

**Modificazioni del microbiota intestinale in gravidanza e possibili patologie correlate**

Dott. C.A.De Marzi

Siccome abbiamo visto come l'infiammazione da patogeni rappresenti il 30% delle possibili cause di rischio pretermine, com'è possibile agire clinicamente? Ritieni che INATAL, *Enterococcus faecium* L3 + *B. animalis* subsp. *lactis* BB12, sia un potenziale ausilio in questo caso? Per quanto tempo e quando inizierebbe la terapia?

Si deve sempre partire da un'anamnesi accurata, prendendo in considerazione che esiste un diverso approccio nell'accompagnare la gravidanza di una ragazza sana, giovane, in buon equilibrio alimentare, cioè una gestazione rigorosamente fisiologica, da quello che è consigliabile nei confronti della gestazione di una donna più matura o che presenta maggiori fattori di rischio sia per disbiosi intestinale che per pregresse patologie del genito urinario. In quest'ottica, per quanto riguarda l'integrazione con i probiotici, c'è chi sostiene che si debba intervenire a partire dalla 26esima settimana di gravidanza, chi invece più anticipatamente. Secondo me non solo è utile l'apporto di bifidi e dell'*Enterococcus faecium* L3, ma è necessario partire con il trattamento molto presto, già dopo 13-14 settimane, soprattutto in quelle pazienti che anamnesticamente hanno già evidenziato problematiche di vaginosi e/o storie di infezioni urinarie. In queste pazienti è importantissimo agire con INATAL molto precocemente, già dalla 13esima settimana e proseguirlo per tutta la gravidanza, andando poi a riferire al neonatologo questa possibile instabilità nel microbiota della madre, in modo che si possa supplementare il neonato con bifidi e dare continuità terapeutica. Il collegamento multidisciplinare è fondamentale, se noi ginecologi riuscissimo ad intercettare le donne che si avvicinano ad una gravidanza e ad intervenire in modo precoce riequilibrando il microbiota, potremmo favorire un decorso più fisiologico della gestazione e ridurre il rischio di problematiche nel neonato.

La donna celiaca è una donna che ha una forte permeabilità intestinale. Nella donna in gravidanza che viene dalla celiachia, meglio INATAL con attività anti-Gram negativi oppure GLIADINES con attività direttamente nei confronti della gliadina?

Io in molti casi di celiache che presentavano all'inizio della gravidanza problematiche ho associato entrambi, sia iNatal che GLIADINES, in questo modo con il primo riduciamo la carica di gram-negativi patogeni e con il secondo la tossicità della gliadina e l'infiammazione correlata.

In caso di endometriosi, che molto spesso è legata anche all'infertilità, è meglio agire sull'intestino, quindi INATAL, o a livello vaginale con Crispact, spingendo i lattobacilli che poi risalgono a livello endometriale?

Le due cose non sono in contraddizione, nel senso che è dimostrato quanto valida sia, attraverso la via intestinale, la colonizzazione vaginale del CRISPACT, ed è importantissimo ripristinare l'equilibrio del microbiota vaginale nell'ambito della paziente con endometriosi o che ha una storia di vaginosi. In questo senso è molto importante lo studio vaginale per tutto ciò che afferisce ad infertilità e PMA, perché ci sono evidenze che una disbiosi vaginale ha poi conseguenze a livello cervicale ed endometriale. Se si pensa di normalizzare il microbiota vaginale senza però aver sistemato quello intestinale, si avranno ricorrenze continue. Noi

ginecologi oggi dobbiamo lavorare non concentrandoci solo sul genito-urinario, ma anche a livello intestinale. Quindi iNatal e Crispact sono la soluzione per entrambi i distretti.

Una possibile problematica all'utilizzo concomitante di iNatal e Crispact può essere il costo. Come la vede lei?

Vero che il costo può essere alto, ma ricordiamo che la terapia probiotica prevede l'uso di un determinato batterio specifico per un distretto e che la breve durata non ha assolutamente alcun significato. **INATAL** deve essere utilizzato nella gravida che presenta infezioni uro-genitali ricorrenti al fine di limitare il rischio di parto-pretermine, mentre **CRISPACT** prima della gravidanza in caso di infertilità idiopatica o nelle donne che si devono sottoporre alla PMA.

Nella sua pratica clinica, quali sono i campanelli d'allarme che devono far sospettare al ginecologo che quella donna potenzialmente possa avere un rischio maggiore di avere un'inflammazione LPS mediata in eccesso rispetto a quella fisiologica?

Sicuramente la storia clinica, cioè una paziente in cui controlli il cavo orale e chiedi se ha sensazioni frequenti di gonfiore addominale, il tipo di alvo, il tipo di alimentazione, storie di infezioni vaginali, cistiti, quindi tutto ciò che può richiamare la possibilità di una disbiosi intestinale è da tenere attenzionata. Non dimentichiamo anche storie di terapie antibiotiche ripetute. Dal mio punto di vista, negli ultimi 40 anni passati da ginecologo ospedaliero, ho trovato poche donne che non avessero l'utilità da giovare di uno specifico probiotico intestinale. Quindi se posso dare un consiglio, ovviamente mantenere la personalizzazione della terapia, ma dalla mia esperienza, sarebbe necessario dare iNatal a tutte queste donne.

In caso di disbiosi del cavo orale, possiamo dare dei probiotici che aiutano l'eubiosi del cavo orale? Come si può identificare una disbiosi del cavo orale in maniera semplice?

All'inizio della gravidanza, un'occhiata alla bocca è importante soprattutto nella valutazione della presenza di tartaro, gengiviti, ritrazioni gengivali, storia di tonsilliti batteriche o virali. Nel caso di un quadro simile sicuramente **BACTOBLIS** fa al caso nostro, con un'evidenza ormai tra le più consolidate nel ridurre infezioni virali e batteriche e ripristinare l'eubiosi del cavo orale.