



Disordini funzionali gastro-intestinali come effetti della disbiosi IBS, diarrea e stipsi. Casi clinici

Ds M.T. Illiceto

I disturbi funzionali gastrointestinali (DFGI) sono definiti, secondo i Criteri Roma IV, come disturbi dell'asse intestino-cervello con andamento bidirezionale; la rilevanza dei DFGI è molto elevata nel mondo e in continuo aumento.

Dopo la descrizione delle varie forme di IBS e della diarrea e stipsi funzionali, rispetto all'età e al sesso, vengono analizzati i criteri per una diagnosi differenziale per arrivare a stabilire uno standard di terapia.

Recentemente nell'asse intestino-cervello si è inserito un terzo attore, il microbiota intestinale, in grado di mediare la comunicazione tra i due sistemi attraverso meccanismi neuronali, endocrini, immunologici e metabolici.

Nei soggetti disbiotici si osservano alterazioni rispetto a tutta una serie di metaboliti e neuromediatori e anche uno stato infiammatorio di basso grado.

Il microbiota intestinale dei pazienti con IBS presenta un incremento di 2 volte del rapporto *Firmicutes/Bacteroidetes* e una riduzione di 1,5 volte dei bifidobatteri mentre nell'IBS-D un forte aumento dei *Bacteroidetes*, una infiammazione di basso grado legata all'aumento di *Bacteroides fragilis* ed una riduzione di bifidi e lattici e anche dei batteri produttori di butirrato.

IBS-post infettivo: tra il 10 e il 20% di soggetti che hanno avuto gravi infezioni gastro-intestinali sviluppano in seguito una IBS.

Analisi più sofisticate hanno riscontrato nell'IBS una riduzione del metabolismo delle purine; questo dato si abbina nell'IBS-C ad una riduzione degli SCFA e nell'IBS-D ad un aumento della triptamina e degli acidi biliari.

Anche l'alimentazione ha un ruolo nella fisiopatogenesi dell'IBS, specie in riferimento al glutine e agli alimenti ricchi di FODMAPs.

Una analisi cinese recente suggerisce di effettuare lo screening per allergie inalatorie, supponendo un meccanismo fisiopatologico comune con l'IBS.

Riguardo la terapia per il controllo dei sintomi dell'IBS, si prevedono cambiamenti nelle abitudini nutrizionali ed alimentari, farmaci, probiotici, terapie per malattie mentali e, tra i nuovi approcci, il trapianto di microbiota fecale, eseguito da donatori con microbiota ricco di bifidobatteri e l'uso di immunoglobuline bovine siero-derivate (SBI).

Analisi dei casi clinici; bambina di 8 anni con IBS-D, bambino di 10 anni con IBS-C.

- Analisi dell'efficacia della GFD nella riduzione dei sintomi da IBS in pediatria, poco praticabile.
- FODMAPs come trigger dell'IBS e conseguente dieta low-FODMAPs che risulta efficace nel 50-80% dei casi, riducendo meteorismo, diarrea e sintomi globali. Tale dieta è controindicata per lunghi periodi nei bambini, non è equilibrata, si può seguire per un periodo, reintroducendo in seguito un alimento alla volta.
- Ruolo della supplementazione di fibre nell'alimentazione adatta al paziente con IBS, che non viene indicata per i bambini.
- Ruolo dei probiotici, che risultano efficaci in base allo specifico ceppo utilizzato, soprattutto bifidi come il *B.longum* ES1 che ha dimostrato riduzione dei sintomi nell'IBS-D e anche dei livelli di zonulina e delle citochine pro-infiammatorie.
- Ruolo della berberina nel controllo della diarrea sia acuta che funzionale, anche in combinazione con opportune fibre gelificanti e melatonina.

Caso clinico: bambina con stipsi funzionale. La stipsi funzionale si affronta con integrazione di probiotici e macrogol. Bambina di 5 anni con diarrea funzionale e terapia conseguente, compresi i probiotici e riduzione dei succhi di frutta.

La disbiosi si conferma uno dei principali fattori scatenanti dell'IBS, e sarebbe necessario affrontarla già nella primissima infanzia o addirittura nella madre prima del parto.