



Le infezioni intestinali nella prima infanzia e rischi correlati alla disbiosi

D.ssa M.T. Illiceto

Considerando l'impatto del microbiota sulle infezioni, quanto pesa l'utilizzo dell'antibiotico nelle recidive? Come possiamo intervenire? È consigliabile un probiotico?

Uno studio mostra come ci sia un effetto cumulativo nella riduzione dell'alfa-biodiversità e della quantità di batteri che aiutano a costruire un microbiota sano ad ogni ciclo di antibiotico. Ripristinare un microbiota sano diventa poi complicato in quanto i batteri che risentono di più del ciclo di antibiotico sono i bifidobatteri e i lattobacilli, che sono tra l'altro quelli che abbiamo la possibilità di ripopolare grazie ai probiotici a nostra disposizione. Quindi il consiglio è, laddove fosse necessario utilizzare l'antibiotico, fornire a questi pazienti dei probiotici per ripristinare l'eubiosi. I probiotici somministrabili dipendono dall'età del paziente, in quanto è diverso se io sottopongo a terapia antibiotica un lattante piuttosto che un divezzo, in quanto so già che la composizione del suo microbiota è differente e al lattante serviranno bifidobatteri fondamentalmente. È fondamentale anche capire come somministrare un probiotico, in quanto non può essere somministrato per pochi giorni ma, per essere efficace, deve essere protratta l'assunzione per almeno 3 mesi.

Come impattano i vari driver di disbiosi sul microbiota nella prima infanzia? Come si può intervenire quando si presentano driver di disbiosi come il parto pretermine?

La popolazione più studiata, per quanto riguarda l'effetto dei driver di disbiosi, è proprio la pediatrica. Abbiamo tantissimi di questi driver di disbiosi, legati sia alla gravidanza che al parto, in quanto non dobbiamo dimenticare che c'è un trasferimento di corredo microbico dalla madre al bambino già in epoca fetale. Quindi laddove so che c'è un bambino che nasce da una mamma disbiotica, ad esempio con malattia celiaca, piuttosto che un bambino che nasce da un parto pretermine e magari allattato con un latte di formula, immagino che tutto questo vada ad impattare negativamente sul suo microbiota intestinale. Questo porta verosimilmente ad una carenza di bifidobatteri, per cui a maggior ragione proporrò un prodotto adeguato contenente questi batteri. Diversi lavori ci dicono che esiste un ceppo specifico, il *Bifidobacterium bifidum* PRL2010, **BACTOPRAL**, che aiuta a ripristinare un sano microbiota intestinale. Non dimentichiamo che tra i diversi studi, una delle poche patologie in cui c'è un'indicazione specifica all'utilizzo dei probiotici è la prevenzione dell'enterocolite necrotizzante del neonato. Quindi nel neonato pretermine utilizzare il PRL2010, che ha dimostrato capacità nel prevenire questa patologia, sicuramente direi che è quasi obbligatorio. Nei casi particolari, come quelli che presentano una predisposizione genetica per celiachia, sappiamo che già il fatto stesso che sia presente questa predisposizione determina un microbiota intestinale disbiotico. Anche qui abbiamo la possibilità di supplementare i pazienti con dei ceppi specifici come il *Bifidobacterium longum* ES1, **GLIADINES**, che ha dimostrato anche in studi su bambini predisposti geneticamente a celiachia, di essere in grado di ridurre la disbiosi in questi pazienti.

Per quanto riguarda IBS di tipo diarroico, Gliadines può essere di aiuto?

Per quanto riguarda l'IBS di tipo diarroico, se non si parla di soggetti con predisposizione alla celiachia, penso che la cosa migliore possa essere un'associazione di bifidobatteri ed

Enterococcus. Un buon probiotico ad esempio potrebbe essere **INATAL PED** che, nei bambini sopra i due anni di età, può migliorare la disbiosi grazie alle proprietà dimostrate dai ceppi *B. animalis* subsp. *lactis* BB12 ed *Enterococcus faecium* L3, contenuti in questo probiotico.

Le terapie antibiotiche a piccolo dosaggio ma di lunga durata hanno lo stesso impatto nella disbiosi delle terapie orali giornaliere a breve durata?

Direi di sì, in quanto ci sono studi condotti su bambini che fanno ad esempio profilassi per le infezioni delle vie urinarie, e che quindi fanno questo tipo di terapie antibiotiche, che dimostrano come questi siano pazienti disbiotici e sviluppino infezioni anche micotiche, in quanto il loro livello d'immunocompetenza si riduce. Quindi in questi pazienti è consigliabile una supplementazione che non può essere la stessa proposta per un evento acuto, ed infatti sono bambini che fanno queste terapie anche per anni, assumendolo magari per 20 giorni al mese sospendendo il trattamento solo per una settimana.

Per quanto riguarda i parassiti, è meglio dare probiotici oppure non si devono dare finché non è stata eliminata l'infezione e poi dopo iniziare la somministrazione del probiotico?

Dipende dalle situazioni. Molto spesso, quando cominciamo a vedere delle ossiuriasi, che sono comunissime in età pediatrica e scolare, ricorrenti e non occasionali, mostrando anche disturbi urinari, c'è la necessità di aiutare questi pazienti con probiotici. Alcune parassitosi spesso si associano ad infezioni batteriche perché c'è una sorta di collaborazione tra alcuni batteri, come *E. coli*, ed alcuni di questi parassiti. Tutto ciò ci deve far capire come sia importante aiutare il microbiota intestinale a raggiungere o mantenere un benessere, somministrando a questi pazienti un probiotico adatto.

Ha esperienza sull'uso della berberina in pediatria in caso di diarrea importante?

Sì, la utilizzo ed effettivamente ho ottenuto degli ottimi risultati. Per la diarrea è una scelta migliore una berberina non biodisponibile, quindi che abbia un'attività prettamente locale, come quella contenuta nel prodotto **DIBESSE**.