: da togliere sempre e comunque?	»	160
27. Prevenzione del cancro del colon: colonscopia? clisma opaco? tac? videocapsula?	»	168
28. Il “sangue occulto” tra teoria e pratica: un giudizio controcorrente	»	172
29. I markers tumorali: cosa sono, cosa non sono (poco spazio al “fai da te”)	»	178
30. Le diete per i disturbi gastrointestinali: molte proposte, poche verità	»	181
Conclusioni	»	185
Ringraziamenti	»	197
Selezione bibliografica	»	199

Prefazione

L'informazione medico-scientifica non è soltanto una specializzazione del giornalismo, ma molto di più: è un settore vero e proprio della medicina, perché da lei dipendono i comportamenti, lo stile di vita, le scelte di ciascuno di noi. Da lei dipendono la prevenzione, il nostro benessere, spesso anche il modo di curare. Le ricadute sono enormi e hanno aspetti sociali ed etici. Buona informazione contribuisce a fare buona medicina ed è utile al cittadino. Cattiva informazione aggrava i problemi e danneggia il cittadino. Possiamo in sintesi dire che l'informazione medico-scientifica può servire alla salute, oppure può danneggiarla.

Nel 1984 a Washington, in uno dei primi incontri mondiali sull'Aids, lo scienziato Robert Gallo alla domanda su come sarebbe stato possibile frenare la diffusione dell'epidemia, rispose che il controllo della nuova malattia sarebbe avvenuto attraverso metodi non strettamente medici e clinici, ma attraverso le informazioni date dai media: "Tutto dipenderà da voi giornalisti e il risultato ci sarà se farete un'informazione corretta, utile al cittadino e non scandalistica".

Robert Gallo aveva ragione: in tutti i paesi occidentali l'epidemia è stata frenata anche grazie ad un'informazione corretta, ben orientata, che ha svolto anche un ruolo educativo e di prevenzione. "Se lo conosci lo eviti", "Non morire per ignoranza" sono stati i messaggi delle campagne di prevenzione alle quali i media occidentali hanno dato un grande contributo. In sostanza più il cittadino è informato, più è in grado di controllare ciò che influenza la sua salute. "Se siete informatori responsabili, siete anche educatori" aveva detto Karl Popper a dei giornalisti, sottolineando che l'informazione deve sempre diventare strumento di educazione e produrre effetti pedagogici.

E che l'informazione medico-scientifica debba avere un ruolo pedagogico ed una dimensione etica è chiaro a tutti coloro che si occupano di medicina. Il medico da una parte e il giornalista dall'altra debbono avere una grande attenzione per la comunicazione.

In Giorgio Dobrilla, Autore di questo libro, le due figure di medico e giornalista si fondono. Dobrilla, infatti, che conosco e stimo da più di vent'anni, non è solo gastroenterologo molto noto a livello europeo, ma anche giornalista scientifico e Autore di numerosi volumi di successo nell'ambito della divulgazione.

Una divulgazione scientificamente rigorosa è a mio avviso già una prima cura, un'arma efficace per diffondere stili di vita corretti, perché il cittadino ponga attenzione alla propria salute e, infine pure perché egli elimini ansie immotivate che gli derivano da cattiva e spesso pseudo-informazione.

Comunicare salute significa insomma far guadagnare salute, significa fare educazione sanitaria con campagne contro il fumo, il sovrappeso, le malattie cardiovascolari, le malattie infettive. Con il volume di Giorgio Dobrilla l'informazione e l'educazione sono rivolte ai sintomi e alle malattie più comuni dell'apparato gastrointestinale, con l'obiettivo dichiarato di far capire rapidamente se le paure di chi soffre sono motivate o no, se per i disturbi è sufficiente un "fai da te" ricco di buon senso o se è invece importante un pronto ricorso al medico.

Questo tipo di informazione ai cittadini va considerata a mio avviso un dovere sia del medico che del giornalista scientifico. Un compito che Dobrilla assolve in questo suo libro con chiarezza e competenza, doti che gli vengono del resto ben riconosciute.

Luciano Onder

Conduttore di Medicina 33, RAI 2

Introduzione

Oggi quasi tutti possono ottenere con notevole facilità informazioni di carattere medico. Enciclopedie, anche *on line* come ad esempio Wikipedia, siti web specializzati, libri, opuscoli, articoli o inserti in giornali e riviste, *depliant* e *poster* nelle farmacie, continuano a bombardare incessantemente il cittadino con ogni sorta di notizie sulla salute e sulle malattie e di spiegazioni, raccomandazioni e rimedi di vario tipo. Il problema per il non addetto ai lavori (ma in qualche misura anche per gli esperti) è che riesce difficile distinguere la merce buona da quella cattiva. La pleora di informazioni, purtroppo, più che chiarire le idee ne confonde l'attendibilità. Pure per quanto attiene ai disturbi gastrointestinali, un tempo la fonte principale, preziosa e rassicurante di spiegazioni e suggerimenti spiccioli era il medico di famiglia vecchio stampo. Ricco di buon senso, egli era quasi sempre in grado di tranquillizzare i propri pazienti soprattutto circa i malanni "minori" sui quali oggi il paziente fatica a trovare quello che cerca anche consultando trattati autorevoli o lo trova diluito in un contesto più complesso e scritto per lo più in "medichese". Sfortunatamente, il rapporto medico paziente, per una serie eterogenea di ragioni e non solo di colpe, non è più quello di un tempo. Da un lato il cittadino/paziente è giustamente sempre più esigente e ha già qualche convinzione quando si rivolge al medico proprio perché ha letto qualcosa in merito ai propri problemi in rete o sui giornali, e il dottore, da parte sua, anche quando è un "buon" medico, oltre ad essere sempre più pressato da mansioni burocratiche, è investito da esigenze di aggiornamento continuo che limitano fortemente il tempo da dedicare al paziente. Senza aggiornamento costante l'esperienza è d'altronde poca cosa, come dimostrano tre indagini del 2005 condotte negli Stati Uniti¹. La prima evidenza che i medici con maggiore esperienza

1. N.K. Choundry *et al.*, "Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care", *Ann Intern Med*, 2005; 142: 260-273; J.W. Ely *et al.*,

(cioè laureatisi molti anni prima) sono proprio quelli che danno consigli “di bassa qualità”. La seconda rivela che il *General Practitioner*, da noi MMG, Medico di Medicina Generale, è capace di risolvere solo il 50% dei problemi che gli vengono posti nella pratica quotidiana. La terza inchiesta, infine, sottolinea come questa percentuale passi dal 50% al 90% se il medico di famiglia ricorre a significative fonti di aggiornamento. Insomma, il rapporto confidenziale, almeno nelle città, è mediamente peggiorato ed è una delle ragioni per cui il cittadino specie per disturbi poco importanti, cerca di arrangiarsi da solo in base a quanto ha letto o a quanto gli ha riferito il vicino di casa o l'amico al bar o si rivolge magari alle medicine non convenzionali pensando erroneamente che “tanto male non fanno”. Questa situazione mi aveva indotto anni fa a pubblicare un volume indirizzato non a studenti di medicina, ma alle persone comuni desiderose di capire a grandi linee come funziona l'apparato gastrointestinale e, quando possibile, intenzionate a curarsi senza ricorrere al medico quando la digestione o la pancia non funzionano troppo bene. Il libro ha avuto un certo successo sia nella versione italiana², che in quella tedesca³ e continuo infatti a ricevere sollecitazioni da più parti per aggiornarlo e integrarlo con argomenti molto sentiti, sui quali il volume di cui sopra ha di proposito sorvolato o si è appena soffermato. Argomenti che corrispondono sostanzialmente alle domande (“banali” solo per chi il disturbo o le preoccupazioni non ce l'ha) che mi vengono più frequentemente poste nella mia personale pratica di gastroenterologo e che sono: Perché ho l'alito cattivo? Perché ho sempre la bocca così cattiva o la lingua così brutta? Sarà il fegato o non c'entra? Perché sto male anche se mangio in bianco? Devo proprio fare la terapia per l'*Helicobacter pylori*? La cura eradicante è fallita: cosa devo fare? Posso avere delle conseguenze se assumo per anni e anni i farmaci che bloccano la secrezione acida dello stomaco? È vero che il reflusso gastro-esofageo può provocare l'asma bronchiale? Quali pericoli corro con la mia ernia gastrica iatale? Come mai soffro di acidità io che non ho più lo stomaco? Perché ho una digestione così lenta anche mangiando sano? Ma cosa devo mangiare per i miei disturbi? Nelle biopsie fatte durante la gastroscopia mi han trovato sia metaplasia che displasia, ma nessuno m'ha spiegato cosa sono: ho un tumore? Perché sono sempre così pieno di gas? Perché il mio intestino non è mai regolare? Devo operarmi o no per i calcoli biliari? Devo preoccuparmi per le cisti che mi han trovato nel fegato? È meglio che mi faccia operare per i diverticoli che ho nel colon? Corro un maggiore rischio di

“Answering physicians’ clinical questions: obstacles and potential solutions”, *J Amer Inform Ass*, 2005; 12: 217-224; L.M. Schilling *et al.*, “Residents’ patient-specific clinical questions: opportunities for evidence-based learning”, *Acad Med*, 2005; 80: 51-56.

2. G. Dobrilla, *La digestione difficile*, Pensiero Scientifico Editore, Roma 2002.

3. G. Dobrilla, *Gut verdaut, gut gelaunt*, Athesia, Bolzano 2006.

cancro io che soffro di diverticoli? I polipi del colon sono sempre pericolosi? Per la mia grave stitichezza devo proprio fare la colonscopia? Posso evitare la colonscopia e sostituirla con la TAC? M'han parlato di videocapsula: ma per me potrebbe andar bene? Ma serve davvero l'esame del sangue occulto? Cosa sono i *markers* tumorali? Ha ragione chi mi dice che è importante controllarli periodicamente?

Queste e molte altre domande ancora mi vengono poste da persone che solitamente hanno già sentito diversi pareri in proposito e che si sono già documentate via internet o sui giornali. Ciò significa, a conferma del preambolo iniziale, che la risposta ottenuta dal medico curante specie per i disturbi meno allarmanti non è sempre esauriente o, comunque, che essa viene percepita come insoddisfacente e difficilmente interpretabile senza il suo aiuto. Questa constatazione è stata la spinta a realizzare l'attuale volume, che non è una ristampa del precedente, in quanto è concepito diversamente, ed è arricchito di molti capitoli nuovi. Il libro rimane comunque di carattere divulgativo, senza ambizioni scientifiche e tuttavia rigoroso, una sorta di *vademecum* da tenere a portata di mano quando si crede che l'apparato gastrointestinale faccia un po' i capricci o quando si accusa la pancia di colpe che forse non ha o, ancora, quando si voglia semplicemente capire un po' di più e magari autocurarsi per i disturbi minori pur senza l'ambizione di sostituirsi al medico. Le parti non essenziali ai fini pratici, che interessano solo i lettori più curiosi, risultano graficamente diverse dal resto, in modo che i meno curiosi possano tranquillamente tralasciarle, concentrandosi solo sui dettagli che interessano maggiormente.

Qualche considerazione, infine, sulle non poche persone che hanno la sensazione di "avere qualcosa" nonostante l'assenza di una vera malattia. A mio avviso, non si tratta necessariamente di pazienti ipocondriaci sui quali fare facili e inopportune ironie, ma spesso di soggetti che hanno solo bisogno di avere delle spiegazioni, di comprendere e di esser tranquillizzate. Quando si capisce, è magari possibile vivere una condizione seria con relativa serenità mentre, quando non si sa e si hanno soltanto timori e ansie, anche una semplice alitosi può rovinare la qualità vita. Per questo motivo cercherò di usare il "gergo medichese" il meno possibile. Infine, con il contributo di Ettore Frangipane e delle sue argute vignette, oltre che parlare di problemi gastrointestinali, vorrei riuscire a strappare qualche sorriso.

Giorgio Dobrilla

1. Alito cattivo: che fare

Dottore mi aiuti, ho sempre il fiato pesante!

*Devi attraversare il fiume prima di dire al
coccodrillo che ha un cattivo alito.*

Proverbio Cinese

1. Il problema

L'alito cattivo o *alitosi* non è certamente un disturbo del terzo millennio. Sembra che Maometto abbia scacciato alcuni fedeli dalla moschea perché il loro alito puzzava troppo di aglio. Aneddoti legati all'alito cattivo non mancano nemmeno nel Talmud, libro sacro dell'ebraismo, e in vetusti documenti sia latini che dell'Antica Grecia. Insomma, almeno per ciò che riguarda l'alito, tutto il mondo è paese da tempo memorabile. Un amico burlone ipotizzava che in effetti anche qualche drago sputafuoco delle favole rappresenta forse una persona di cui aver paura e da cui difendersi per la sua alitosi mostruosa.

Nella stragrande maggioranza dei soggetti con alito cattivo il disturbo *non sottintende alcuna patologia importante*. Ciononostante, è esperienza comune che l'alitosi può diventare un calvario, sia per chi è consapevole di averla e si sente terribilmente a disagio nel parlare con gli altri, sia per coloro che gli stanno vicino e son costretti a subirne malvolentieri le sgradevoli conseguenze. Ho personale memoria persino di qualche incontro tennistico (non autobiografico!) durante il quale uno dei singolaristi, ai cambi di campo, sceglieva sempre la strada opposta a quella dell'ignaro avversario, per non subirne ad ogni "dispari" l'alito micidiale. Non c'è dubbio, tuttavia che, come *pendant* del tennista che non si rende conto di molestare pesantemente con il suo fiato, c'è un 25% di persone (etichettate come *alitifobici*), angosciate di avere un alito micidiale che in realtà è inesistente. Stabilire da soli se il proprio alito è cattivo o no non è affatto facile.

2. Quante persone soffrono di alitosi

Trattandosi di un disturbo "minore", l'alitosi non occupa grandi spazi nei trattati e non ci sono quasi studi epidemiologici al riguardo e meno anco-

ra studi attenti ai rapporti tra alitosi e ceto sociale e alitosi ed etnie diverse, elementi che chiaramente possono avere un peso statistico non indifferente. Tuttavia, limitandoci al molto comune alito pesante al risveglio, la letteratura suggerisce una percentuale oscillante dal 15 al 30%. L'alitosi può riguardare tutte le età, ma nei bambini e negli anziani sembra un po' più frequente, forse per un minore rispetto dell'igiene orale e per una alimentazione più incongrua in queste fasce d'età.

3. Cause di alitosi

La bocca è la “madre“ dell'alitosi nella stragrande maggioranza dei soggetti (alitifobici a parte, naturalmente). Nella cavità orale sono fisiologicamente presenti dei batteri specie negli spazi tra i denti, nelle tasche gengivali e nella parte posteriore del dorso linguale, dove la mucosa è più rugosa e dove cola il secreto nasale, specie di notte. Questi batteri agiscono degradando *residui alimentari* (particolarmente *aminoacidi* e *peptidi* di derivazione carnea), le *cellule* che si desquamano dalla mucosa orale, gengivale e dalla lingua, ed il *muco* che scola dal naso nel rinofaringe. Si formano così dei *composti volatili solforati*, il cui odore ricorda quello delle uova marce.

Per i lettori più esigenti dirò che i composti più indiziati sono il *metilmercaptano* e l'*idrogeno solforato*, ma ci sono almeno un'altra dozzina di gas che concorrono all'alito cattivo, tra cui l'indolo, lo scatolo e la cadaverina (sostanzialmente gli stessi che rendono maleodoranti anche i flati e le feci).

Ben noti fattori di alitosi peculiare e a lungo persistente dopo l'ingestione sono inoltre alcuni alimenti quali *cipolla*, *aglio*, *formaggi e grassi animali*. La persistenza dell'odore cattivo anche dopo accurata igiene orale dopo il pasto testimonia che la alitosi deriva in parte *anche* dai prodotti volatili che da questi cibi originano una volta digeriti nell'intestino e che, dopo l'assorbimento, sono veicolati nel torrente circolatorio e poi eliminati con il respiro. “Bocca maschile, bocca di sigaretta” recitava una canzone che sentivo per radio da bambino e che il *fumo* dia un'alitosi particolare più o meno sgradevole è nozione comune (meno noto è che essa può penalizzare anche le vittime del fumo passivo). L'*alcol* viene pure considerato fattore di alitosi, ma a chi scrive questo dato sembra poco documentato. Anche la *scarsa salivazione*, spontanea, patologica o indotta da alcuni farmaci, può concorrere all'alitosi anche se la correlazione non è costante.. Lo stomaco contribuisce poco all'alitosi, benché molti lo pensino e incolpino spesso ingiustamente la *gastrite* e l'*Helicobacter pylori*. Una dilatazione gastrica dopo un pasto pantagruelico, o negli *aerofagici* che inghiottono un

abnorme quantità di aria, può comunque concorrervi facilitando il reflusso gastro-esofageo e l'eruttazione (vedi Capitoli a p. 30 e 118), ma solitamente si tratta di un'alitosi estemporanea e non persistente.

Comprensibilmente, la *incongrua igiene orale* e ogni evento patologico in bocca, quali *gingivite*, *periodontite*, *carie* o *scadente dentatura* (protesi, dentiere), aumenta in modo consistente la frequenza di alitosi. Ciò vale anche per la *rinofaringite*, la *sinusite mascellare* e per la *infiammazione delle tonsille* che talora nelle loro cripte più profonde ospitano dei microcalcolini maleodoranti anche quando l'alito di per sé non è cattivo.

Dato il carattere pratico di questo volume conviene ribadire che *assai raramente l'alito cattivo è attribuibile a rilevanti malattie gastrointestinali* o *extraintestinali* (insufficienza epatica, insufficienza renale, diabete mellito, tumori del cavo orale), nelle quali un'alitosi peculiare c'è, ma è certo l'ultimo dei problemi.

4. Diagnosi di alitosi: sembra facile ma...

Dovrebbe bastare il naso per far banalmente diagnosi di alitosi. Ma da soli è difficile giudicare il proprio alito e non vanno dimenticati coloro, e non sono pochi, convinti di avere un'alitosi senza averla. Se il disturbo (per sé e per gli altri!) diventa veramente un problema quotidiano, allora bisogna che la persona affetta, meglio ancora se accompagnata da un familiare che può confermare la sua versione, consulti un medico "esperto del ramo" e che sia pure non schizzinoso e disposto a verificare personalmente e oggettivamente il fiato maleodorante. Egli deve pure essere consapevole che l'alitosi può variare nella giornata in rapporto al diverso flusso salivare e, nelle donne, a seconda del ciclo (durante la mestruazione l'alitosi peggiora). Sono in vendita apparecchi in grado di dosare almeno i composti volatili solforosi, ma il giudizio sul loro reale potenziale diagnostico rimane comunque controverso, per cui il naso del medico esperto nello specifico va considerato ancora il mezzo migliore. Trovare concretamente questo "medico esperto" che tale sia veramente e non sdrammatizzi il disturbo come frequentemente accade, non è affatto semplice (più facile – ma quanto attendibile? – in ambulatori privati), in quanto, come qualcun ritiene, egli dovrebbe esser in grado di capire solo dall'odore, e con alcuni accorgimenti, se il fiato cattivo nasce dalle tasche periodontali o dagli spazi interdentali, dalla dentiera non pulita a dovere, dalla parte posteriore della lingua o solo dal naso. Comunque, almeno per alcune ore prima di andare a visita per l'alitosi, il paziente non deve bere, mangiare, succhiare caramelle, fumare, masticare *chewing gum* e, naturalmente, non deve pulirsi i denti e usare dei colluttori.



5. Come affrontare da soli il disturbo

Questo medico/dentista/otorinolaringoiatra/igienista orale disponibile, non schizzinoso e specialista in alitosi è purtroppo spesso non... rintracciabile. Potranno risultare allora utili e persino risolutivi alcuni consigli basilari, non tutti facili da mettere in atto. Ovviamente, una corretta igiene della bocca è la cosa da tentare per prima. È vero che rispetto al passato molte più persone oggi giorno si prendono cura di bocca e denti, ma l'igiene quotidiana risulta spesso incongrua, fatta male. Dando per scontato che la dentatura sia soddisfacente, senza carie, tartaro e protesi precarie, queste sono le principali avvertenze:

- Lo *spazzolino* va usato dopo ogni pasto, ma con energici movimenti verticali; quelli orizzontali non puliscono gli spazi interdentali.

- L'uso del *filo interdentale* è raccomandabile. Tuttavia, benché teoricamente ineccepibile, questo consiglio è di difficile attuazione tranne che per i denti incisivi e per i canini. Più maneggevoli sono i cosiddetti "scovolini", ma anche con questi è difficile pulire gli spazi interdentari dei premolari e molari.
- Con *spazzolini* o *raschietti linguali*, sempre che occorra, va pulita la parte posteriore del dorso linguale, ma in modo delicato senza creare micro-abrasioni che peggiorerebbero la situazione. Facile a dirsi, difficile a farsi senza la collaborazione di qualcuno.
- Una volta al giorno, prima di coricarsi, va usato un *buon collutorio*. I gargarismi sono più efficaci del semplice risciacquo in quanto si raggiunge così anche la parte posteriore della lingua. Sono da evitare i colluttori alcolici, fortemente ossidanti, contenenti sostanze tensioattive come sodio dodecilsulfato, e va data la preferenza a quelli a base di clorexidina gluconato allo 0,2%.
- Assumere *fibre alimentari* di qualsiasi tipo (frutta, verdura, cereali, crusca ecc.), capaci come sono di asportare fisicamente residui di cibo, hanno una certa utilità. Si potrebbe ad esempio aggiungerle alla colazione del mattino.
- *Chewing gum* senza zucchero, da masticare per pochi minuti dopo pasti e merende.
- Evitare alcuni cibi come *aglio*, *cipolla*, *grassi animali* e *fritti* (sono tutti direttamente maleodoranti e/o fonte di composti volatili che dall'intestino passano nel sangue per essere quindi espirati). Qualcuno suggerisce di *abolire gli alcolici*, ma non si capisce bene in base a quale evidenza (l'etilista probabilmente associa altri fattori di alito cattivo, come fumo, caffè, alimentazione incongrua, dentizione precaria).
- Meglio *evitare un eccessivo riempimento gastrico* con cibi o con bevande gassate che facilitano l'eruttazione, anche se questa concorre poco e solo saltuariamente all'alitosi.
- *Interrompere il digiuno tra un pasto e l'altro* con una merendina non grassa. Basta anche qualche caramella gommosa o una gomma americana non zuccherata. Non c'è dirimente evidenza sperimentale al riguardo, ma molte volte funziona (maggiore lavaggio salivare mangiando spesso?)
- Bere *abbondante acqua non gassata* per evitare la secchezza orale, specie se si parla spesso e a lungo o se si assumono abitualmente farmaci antispastici.
- Se l'odore cattivo proviene soprattutto dal naso *consultare un otorinolaringoiatra*.

In caso di alito decisamente *fetido e dolciastro (foetor hepaticus)* non cercare di arrangiarsi da soli, ma consultare alla svelta un gastroenterologo, perché il *foetor* sottintende spesso una insufficienza epatica grave. In caso di alito *urinoso*, spia di una insufficienza renale, consultare un nefrologo, e in casi di alito *aromatico* sarà il caso di sentire un diabetologo. È solitamente un odontostomatologo che individuerà come causa di alitosi severa un fortunatamente raro tumore orale (mandibola, tonsille, palato).

2. Bocca cattiva, bruciore orale

Dottore vengo da lei perché ho sempre la bocca “amara”

1. Il problema

Una percentuale oscillante tra l'1% e il 4% della popolazione lamenta un bruciore orale o un bocca “cattiva” più o meno fastidiosi *in assenza di lesioni della mucosa orale*. È quella che gli angloamericani chiamano la *burning mouth syndrome*. Il senso di bruciore può essere avvertito in tutta la mucosa orale, palato e lingua compresi. Assente nei bambini, raro in giovani e in soggetti di media età, il bruciore orale colpisce prevalentemente, benché non esclusivamente, donne anziane o comunque in menopausa.

2. Sintomi

Un *senso di bruciore* più o meno diffuso e intenso può infastidire e allarmare il paziente per mesi o per anni, per poi magari scomparire spontaneamente. Alcune segnalazioni riportano che il bruciore inizia già al mattino, peggiora fino a sera e tende a diminuire o a scomparire la notte, ma a volte il disturbo procede ad “alti e bassi” nella giornata. Sintomi associati sono spesso *ansia* e *depressione*, e resta incerto se queste nevrosi sono secondarie al bruciore o non costituiscano invece una delle cause, in sinergismo con le variazioni ormonali se i pazienti sono donne in menopausa. Al bruciore si associano talora un senso di *intorpidimento* alle labbra o alla punta della lingua, una *bocca “cattiva”* descritta in modo incerto dai pazienti come secca o irritata, o come gusto amaro o metallico.

3. Cause

Molte sono le possibili cause teoriche del bruciore orale, ma capita di frequente che nessuna di queste venga chiaramente identificata, con delu-

sione e non raramente apprensione del paziente. Da taluni il bruciore orale viene considerato una variante atipica della cosiddetta *algia orofacciale* che sembra una scappatoia “tautomerica” per dire cioè in modo pretenzioso che sono danneggiati le fibre nervose periferiche di piccolo calibro del nervo trigemino, le quali controllano in particolare la sensibilità termica e dolorifica. Pure lo *squilibro ormonale* ha probabilmente un ruolo nelle donne, ma il suo impatto è incerto dato che terapia ormonale sostitutiva poche volte risulta risolutiva. *Deficienze nutrizionali minerali e vitaminiche*, un tempo forse ragionevolmente sospettabili, sono oggi di rarissimo riscontro, benché i pazienti vengano spesso trattati inutilmente con polivitaminici e preparati di ferro. Molti esperti sostengono che il bruciore orale sia non di rado dovuto al materiale delle dentiere, a protesi o a impianti incongrui, ma pochissimi dentisti sono disposti ad accettare questa versione. Da qualche decennio la *burning mouth syndrome* è attribuita pure al reflusso di acido dallo stomaco all'esofago e poi alla bocca, ma tale eventualità risulta sicuramente sovrastimata (se ne tratterà a proposito del reflusso gastro-esofageo a p. 30) e infatti la terapia antireflusso, anche nella esperienza personale di chi scrive, quasi mai modifica il bruciore orale. Insomma, il riconoscimento di cosa provoca questo disturbo è alquanto problematico, forse perché vi concorrono fattori multipli. È più facile scoprire la causa quando il bruciore è provocato da patologie ben precise, quali una *micosi orale* (in primo luogo da *Candida Albicans*), o la *Sindrome di Sjögren* (affezione infiammatoria cronica su base autoimmune, caratterizzata tra l'altro dalla distruzione delle ghiandole salivari). Il bruciore orale è il classico disturbo poco amato dal medico perché il rischio di fare brutta figura come terapeuta è decisamente alto ed è poco piacevole pure per il paziente che, oltre a non guarire, trae spesso l'impressione che il curante sottovaluti il suo tormento ritenendolo *tout court* “psicosomatico” se non del tutto immaginario.

4. Diagnosi

La *anamnesi accurata*, che tra l'altro convincerà il paziente di essere preso sul serio, è un cardine della diagnosi. Il medico potrà così valutare più facilmente il peso reale dei fattori causali appena ricordati, accertare la responsabilità di possibili incongruenze alimentari e voluttuarie (fumo, eccesso di superalcolici). Analoga attenzione nell'*esame obiettivo della cavità orale*, esame che non deve essere frettoloso e che può richiedere in qualche caso anche il grattamento della mucosa orale o della lingua con successivo esame microbiologico e colturale (per batteri e soprattutto per il fungo *Candida Albicans*) o persino biopsie da sottoporre poi ad esame istologico. Purtroppo (o per fortuna?) nella gran parte dei/delle pazien-