



Patologie organiche gastrointestinali, cause o effetti della disbiosi le malattie infiammatorie croniche intestinali

D.ssa M. T. Illiceto

Quale ruolo ha la calprotectina fecale nella diagnosi e nel follow up delle malattie infiammatorie croniche intestinali?

La calprotectina fecale è indicata dalle Linee guida come uno dei primi esami che noi dobbiamo effettuare per avere una fotografia iniziale, ma il suo ruolo è fondamentale anche nel follow up delle malattie infiammatorie intestinali. Non è la sola calprotectina che deve essere valutata, e questo lo dico perché adesso è stata talmente utilizzata e forse anche sopravvalutata che ci arrivano genitori preoccupatissimi nel momento in cui abbiamo valori di calprotectina fecale elevati, a maggior ragione quando il paziente ha già una diagnosi. In realtà, noi dobbiamo considerare che la calprotectina ha una fluttuazione legata proprio ad una specificità della flogosi intestinale, e trattandosi di malattie infiammatorie croniche intestinali noi abbiamo uno stato infiammatorio di fondo che, purtroppo, quando noi cerchiamo di raggiungere il target della guarigione mucosale, non sempre riusciamo. Quindi, in pazienti che non hanno raggiunto questo target terapeutico, valori di calprotectina moderati possono essere tollerati, e da soli non giustificano un ulteriore approfondimento diagnostico.

In un paziente giovane, che durante la notte ha attacchi di colite con scariche di diarrea, valori di calprotectina che rientra nei limiti e scariche che non si hanno in maniera quotidiana ma sporadica, è sospettabile un IBD o piuttosto un IBS?

Considerato che non è un quadro di continuità e la negatività della calprotectina da sola non ci può mettere tranquilli, anche per fare con tranquillità una diagnosi di IBS, si devono escludere alcune patologie come la celiachia e l'intolleranza al lattosio. Cioè, se non ci sono altri segni e sintomi di allarme, sicuramente fare qualche approfondimento ci mette più tranquilli, e la durata del quadro clinico ci deve nel caso allertare, in quanto se non ci sono segni di allarme ed è un'insorgenza di breve durata, si può pensare ad esempio ad una forma funzionale, ad una parassitosi intestinale. Io dico sempre che, quando facciamo un'anamnesi, dobbiamo valutare anche un'anamnesi dell'alimentazione che fanno questi bambini, in quanto non capita di rado di scoprire che magari, quel giorno che hanno quella sintomatologia, nell'arco dei giorni precedenti hanno fatto un consumo eccessivo di lattosio e alimenti sbagliati, oppure c'è stato un evento stressante. Quindi, soltanto per un evento di questo genere non penserei alla malattia infiammatoria cronica intestinale. Poi è ovvio che se c'è una ricorrenza o una storia molto lunga, l'approfondimento deve essere completato con un sangue occulto e/o un'ecografia. Il paziente comunque deve essere seguito, visitato, perché i pezzi di puzzle possono arrivare in un momento successivo.

Esistono probiotici specifici proprio per le infiammazioni intestinali croniche?

I due probiotici che negli studi sono stati identificati come più efficaci nelle malattie infiammatorie croniche intestinali sono i bifidobatteri, oppure l'E. coli Nissle che, nella rettocolite in modo particolare, garantisce un mantenimento della remissione, quindi viene utilizzato per prevenire la recidiva della rettocolite. Questi però sono gli studi che sono a nostra disposizione, ma molti studi sono in corso in quanto abbiamo nuovi ceppi. Noi dobbiamo sfruttare quelle che sono le nostre conoscenze rispetto alla capacità di determinati ceppi batterici di agire sull'infiammazione. Ci sono diversi probiotici che non hanno ancora delle evidenze nelle malattie infiammatorie croniche intestinali, ma che stiamo utilizzando in maniera forse più mirata. Infatti, grazie agli studi del microbiota intestinale nei singoli pazienti, si può avere la possibilità con le covarianze di

individuare un ceppo specifico che in quel paziente può avere un effetto probiotico adeguato al paziente stesso.

Nella pratica clinica, che approccio dietetico ci può consigliare nelle MICI?

Intanto, dobbiamo distinguere tra Crohn e rettocolite. Sicuramente, il ruolo dell'alimentazione nel Crohn è molto più complicato da gestire rispetto alla rettocolite ulcerosa, perché abbiamo diversi tipi di disbiosi. Noi parliamo di disbiosi basandoci sul materiale fecale, ma pensate un Crohn con localizzazione esofagea, ileale e colica, in cui quel paziente ha una situazione di disbiosi sicuramente la gestione della dieta è qualcosa di difficile. Nel bambino c'è molta più attenzione al ruolo del microbiota e all'utilizzo di formule polimeriche, mentre nell'adulto hanno più successo le diete selettive. Probabilmente l'adulto non accetta una nutrizione enterale esclusiva, sicuramente è più complicata.

