

LA SIBO: QUEGLI STRANI SINTOMI INTESTINALI...



SIBO è l'acronimo inglese di Small Intestinal Bacterial Overgrowth ovvero una crescita anomala della popolazione batterica nei tratti alti dell'intestino fino a almeno 105 unità formanti colonie/ml. In questi casi si verifica un'alterazione quantitativa e qualitativa della flora batterica del duodeno, del digiuno e dell'ileo con la comparsa di una serie di sintomi che vanno dal gonfiore addominale fino al malassorbimento nelle forme più severe.

Il microbiota intestinale (ovvero l'insieme dei microorganismi che vivono nel nostro intestino) svolge un ruolo chiave nel mantenimento della nostra salute. Esso infatti partecipa ai processi metabolici, sintetizza vitamine e ne facilita l'assorbimento, impedisce per competizione l'eccessiva crescita di ceppi batterici patogeni, mantiene efficiente il nostro sistema immunitario e coopera allo svolgimento di una fisiologica motilità intestinale.

In condizioni di salute, l'eccessiva crescita batterica è arginata da meccanismi quali la fisiologica secrezione gastrica e pancreatica, i movimenti intestinali, la normale attività del sistema immunitario mucosale e sistemico e l'assenza di ostacoli che impediscano la progressione del

contenuto intestinale verso il retto.

I sintomi

La sintomatologia associata alla SIBO può essere molto variegata a seconda della carica batterica, delle specie batteriche implicate e della vastità del tratto di intestino interessato. Avremo quindi quadri che vanno da semplice gonfiore addominale che può essere più o meno accompagnato da diarrea e dolore addominale cronico ricorrente, fino a quadri di malassorbimento severo, con carenze di vitamine (in particolare la B12) e anemia.

Le cause

Le condizioni di ipomotilità intestinale, sia funzionale sia organica, caratterizzate da un rallentato transito con ristagno del contenuto, possono essere alla base della SIBO.

Condizioni chirurgiche, come resezioni gastriche, vagotomie, aderenze post-chirurgiche, by-pass gastro-intestinali e anse cieche favoriscono la SIBO.

Anche patologie come la Celiachia o condizioni di intolleranza al lattosio contribuiscono alla comparsa della SIBO.

Anche la gastrite cronica atrofica, con la relativa riduzione della secrezione di acidi gastrici pone le basi ideali per l'instaurarsi della SIBO.

La fascia di età più colpita è quella degli over 75 nella quale è frequente il coesistere di più fattori di rischio come la gastrite cronica atrofica, la stipsi, l'assunzione di più farmaci tra cui gli inibitori di pompa protonica e gli inibitori del reuptake della serotonina.

Il caso degli IPP

Una menzione a parte meritano gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP). Questa classe di farmaci, ampiamente utilizzata e spesso percepita dal paziente come una "protezione" dello stomaco e non propriamente un farmaco, è stata oggetto di uno studio clinico dal quale emerge che la SIBO colpirebbe il 50% dei pazienti che assumono continuativamente IPP per un anno e arriverebbe ad interessare il 70 – 75 % dei pazienti in terapia da almeno 5 anni, con un aggravamento dei sintomi proporzionale alla durata della terapia.

Diagnosi e possibili terapie

Il gold standard per la diagnosi è la raccolta e coltura diretta del contenuto intestinale tramite sondaggio. Questa tecnica però è costosa ed invasiva e non consente di raggiungere le aree distali dell'ileo. Per questo motivo il metodo più utilizzato consiste nei Breath tests al glucosio e al lattulosio: sono test diagnostici indiretti, in quanto dosano l'incremento di H₂ o CH₄ nell'espriato dopo il carico con uno dei due zuccheri. Il test è specifico in quanto solo i batteri (e non l'uomo) producono H₂ e CH₄.

Solo il medico può porre diagnosi di SIBO e sarà proprio il medico ad effettuare la diagnosi differenziale con altre patologie intestinali quali sindrome dell'intestino irritabile, della diverticolite, della celiachia, dell'intolleranza al lattosio e delle enteriti protratte tossi-infettive.

La terapia nei casi più gravi richiede l'utilizzo di Rifaxamina.

Questa terapia, che richiede tassativamente la prescrizione del medico, permette l'eradicazione della SIBO nel 91% dei casi.

Nei casi paucisintomatici possono essere attuati alcuni interventi correttivi. Prima di tutto è importantissimo correggere la dieta: vanno eliminati zuccheri semplici, farine raffinate, vegetali amidacei come le patate che possono fungere da base per la fermentazione batterica. Vanno altresì ridotti ortaggi appartenenti alla famiglia delle brassicacee (cavoli, verze, cavolfiori broccoli ecc.), il latte e i latticini.

Anche l'assunzione di probiotici, in particolare di *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus plantarum*, *Streptococcus faecalis* e ceppi selezionati di *Bifidobacterium* sembra ridurre rapidamente la sintomatologia e il gonfiore.

Infine un aiuto proviene anche dalla fitoterapia. L'olio essenziale di menta, in particolare in formulazioni incapsulate in modo da passare indigerite lo stomaco per aprirsi poi nell'intestino, potrebbe avere un ruolo positivo nel ridurre la sintomatologia legata alla SIBO.

Fonti

Donaldson RM Jr. Normal bacterial population of the intestine and their relation to intestinal function. *N Engl J Med* 1964;270:938-45.

2 Hooper LV, Midvedt T, Gordon JI. How host- microbial interactions shape the nutrient environment of mammalian intestine. *Ann Rev Nitr* 2002;22:283-307.

3 Lombardo L, Foti M, Ruggia O, et al.

Increased incidence of small intestinal bacterial overgrowth during proton pump inhibitor therapy. *Clin Gastroenterol Hep* 2010;8:504-8.

4 Pilotto A, Franceschi M, Vitale D, et al. The prevalence of diarrhea and its association with drug use in elderly outpatients: a multicentre study. *Am J Gastroenterol* 2008;103:2816-23.

5 Elphic DA, Chew TS, Higham SE, et al. Small intestinal bacterial overgrowth in symptomatic older people: can it be diagnosed earlier? *Gerontology* 2005;51:396-401.

6 Naunton M, Peterson GM, Bleasel MD. Overuse of proton pump inhibitors. *J Clin Pharm Ther* 2000;25:333-40.

7 Lombardo L, Viganò L, Tabone M, et al.

Use and misuse of proton pump inhibitors.

A survey on a general population. *Am Coll Gastroenterol*, Washington DC, abs 2011.

8 Ratuapli SK, Ellington TG, O'Neill MT, et al. Proton pump inhibitor therapy use does not predispose to small intestinal bacterial overgrowth. *Am J Gastroenterol* 2012;107:730-5.

9 Lombardo L. PPI & SIBO: predisposition or cause? *Am J Gastroenterol* 2012; in press.

10 Romagnuolo J, Schiller D, Bailey RJ. Using breath tests wisely in gastroenterology practice: an evidence-based review of indications and pitfalls in interpretation. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1113-26.

11 Scarpignato C, Pelosini I. Experimental and clinical pharmacology of rifaximin, a gastrointestinal selective antibiotic. *Digestion* 2006;73(Suppl 1):13-27.

12 Esposito I, Leone G, Di Gregorio G, et al.

Breath test for differential diagnosis between small intestinal bacterial overgrowth and irritable bowel disease: an observation on non-absorbable antibiotics. *World J Gastroenterol* 2007;13:6016-21.

13 Lauritano EC, Gabrielli M, Lupascu A, et al.

Rifaximin dose-finding study for the treatment of small intestinal bacterial overgrowth. *Aliment*

Pharmacol Ther 2005;22:31-5.

14 Di Stefano M, Malservisi S, Veneto G, et al.

Rifaximin versus chlortetracycline in the short-term treatment of small intestinal bacterial overgrowth. Aliment Pharmacol Ther 2000;14:551-6.

15 Di Stefano M, Miceli E, Missanelli A, et al.

Absorbable versus non-absorbable antibiotics in the treatment of small intestinal bacterial overgrowth in patients with a blind-loop syndrome. Aliment Pharmacol Ther 2005;21:985-2.

16 Attar A, Flourie B, Rambaud JC, et al.

Antibiotic efficacy in small intestinal bacterial overgrowth-related chronic diarrhea: a cross-over, randomized trial. Gastroenterology