

**IMPIEGO DI ACQUA MINERALE COME COADIUVANTE
NEL MIGLIORARE L'ABUSO DI LASSATIVI**

L. BITI, P. RESIDORI, A. BATTOCCHIA

**Estratto da EPATOLOGIA, continuazione dell'archivio del centro
scientifico di studi sulle malattie del fegato e del ricambio presso
l'università di roma e presso le terme di montecatini e dei
supplementi monografici di LA CLINICA TERAPEUTICA
Vol. 28 - Fasc. 5 – (settembre/ottobre) 1982**

**Istituti ospitalieri di Verona – Divisione di Gastroenterologia e
Malattie del Matabolismo – (Primario: Prof. P. F. Baratta)**

L'abuso di catartici è una condizione di riscontro non eccezionale nella pratica medica e si vogliono qui ricordare i provvedimenti che possono migliorarlo, dopo aver passato in rassegna le occasioni in cui si può riscontrare più comunemente.

Da tempo immemorabile i lassativi sono stati impiegati nella cura delle malattie del corpo e di quelle della mente (1).

Attualmente, pur essendo scomparsa l'abitudine alla purga settimanale somministrata ai bambini, tende a persistere il senso di colpa per un alvo irregolare e ciò può costituire, negli adulti, il substrato a molti casi di uso ossessivo dei lassativi.

Nel 1937 veniva elencata (2) tutta una serie di affezioni che almeno una parte della classe medica inglese attribuiva alla stitichezza: l'alitosi, la malinconia, la depressione, l'ipotensione, l'asma, il piede piatto ...

Negli U.S.A. nel 1975, sono stati spesi 130 milioni di dollari per 700 differenti tipi di lassativi (3).

Nello stesso anno, nel Regno Unito, il costo per lassativi, nell'ambito del N.H.S., è stato di 7 milioni di sterline.

Da 1 a 3 su 6 persone di età superiore ai 60 anni assumono almeno una dose di lassativo per settimana (4). Ciò non sorprende dato che, col progredire dell'età, si possono avere mutamenti radicali delle abitudini alimentari e dell'attività fisica. In età avanzata è inoltre maggiore l'incidenza della malattia diverticolare.

L'abuso di catartici si rileva in gruppi diversi di pazienti.

Il primo è rappresentato da soggetti con stipsi semplice: in queste persone la stitichezza è presente fin dall'infanzia ed ha portato alla somministrazione di lassativi da parte dei genitori.

In alcune altre la stipsi si evidenzia dopo importanti variazioni di vita e di attività (inizio del lavoro o della scuola, variazioni nelle abitudini dietetiche) oppure quando il soggetto, preso da una attività frenetica, evita di rispondere al normale riflesso della defecazione modificando il riflesso stesso.

Tale situazione viene controllata con l'occasionale somministrazione di lassativi che può divenire in seguito abituale: ciò determina una distensione del colon e la comparsa di turbe funzionali.

Questi soggetti non nascondono il problema della stipsi e la dipendenza dai catartici.

Un secondo gruppo presenta abuso grave di lassativi: questa situazione è di riscontro molto raro e la sua identificazione è difficoltosa dato che i pazienti per problematiche psicologiche anche complesse, fanno di tutto per nascondere la loro assuefazione.

Le turbe per le quali essi giungono all'osservazione medica si concretano in una sindrome caratterizzata da diarrea acquosa, dolori addominali, ipopotassiemia, astenia muscolare: endoscopicamente si evidenzia melanosi colica. In fasi più avanzate le condizioni generali scadono ulteriormente, compare steatorrea con edemi discrasici.

Situazioni così gravi sono eccezionali e di interesse più ospedaliero che ambulatoriale.

Infine, un'altra condizione morbosa, nel corso della quale si può riscontrare abuso di catartici è la sindrome del colon irritabile o colonpatia funzionale.

Di rilievo pressoché quotidiano in un ambulatorio gastroenterologico, essa è caratterizzata da dolore addominale, dispepsia, turbe dell'alvo, presenza di muco nelle feci, aeroclia, possibile intolleranza al latte. Caratteristica è la proporzione fra le buone condizioni generali e l'intensità con cui il soggetto vive la sua "infermità" (5). E comune osservare in questi pazienti il nevrotico, l'ansioso, l'ossessivo.

Il sesso più colpito è quello femminile, nella proporzione di 1,5 : 1,0 secondo alcuni (6), in quella di 5,7 : 1,0 secondo altri (7).

L'età più interessata è la terza-quarta decade, anche se la data d'inizio della sintomatologia, o quella in cui viene posta la diagnosi, può variare dai 10 a oltre i 70 anni (8).

Il dolore addominale è generico e vago e viene riferito di preferenza ai quadranti inferiori o/e agli ipocondri: è sordo e subcontinuo per periodi anche lunghi, potendosi accentuare ed essere avvertito come lancinante; si attenua con lo svuotamento dell'alvo.

Il dolore è il motivo per cui i pazienti si rivolgono al medico numerose volte nell'arco di qualche anno: essi vengono sottoposti a molti controlli radiologici dell'apparato digerente e delle vie biliari e a ripetute visite ginecologiche.

Possono essere evidenziati processi morbosi, nella gran parte dei casi, non responsabili del sintomo "dolore": l'appendicectomia, solitamente

inefficace, è segnalata, nelle varie casistiche, con una frequenza che va dal 4 (6) al 40% (9).

L'irregolarità dell'alvo è uno degli elementi più salienti della sindrome: è presente nel 76% (10) o, secondo altri (11), fino al 91% dei casi. Essa si concreta, in un numero minore di soggetti, con un alvo che viene definito "diarroico": si tratta, in realtà, di 2 o 3 scariche al di con feci poco formate o anche di una sola scarica precipitosa e abbondante dopo la colazione del mattino.

Tuttavia, nella maggioranza dei casi, viene denunciata stitichezza ostinata con feci nastriformi o caprine. In tali casi il paziente è portato ad accedere in lassativi perché convinto del beneficio di una buona frequenza dell'alvo: "egli comincia ad essere sottomesso al proprio intestino e le caratteristiche e la frequenza delle evacuazioni attraggono sempre di più la sua attenzione" (12).

In conclusione, l'abuso di catartici si può riscontrare in situazioni differenti tra loro: quindi i tentativi di ridurre l'assunzione di lassativi, data la loro dannosità, non possono procedere per vie univoche ma devono tener conto della situazione particolare.

Nell'intento di "disassuefare" dai lassativi si ricorre a due o più dei seguenti provvedimenti:

- a) diete ricche di fibra vegetale (5) (13),
- b) aumento della quantità di liquidi nella dieta (12) (13),
- c) impiego di olio minerale (14),
- d) impiego di antispastici e, se necessario, di ansiolitici (5).

Vengono indicate anche tecniche di condizionamento (14).

A proposito del punto b) si è voluto, con il presente studio clinico controllato, verificare la possibilità di impiego - in una composita strategia anti-stipsi - di un'acqua minerale bicarbonato-alcalino-calcica (Acqua Uliveto).

Materiali e metodi

Sono stati selezionati 30 soggetti che presentavano abuso di lassativi in corso di stipsi cronica semplice o di stipsi associata a dolico-colon e/o a diverticolosi colica; altri soggetti infine erano affetti da colonpatia funzionale nella variante con stipsi.

Sono stati esclusi pazienti con stitichezza secondaria a lesioni organiche e a malattie infiammatorie o con stipsi in corso di malattie sistemiche.

Tali pazienti venivano accuratamente selezionati, e veniva loro consigliata una dieta appropriata e la ripresa di una moderata ma costante attività fisica.

I pazienti così selezionati erano attribuiti a caso al trattamento con acqua Uliveto (1-1,5 l/dì) o con acqua di fonte secondo una lista di randomizzazione.

La valutazione dell'efficacia dei trattamenti è stata basata sul rilievo dei seguenti parametri:

- numero di evacuazioni per settimana;
- numero di dosi di lassativo assunte per ogni settimana;
- difficoltà ad evacuare (da 0 = nessuna difficoltà; a 4 = grave difficoltà);

- dolori addominali (da 0 = assenti, a 4 = molto marcati);
- senso di pesantezza e/o di gonfiore postprandiale;
- difficoltà ad assumere la quantità di acqua prescritta quotidianamente (da 0 = nessuna difficoltà; a 4 = impossibilità assoluta).

Tali rilievi erano eseguiti prima dell'inizio e dopo 15 e 30 giorni di trattamento.

All'inizio e alla fine erano valutati il peso corporeo, la PA sistolica e diastolica, la crasi ematica e i principali parametri di funzionalità epatica e renale.

Tabella 1 Descrizione ed omogeneità della casistica

	Uliveto	Acqua di fonte	Omogeneità
N° pazienti	15	15	
m/f	6/9	5/10	NS
Età (media \pm ES)	40,8 \pm 3,32	41,4 \pm 3,82	NS
Limiti	24 - 72	19 - 68	
Malattie gastro-enteriche concomitanti			
— Colelitiasi	6	4	NS
— Diverticolosi	3	3	

Risultati

La tabella 1 sintetizza la casistica trattata.

La tabella indica che i 2 gruppi sono risultati soddisfacentemente omogenei per le variabili considerate.

La tabella 2 riporta i risultati ottenuti nei 2 gruppi trattati con Uliveto (U) e con acqua di Fonte (F).

La tabella indica che:

Numero di evacuazioni per settimana

Il numero di evacuazioni è passato nel gruppo Uliveto da meno di 2 per settimana a 4,2 dopo 15 giorni e a 4,4 dopo un mese (+ 58,8% e + 60,1%) contro un incremento del 34,1% sia dopo 15 che 30 giorni nel gruppo controllo.

L'analisi della varianza idrica che l'incremento nel gruppo Uliveto è significativamente superiore a quello del gruppo controllo ($F = 3,98$; $P < 0,05$).

Consumo di lassativi per settimana

Parallelamente alla normalizzazione dell'alvo il gruppo Uliveto ha praticamente sospeso l'uso di lassativi (da quasi 4 dosi/settimane e 1 dose/settimana dopo 1 mese).

Il gruppo controllo ha pure presentato una riduzione dell'uso dei lassativi (da quasi 4 dosi/settimana a 2,4 dosi/settimana).

La differenza tra i 2 gruppi è risultata prossima alla significatività statistica ($F = 2,81$; $P < 0,10$).

Tabella 2Risultati ottenuti nei 2 gruppi: medi \pm ES ed analisi della varianza

		Settimana precedente	Giorni 15	Giorni 30	Interaz. gruppi \times tempo
N° evacuazioni/settimana	U	1,73 \pm 0,12	4,20 \pm 0,26	4,40 \pm 0,21	F = 3,98 P < 0,05
	F	1,93 \pm 0,12	2,93 \pm 0,15	2,93 \pm 0,15	
Assunz. lass./settimana	U	3,60 \pm 0,16	1,53 \pm 0,19	1,00 \pm 0,24	F = 2,81 P < 0,10
	F	3,53 \pm 0,27	2,40 \pm 0,25	2,40 \pm 0,27	
Difficoltà ad evacuare	U	2,40 \pm 0,16	1,13 \pm 0,09	0,73 \pm 0,15	F = 3,73 P < 0,05
	F	2,27 \pm 0,12	2,13 \pm 0,09	2,00 \pm 0,14	
Dolori addominali	U	1,13 \pm 0,13	0,93 \pm 0,12	0,73 \pm 0,12	F = 1,62 N S
	F	1,33 \pm 0,16	1,00 \pm 0,14	1,13 \pm 0,13	
Senso di pesantezza/gonfiore	U	1,47 \pm 0,17	1,07 \pm 0,07	1,00 \pm 0,10	F < 1 N S
	F	1,60 \pm 0,16	1,20 \pm 0,11	1,40 \pm 0,13	
Difficoltà ad assumere l'acqua	U	0,93 \pm 0,18	0,87 \pm 0,17		F = 3,41 P < 0,05
	F		2,13 \pm 0,13	2,07 \pm 0,12	

Difficoltà di evacuare

Anche la difficoltà di evacuare si è ridotta in modo sostanziale nel gruppo Uliveto (- 70%) ed è rimasta quasi invariata nel gruppo controllo (- 12%).

Anche in questo caso la differenza tra gruppi è risultata significativa ($F = 3,73\%$; $P < 0,05$).

Dolori addominali, senso di peso e/o di gonfiore

Tali sintomi erano modesti all'inizio del trattamento in entrambi i gruppi e non hanno presentato modificazioni sostanziali. Nessuna differenza tra gruppi.

Difficoltà ad assumere la quantità di acqua prescritta

Praticamente nessuna difficoltà nel gruppo Uliveto (ottima palatabilità), discreta difficoltà nel gruppo controllo. La differenza tra i gruppi è risultata significativa ($F = 3,41$; $P < 0,05$).

Peso corporeo, frequenza cardiaca, pressione arteriosa sistolica e diastolica (Tab. 3)

Non hanno presentato modificazioni di rilievo durante il mese di studio. Solamente la pressione arteriosa diastolica ha presentato una riduzione significativa nel gruppo controllo (6 mmHg).

Tabella 3 Medie \pm ES e differenze prima-dopo per le variabili elencate

	Gruppo	N	Prima	Δ (Prima-Dopo)
Peso corporeo (Kg)	U	15	56,8 \pm 3,4	- 0,8 \pm 0,4
	F	15	56,8 \pm 1,6	- 0,6 \pm 0,3
Frequenza cardiaca (batt/min)	U	15	71,6 \pm 1,7	1,9 \pm 2,3
	F	15	75,3 \pm 2,3	- 1,1 \pm 1,5
Press. art. sist. (mmHg)	U	15	142,0 \pm 2,3	- 3,3 \pm 2,6
	F	15	143,0 \pm 2,5	- 6,0 \pm 3,3
Press. art. diast. (mmHg)	U	15	86,3 \pm 2,5	- 2,3 \pm 2,6
	F	15	87,0 \pm 2,5	- 6,0 \pm 1,6 (*)

(*) = Differenza significativa tra tempi

Tabella 4Medie \pm ES e differenze prima-dopo dei principali esami di laboratorio

	Gruppo	N	Prima	Δ (Prima-Dopo)
Eritrociti (milioni/mm ³)	U	12	4,78 \pm 0,09	0,08 \pm 0,07
	F	11	4,95 \pm 0,08	- 0,06 \pm 0,07
Hb (g%)	U	12	14,6 \pm 0,22	0 \pm 0,97
	F	11	15,2 \pm 0,28	- 0,58 \pm 0,26 (*)
Ht	U	12	41,9 \pm 0,31	- 0,08 \pm 0,57
	F	11	42,3 \pm 0,47	- 0,54 \pm 0,69
Leucociti (migliaia/mm ³)	U	12	6,2 \pm 0,15 (**)	0,5 \pm 0,22 (*, **)
	F	11	7,1 \pm 0,35	- 0,5 \pm 0,19 (*)

(*) = Differenza significativa tra tempi

(**) = Differenza significativa tra gruppi

Tabella 5Medie \pm ES e differenze prima-dopo dei principali esami di laboratorio

	Gruppo	N	Prima	Dopo (Prima-Dopo)
Glicemia	U	15	92,7 \pm 3,2	- 5,1 \pm 1,6 (*)
	F	15	92,4 \pm 3,3	- 6,9 \pm 2,1 (*)
Uricemia	U	15	6,6 \pm 0,2	- 0,3 \pm 0,1 (*)
	F	13	6,3 \pm 0,3	- 0,2 \pm 0,1
Creatininemia	U	9	0,83 \pm 0,04	- 0,03 \pm 0,03
	F	8	0,86 \pm 0,03	- 0,04 \pm 0,03
Azotemia	U	13	15,8 \pm 0,8	0,1 \pm 0,1
	F	11	17,1 \pm 0,6	- 0,5 \pm 0,9

(*) = Differenze significative tra tempi

Tabella 6Medie \pm ES e differenze prima-dopo dei principali esami di laboratorio

	Gruppo	N	Prima	Δ (Prima-Dopo)
Na ⁺ (m Eq/L)	U	10	138,8 \pm 1,3	- 1,3 \pm 1,5
	F	10	139,9 \pm 1,4	- 1,5 \pm 1,6
K ⁺ (m Eq/L)	U	10	4,2 \pm 0,1	- 0,2 \pm 0,1
	F	10	4,3 \pm 0,1	- 0,3 \pm 0,1 (*)
Cl ⁻ (m Eq/L)	U	10	102,3 \pm 0,8	- 1,6 \pm 0,8
	F	10	102,2 \pm 0,7	- 1,9 \pm 0,9

(*) = Differenza significativa tra tempi

Tabella 7Medie \pm ES e differenze prima-dopo dei principali esami di laboratorio

	Gruppo	N	Prima	Δ (Prima-Dopo)
SGOT	U	15	18,8 \pm 2,1	1,2 \pm 1,6
	F	14	21,9 \pm 2,2	- 2,2 \pm 0,9 (*)
SGPT	U	15	23,3 \pm 3,1	- 3,1 \pm 1,5 (*)
	F	14	20,3 \pm 1,9	0,1 \pm 1,3
Bilirubinemia totale	U	13	0,8 \pm 0,06	- 0,05 \pm 0,05
	F	8	0,7 \pm 0,07	0,05 \pm 0,07
Colesterolemia	U	13	230,0 \pm 7,9	- 17,7 \pm 2,0 (*)
	F	12	218,3 \pm 9,1	- 15,0 \pm 5,6 (*)
Trigliceridemia	U	13	154,6 \pm 6,3 (**)	- 24,2 \pm 4,8 (*)
	F	12	121,7 \pm 7,3	- 10,4 \pm 6,8

(*) = Differenza significativa tra tempi

(**) = Differenza significativa tra gruppi

Esami di laboratorio

Le tabelle 4-7 sintetizzano i risultati ottenuti.

Differenze significative “tra gruppi” sono state osservate per il numero di leucociti, più elevato nel gruppo controllo al rilievo basale per la trigliceridemia, più elevata nel gruppo Uliveto sempre al controllo basale.

Le altre modificazioni significative osservate all’interno di ciascun gruppo non sembrano essere clinicamente rilevanti e comunque non differenti, statisticamente da quelle rilevate nel gruppo Uliveto o nel gruppo controllo.

Discussione e conclusione

Il compito forse più difficile nella disassuefazione dall'uso cronico di lassativi nella stipsi cronica, non sostenuta da cause organiche, è quello di convincere in primo luogo il paziente che l'avo quotidiano non è necessariamente un indice di benessere fisico.

Per raggiungere tale obiettivo viene da noi attuata una strategia terapeutica individualizzata ma basata su alcuni punti comuni e semplici che riteniamo di estrema importanza precisamente:

Dieta: aumento di cibi ad alto contenuto di scorie indigeribili.

Igiene: aumento graduale dell'attività fisica sulla base delle possibilità e delle preferenze individuali.

Farmaci: graduale riduzione dell'uso di lassativi invitando il paziente ad assumere tali farmaci solo nel caso che lo ritengano assolutamente necessario.

Bevande: incrementare l'apporto idrico per combattere l'eventuale presenza di un esagerato riassorbimento intestinale di liquidi e comunque per interagire con le diete ad alto contenuto di scorie creando così le condizioni per la cosiddetta "dieta a basso rischio" che riduce lo stato spastico del colon, consentendo una maggiore velocità di transito (3, 4, 5).

Recentemente è stato ipotizzato che alcune acque minerali, e in particolare l'acqua Uliveto, potessero costituire un provvedimento coadiuvante la strategia per la disassuefazione dell'uso cronico di lassativi.

Il nostro studio, condotto in condizioni controllate su 2 gruppi di 15 pazienti ciascuno, affetti da stipsi cronica sostenuta dall'abuso di lassativi, ha

dimostrato che l'impiego di acqua Uliveto in ragione di 1-1,5 litri/dì è risultato utile nel favorire la normalizzazione dell'alvo e nel ridurre il consumo di lassativi in modo statisticamente superiore rispetto ai pazienti ai quali era stato consigliato lo stesso schema terapeutico ma con acqua di fonte.

Inoltre i trattati con Uliveto hanno presentato una sostanziale riduzione della difficoltà ad evacuare ed una maggiore "compliance" nell'assumere il quantitativo di acqua prescritto quotidianamente.

Riteniamo pertanto che l'acqua minerale Uliveto possa essere utilmente impiegata come coadiuvante per il trattamento della stipsi cronica sostenuta dall'abuso di lassativi.

Riassunto

Gli A.A. riferiscono su uno studio controllato condotto in 2 gruppi di 15 pazienti, affetti da stipsi cronica sostenuta dall'abuso di lassativi.

E' stato rilevato che l'impiego di acqua Uliveto in ragione di 1-1,5 litri al giorno favorisce la normalizzazione dell'alvo e riduce il consumo di lassativi in modo statisticamente superiore rispetto ai pazienti ai quali era stato consigliato lo stesso schema terapeutico ma con acqua di fonte.

BIBLIOGRAFIA

- 1) COOKE W. T. - *Clinics in gastroenterology. The GI Tract in stress and psychosocial disorder*. Saunders Company, 1977.
- 2) WITTS L. J. - *Ritual purgation in modern medicine*. Lancet i: 427-430, 1937.
- 3) BINDER H. J., DANOWITZ M. - *A new look at laxative action*. Gastroenterology 69: 1001-1005, 1975.
- 4) CONNELL A. M., HILTON C., IRVINE G., LENNARD - JONES J. E., MISIEWICZ J. J. - *Variation of bowel habit in two populations*. British Medical Journal ii: 1093-1099, 1965.
- 5) FILDING J. F. - *Clinics in gastroenterology. The GI tract in stress and psychosocial disorder*. Saunders Company, 1977.
- 6) WALLER S. L., MISIEWICZ J. J. - *Prognosis in the intractable bowel syndrome*. Lancet ii: 753-756, 1969.
- 7) WHITE . M. - *A study of 60 cases of membranous colitis*. Lancet ii: 1229-1235, 1905.
- 9) KEELING P. W. N., FIELDING J. F. - *The irritable bowel syndrome. A review of 50 consecutive cases*. Journal of the Irish Colleges of Physicians and Surgeons 4: 91-94, 1975.
- 10) HAVIA T., MANNER R. - *The irritable colon syndrome. A follow-up study with special reference to the development diverticula*. Acta Chirurgia Scandinavica 137: 569-572, 1971.

- 11) BOCKUS M. L., BANK J., WILKINSON S. A. - *Neurogenic monconsc colitis*. American Journal of Medical Science 176: 813-829, 1928.
- 12) SPIRO M. M. - *Gastroenterologia Clinica*. "Il Pensiero Scientifico" Editore Roma, 1970.
- 13) AVERY JONES F., GUMMER J. W. P., LENNAR-JONES J. E. - *Manuale di Gastroenterologia Clinica*. Aulo Gaggi Ed. Bologna, 1971.
14. SCHSTER M. M. - *Clinics in Gastroenterology. The GI tract in stress and psychosocial disorder*. Saunders Company, 1977.