



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

Casi clinici

D.ssa M. T. Illiceto

La diagnosi di IBS post-infettiva prevede gli stessi esami di screening dell'IBS o è consigliabile eseguire altre indagini?

Sostanzialmente sono gli stessi esami. Di fatto, nella maggior parte delle forme acute di gastroenterite, se sono auto-risolventi nell'arco di 10 giorni, nessun pediatra fa effettuare una coprocultura o altre indagini. Ultimamente ci capita di verificare che pazienti arrivano con una sindrome di IBS post-infettiva, a cui effettuiamo una ricerca di virus, parassiti e batteri in PCR real-time, a volte riscontriamo la presenza di parassiti piuttosto che frammenti di DNA di microrganismi che sono in fase di eliminazione. Questo per risalire alla causa dell'IBS ma non necessariamente quel batterio in quel momento è presente vivo. Spesso quindi in questo caso si fanno delle coproculture in concomitanza per decidere se è necessario trattare con antibiotico.

C'è un ruolo effettivo del trapianto fecale in pediatria?

Il trapianto fecale attualmente è autorizzato soltanto per alcuni quadri clinici come le coliti pseudomembranose gravi da *Clostridium difficile*, quindi quelle che non rispondono alla terapia. Ci sono studi anche in pazienti con IBD ma per ora ne possono usufruire solo i pazienti arruolati in questi gruppi di ricerca. Verosimilmente arriveremo con il tempo ad utilizzarlo in modo esteso.

Esiste una sovrapposizione tra IBS e SIBO?

Studi dimostrano che c'è una percentuale di pazienti con IBS associata a SIBO. Però non c'è una differenziazione nel tipo di microbiota, cioè non si può ancora distinguere un paziente che ha IBS associata a SIBO da un IBS, soprattutto di tipo diarroico, senza SIBO.

È possibile utilizzare la berberina nel bambino per la diarrea funzionale?

La stiamo utilizzando nei bambini più grandi con ottimi risultati, come supplementazione. Francamente, prima di pensare ad una terapia antibiotica, in un bambino con una diarrea funzionale o con un IBS a prevalenza diarroica, preferisco modifiche dietetiche, comportamentali, utilizzo di probiotici e berberina, piuttosto che dare antibiotici in maniera non mirata.

Ha mai osservato correlazioni tra bimbo con reflusso gastro-esofageo progressivo e IBS successivamente nella sua età evolutiva?

Sì, se parliamo di reflusso della prima infanzia, cioè di un lattante con un reflusso fisiologico o legati a pazienti che hanno delle disbiosi. Ai bambini che hanno reflusso, che cominciano ad avere una scarsa crescita e che magari hanno un alvo scomposto, facciamo il test fecale. Spesso questi sono bambini che sono stati in terapia intensiva, che sono stati sottoposti a terapia antibiotica e che migliorano senza dare antiacidi. Ci sono invece bambini che hanno un reflusso funzionale oppure allergici che arrivano ad avere dei vomiti per allergia alle proteine del latte vaccino non IgE-mediata. In questi pazienti, a distanza, possiamo avere dei quadri di IBS.

Ci sono casi di IBS che precedono l'esordio di diarrea? Sono fenomeni correlati?

Le evidenze cliniche ci dicono che c'è un limite molto sottile tra una IBS a prevalenza diarroica e una diarrea funzionale. Ci dà indicazioni, oltre il dolore, la fascia di età: se parliamo di diarrea funzionale, questa ha una definizione in una determinata fascia di età che è quella molto precoce.

Qual è il dosaggio della berberina come antidiarroico nell'adulto?

250 mg di berberina 1-2 volte al giorno. Utilizziamo questo dosaggio anche nei bambini.