



test

HEALTHY GUT + DYSBIO

ANALISI DI ZONULINA SIERICA +
INDACANO E SCATOLO
NORMALIZZATI SULLA CREATININA

NOME

Nome Cognome

CENTRO AUTORIZZATO

Facsimile Referto



LABORATORIO CERTIFICATO
IN QUALITÀ ISO 9001:2008

Diagnostica Spire s.r.l. - Via Fermi, 63/F 42123 Reggio Emilia
tel: 0522.767130 - fax: 0522.1697377 - www.diagnosticaspire.it - info@diagnosticaspire.it

I N D I C E

Il test	pag. 3
A chi è consigliato il test	
Interpretazione dei risultati	pagg. 4 - 5
La ripetizione del test	pag. 5
Risultati	pag. 6
Come gestire i risultati del test	pag. 7
Approfondimenti	pagg. 8 - 149
La barriera intestinale	pag. 9
La zonulina	pagg. 10 - 11
Il microbiota intestinale	pagg. 12 - 13
Indacano e scatolo	pagg. 13 - 14
Bibliografia	pag. 15

IL TEST

Il test permette di avere un **quadro completo del benessere intestinale** attraverso la combinazione di 2 tipologie di informazioni.

La **ZONULINA** è un indice importante della maggiore o minore **permeabilità nello strato epiteliale dell'intestino tenue**.

INDACANO E SCATOLO sono 2 molecole originate dal metabolismo del triptofano ed il loro livello è in grado di fornire **informazioni fondamentali sulla natura dell'eventuale disbiosi in corso**.

L'analisi della zonulina si effettua con un semplice prelievo capillare e viene eseguito mediante metodica E.L.I.S.A. Il dosaggio urinario dei 2 markers, indacano e scatolo, è effettuato tramite analisi cromatografica mediante HPLC con rivelatore a fluorescenza, indagine che permette la quantificazione di concentrazioni anche molto ridotte dei due metaboliti in modo efficiente e selettivo.

A CHI È CONSIGLIATO IL TEST

Il test è rivolto a soggetti che presentano sintomi quali, ad esempio, gonfiore addominale, difficoltà digestiva, crampi, stitichezza cronica o diarrea, colon irritabile, mal di stomaco, intolleranze alimentari o alitosi.

I sintomi, tuttavia, non si limitano all'apparato digerente, ma possono essere di diversa natura come dolori articolari, eruzioni cutanee, acne, dermatite, cefalea, difficoltà nella concentrazione o disturbi del sonno, mancanza di energie, ansia o sbalzi d'umore.

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

ZONULINA

0 ng/ml	1 ng/ml	6 ng/ml	10 ng/ml	20 ng/ml
1 ng/ml VALORI MOLTO BASSI	1 e 6 ng/ml VALORI CONSIDERATI OTTIMALI	6 e 10 ng/ml VALORI BORDERLINE	10 a 20 ng/ml VALORI CONSIDERATI ELEVATI	>20 ng/ml VALORI CONSIDERATI MOLTO ELEVATI

VALORI INFERIORI A 1 ng/ml VALORI MOLTO BASSI

Possono identificare la variante genetica HP 1-1 in cui non vi è l'espressione di zonulina. Se ci sono problemi intestinali non sono imputabili alla presenza di zonulina.

VALORI COMPRESI tra 1 e 6 ng/ml VALORI CONSIDERATI OTTIMALI

Se ci sono problemi intestinali, non sono sufficienti o non sono ancora rilevanti per determinare un effetto sulla permeabilità intestinale.

VALORI COMPRESI TRA 6 e 10 ng/ml VALORI BORDERLINE

La permeabilità intestinale inizia ad essere compromessa, la condizione è ancora primitiva e può essere asintomatica.

VALORI COMPRESI tra 10 a 20 ng/ml VALORI CONSIDERATI ELEVATI

La permeabilità intestinale è compromessa e la condizione è in fase acuta o cronica. In questo intervallo si possono trovare individui con disturbi infiammatori o autoimmuni.

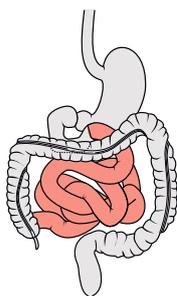
VALORI SUPERIORI a 20 ng/ml VALORI CONSIDERATI MOLTO ELEVATI

Una piccola percentuale di individui mostra livelli di zonulina superiori a 20 ng/ml, si tratta di una condizione associabile a disturbi acuti.

L'intervallo di riferimento per l'analisi della zonulina su tamponi di sangue da autoprelievo capillare va da 1 a 20 ng/ml: questo intervallo NON deve essere interpretato nel senso di valore ottimale per la zonulina. Piuttosto, rappresenta l'intervallo di riferimento per il 95% degli individui selezionati casualmente nella popolazione.

INDACANO E SCATOLO

I valori di indacano e scatolo sono espressi in $\mu\text{g}/\text{mg}$ creatinina. Sono stati individuati 4 range che corrispondono a diversi gradi di disbiosi: una condizione fisiologica, ovvero uno stato di normalità, e in ordine crescente uno stato di disbiosi lieve, moderato, fino a valori maggiori che denotano una condizione severa di squilibrio.

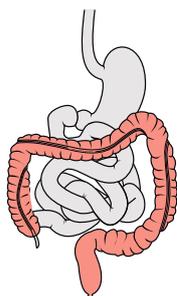


INDACANO POSITIVO

È indicativo di una disbiosi fermentativa localizzata nell'**intestino tenue**.



- 😊 0-9 $\mu\text{g}/\text{mg}$ creatinina: valore fisiologico
- 😞 19-35 $\mu\text{g}/\text{mg}$ creatinina: disbiosi moderata
- 😐 10-18 $\mu\text{g}/\text{mg}$ creatinina: disbiosi lieve
- 😡 > 36 $\mu\text{g}/\text{mg}$ creatinina: disbiosi severa



SCATOLO POSITIVO

È indicativo di una disbiosi putrefattiva localizzata nell'**intestino crasso**.



- 😊 0-0,008 $\mu\text{g}/\text{mg}$ creatinina: valore fisiologico
- 😞 0,016-0,031 $\mu\text{g}/\text{mg}$ creatinina: disbiosi moderata
- 😐 0,009-0,015 $\mu\text{g}/\text{mg}$ creatinina: disbiosi lieve
- 😡 >0,032 $\mu\text{g}/\text{mg}$ creatinina: disbiosi severa

LA RIPETIZIONE DEL TEST

Dopo aver eseguito il test, in caso di uno o più risultati positivi, si consiglia la ripetizione dopo 90 giorni, periodo nel quale il paziente avrà potuto rivolgersi a un medico o in generale ad uno specialista del settore, che possa aver prescritto una terapia o programmato un piano nutrizionale destinato a migliorare le condizioni fisiologiche e metaboliche del paziente stesso. Si ricordi che questo test ed i relativi risultati non sono una diagnosi fine a se stessa, bensì uno strumento che deve essere messo nelle mani di medici e professionisti del settore, al fine di utilizzarli anche in combinazione con altri eventuali esami clinici/diagnostici, con lo scopo di elaborare un solido piano di trattamenti che portino alla soluzione dei disturbi del paziente in esame.

RISULTATI

ZONULINA

VALORE RILEVATO: **16 ng/ml**

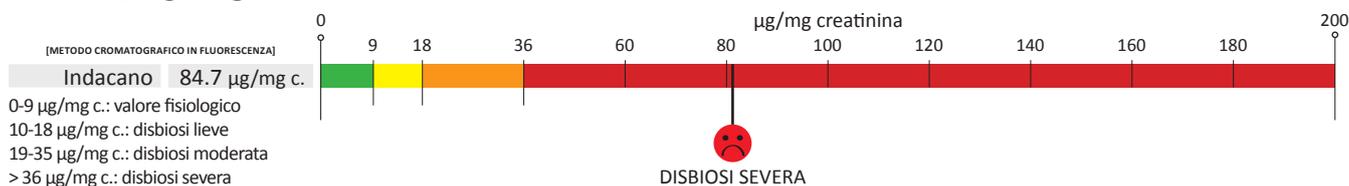


[METODO COLORIMETRICO ENZIMATICO]

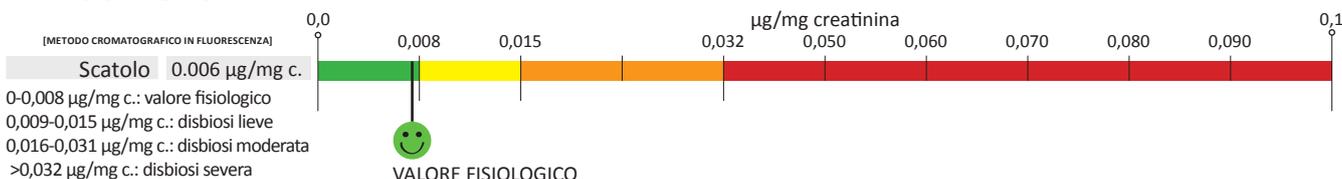
Creatinina

85,0 mg/dl

INDACANO



SCATOLO



I valori di riferimento di indacano e scatolo sono soggetti a periodiche revisioni. Le variazioni di tali limiti riflettono il costante aggiornamento della letteratura scientifica.

La creatinina è un catabolita, cioè un prodotto di scarto, sintetizzato dall'organismo nei processi metabolici della creatina. La fosfocreatina, presente per la maggior parte nei muscoli scheletrici e nel muscolo cardiaco (in misura minore nel cervello, nel fegato e nei reni), costituisce per questi tessuti un deposito di energia immediatamente utilizzabile. Durante le reazioni energetiche che coinvolgono la creatina, una piccola quota di questo amminoacido viene convertita in creatinina, filtrata dai reni ed eliminata con le urine, senza la possibilità di essere riassorbita a livello tubulare.

Per ogni individuo, in condizioni di buono stato di salute, il ritmo di produzione giornaliero della creatinina è pressoché costante. La quota di creatinina escreta, tuttavia, è legata a fattori quali l'età, il sesso, il peso e la massa muscolare. Rapportare i valori di indacano e scatolo al valore di creatinina rilevato nelle urine permette di normalizzare i dati da un punto di vista quantitativo, riducendo il peso di fattori che potrebbero incidere sul risultato, come ad esempio la diluizione delle urine stesse.

I risultati devono necessariamente essere valutati dal medico o professionista del settore. L'utilizzo di tali risultati, al fine di formulare una corretta valutazione, deve essere inserito in un contesto medico che consideri in modo più ampio lo stato di salute del paziente, le sue abitudini alimentari e l'eventuale percorso terapeutico in atto.

RESPONSABILE TECNICO DI LABORATORIO

Laboratorio Analisi

SPIRE

Aut. 163 del 2015

Direttore Responsabile Laboratorio

Dott.ssa Pamela Paolani

Iscri. Albo n. AA 071650

COME GESTIRE I RISULTATI DEL TEST

In presenza di disbiosi, sia essa associata o meno a permeabilità intestinale, si consiglia di farsi seguire da un professionista (medico e dietista/biologo nutrizionista) esperto in disturbi funzionali gastrointestinali, per iniziare un percorso di reset intestinale personalizzato col duplice obiettivo di raggiungere un miglioramento dei sintomi, ma anche il miglior stato di salute generale.

I batteri si nutrono di ciò che noi stessi mangiamo, di conseguenza l'alimentazione rappresenta il driver più importante di manipolazione del microbiota intestinale. Per questo motivo è importante affrontare un percorso che, a partire dalla drastica riduzione di tutta una serie di alimenti, contribuisca a selezionare e riequilibrare tra loro le varie popolazioni di batteri, favorendo così la guarigione intestinale.

In presenza di disbiosi fermentativa, che si colloca soprattutto nel tenue ed è la più frequente, bisogna orientarsi verso una dieta Low Carb/High Fat che si traduce nella riduzione della maggior parte dei cereali in particolare quelli contenenti glutine, lo zucchero bianco, i dolcificanti artificiali, gli alimenti trasformati e gli oli vegetali, e privilegiando alimenti ricchi di proteine.

In presenza di disbiosi putrefattiva, che si colloca soprattutto nel colon, può essere utile ridurre il carico di proteine ed aiutarne l'assimilazione con enzimi digestivi.

In caso di contemporanea produzione gassosa (tensione e gonfiore addominali, meteorismi, borborigmi) si può ridurre l'apporto di fibre fermentabili con un approccio dietetico low-FODMaP.

In presenza di valori eccessivi di zonulina associati alla disbiosi utile nel primo periodo evitare anche legumi, solanacee, prodotti a base di soia e caseina.

Va sottolineato che sia la durata del periodo di esclusione di certi che la loro successiva reintroduzione dovranno sempre essere supportati da un professionista della nutrizione, che saprà sì garantire i corretti apporti nutrizionali, ma soprattutto definire i giusti tempi e metodi in base al miglioramento clinico del singolo soggetto.

Nella fase di avvio, per accelerare i tempi di reset intestinale, contestualmente alla dieta è consigliabile associare una terapia di bonifica caratterizzata dall'assunzione di fitoterapici, tra i quali spiccano validi antibatterici naturali che svolgono la loro azione di selezione sui patobionti intestinali, migliorando e risolvendo la disbiosi in atto; solo in una seconda fase del percorso terapeutico sarà utile ripopolare la flora con probiotici a base di batteri simbiotici, anch'essi da selezionare in base al quadro clinico del soggetto ed alle risultanze diagnostiche.

Valide misure comportamentali sono quelle di garantire un corretto introito liquido, limitare/sospendere l'uso degli alcolici e di sostanze nervine, avendo cura di assicurare una masticazione lenta per sminuzzare bene il bolo alimentare all'interno della bocca per non sovraccaricare i processi digestivi.

Resta sempre importante cercare di ridurre, per quanto possibile, l'assunzione di farmaci sintomatici alcuni dei quali sono risultati davvero impattanti sul gut microbiota quali FANS, antibiotici, PPI, benzodiazepine e antispastici.

Molto utile è suggerire il miglioramento del sonno notturno e l'adozione di tecniche utili a ridurre lo stress emotivo (entrambi fattori impattanti sia delle disbiosi che della permeabilità intestinale nell'asse intestino-cervello), tra le quali si possono includere metodiche di respirazione e di meditazione.

In definitiva, si può affermare che il soggetto, inizialmente motivato da un discomfort intestinale, sia aiutato dal professionista a seguire un intero percorso multidisciplinare, al termine del quale i benefici non si restringano alla mera riduzione dei sintomi, ma si estendano ad una migliore relazione col cibo, con sé stessi e con gli altri, ricordando che la riconquista del benessere dipende da un nuovo livello di consapevolezza del paziente da un lato, e dall'altro da una forte alleanza tra paziente e professionista.

Dott. Cono Casale
MEDICO CHIRURGO
SPECIALISTA IN GASTROENTEROLOGIA E NUTRIZIONE


Dott. CONO CASALE
GASTROENTEROLOGO
Albo Medici N. 08933

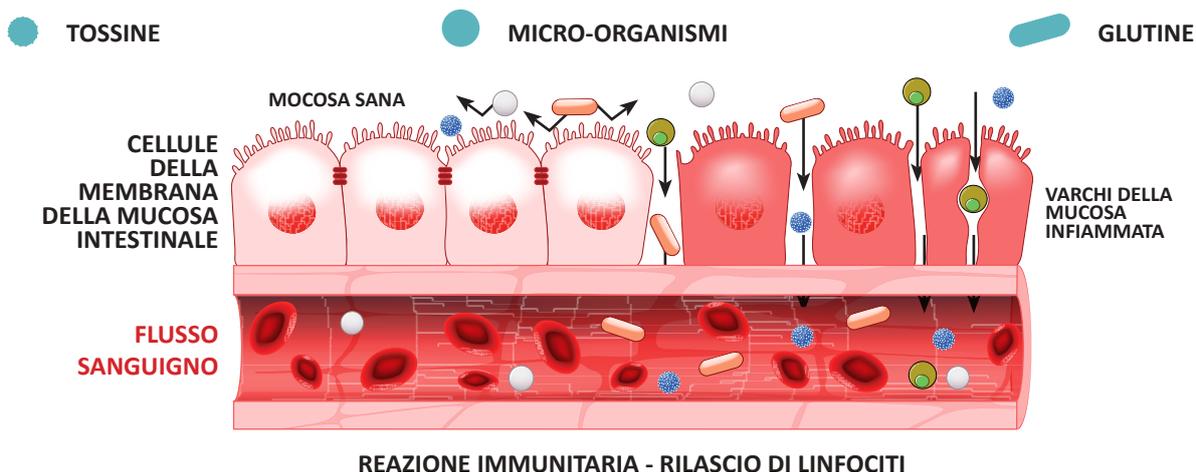
APPROFONDIMENTI

LA BARRIERA INTESTINALE

L'apparato gastrointestinale è l'habitat umano maggiormente esposto all'ambiente esterno: ogni giorno migliaia di microrganismi e composti derivati dalla digestione entrano in contatto con esso.

Questa condizione richiede un complesso sistema di difesa in grado di regolare l'assorbimento dei nutrienti, impedendo contemporaneamente il passaggio degli agenti patogeni nei tessuti sottostanti. Questa funzione è svolta dalla barriera intestinale che è in grado di discriminare tra i microrganismi commensali e quelli patogeni, organizzando la tolleranza immunologica verso i commensali e la risposta immune verso i patogeni.

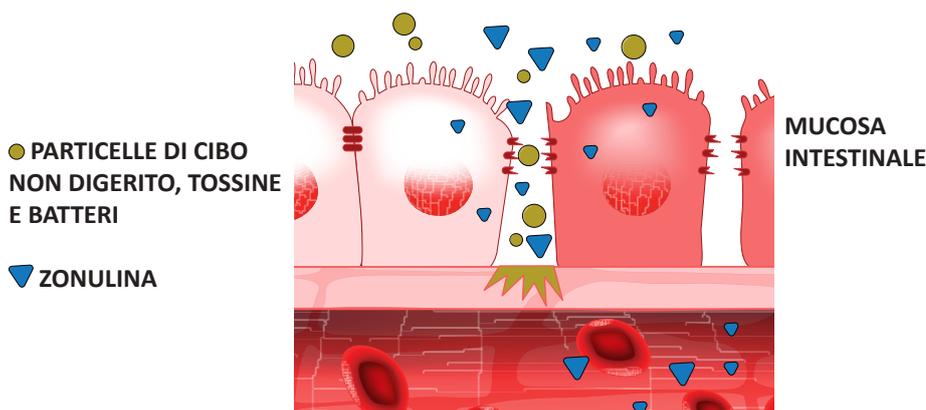
Gli enterociti (ovvero le cellule che formano l'epitelio intestinale) agiscono come una barriera fisica e per far questo sono connessi da particolari strutture di legame fra le cellule stesse chiamate giunzioni serrate.



LA ZONULINA

La zonulina è una proteina prodotta dalle cellule intestinali in grado di modulare in modo reversibile le giunzioni fra queste cellule, provocando maggiore o minore permeabilità nello strato epiteliale dell'intestino tenue.

In particolare, la zonulina controlla la dimensione degli spazi tra le cellule intestinali e regola il passaggio di sostanze nutritive, acqua e cellule dentro e fuori l'intestino.



LA ZONULINA È LA PROTEINA CHE "APRE E CHIUDE" LE GIUNZIONI OCCLUDENTI, QUANDO SI RILEVA UN ECCESSO DI ZONULINA SIGNIFICA CHE VI È MAGGIORE PERMEABILITÀ DEL TRATTO GASTRO INTESTINALE.

La modulazione della permeabilità intestinale, inclusa l'attivazione della via della zonulina, fa parte del meccanismo fisiologico per mantenere l'omeostasi della mucosa, cioè la corretta funzionalità della mucosa, e pertanto non si traduce sempre in esiti patologici clinici. Ci sono, tuttavia, prove crescenti che dimostrano che un insieme di elementi fortemente interconnessi fra loro (permeabilità intestinale, sistema immunitario e microbiota intestinale, insieme alla predisposizione genetica e all'esposizione a fattori ambientali) creino terreno fertile per lo sviluppo delle malattie infiammatorie croniche. **In particolare vi sono varie evidenze di quanto composizione e funzionalità del microbiota intestinale possano influenzare la permeabilità e viceversa.**



Tra i numerosi potenziali stimoli che a livello intestinale possono indurre il rilascio di zonulina vi è anche il **glutine**. La gliadina, infatti, innesca il rilascio di zonulina attraverso un recettore con conseguente aumento della permeabilità intestinale, suggerendo che il glutine venga interpretato come un potenziale componente dannoso di un microrganismo. I risultati di un numero sempre crescente di studi suggeriscono che la produzione di zonulina possa costituire un meccanismo di difesa, insieme alla risposta immunitaria, per contrastare i cambiamenti del microbiota, in particolare la colonizzazione batterica dell'intestino tenue o i cambiamenti nella sua composizione (disbiosi) o entrambi.



La disregolazione della zonulina potrebbe determinare una minor efficienza della barriera intestinale, aumentandone la permeabilità con conseguente passaggio di molecole coinvolte nella patogenesi di diverse malattie immunopatologiche come allergie alimentari, malattie autoimmuni e malattie infiammatorie intestinali.

Alti valori di zonulina sono stati associati alla "sindrome dell'intestino permeabile" e a diverse condizioni patologiche come disbiosi intestinale, celiachia, intolleranza al glutine non celiaca, sindrome del colon irritabile, obesità, iperlipidemia, insulino-resistenza, diabete di tipo I, malattie neurodegenerative, sclerosi multipla, artrite reumatoide e spondilite anchilosante. Riassumendo, quindi, si può sostenere che la zonulina è una proteina che interviene sulle giunzioni occludenti: un eccesso di zonulina è indice di un'aumentata permeabilità intestinale.



I livelli di zonulina sono controllati dal gene dell'aptoglobina (HP) nel cromosoma 16. Esistono tre varianti genetiche: il genotipo HP 1-1 (zero copie del gene), HP 2-2 (due copie) e HP 1-2 (una copia). Poiché la zonulina è il precursore dell'aptoglobina-2, solo gli individui che portano il polimero eterozigote HP 1-2 o omozigote HP 2-2 sono produttori di zonulina. Con la variante HP1-1 i livelli di zonulina rimangono estremamente bassi, praticamente nulli, anche quando ci sono evidenze di malattie autoimmuni o infiammatorie.



La zonulina gioca anche un ruolo importante nei cambiamenti di permeabilità nel cervello, lavorando come modulatore alla barriera emato-encefalica. I sintomi che ne derivano possono includere ansia, depressione, difficoltà a concentrarsi e disturbi emotivi.



Come precursore dell'aptoglobina-2, la zonulina appartiene alla famiglia delle aptoglobine, cosiddette "proteine della fase acuta", la cui presenza nel sangue varia quando è in corso un processo infiammatorio. Hanno, infatti, un ruolo importante nello smaltimento dell'emoglobina (con cui formano un complesso stabile) per prevenire danni ossidativi.



Dagli studi relativi ai processi di invecchiamento nell'uomo è emerso che la concentrazione sierica di zonulina è più alta negli anziani ed è associata a maggiori concentrazioni di citochine pro-infiammatorie, inoltre risulta negativamente correlata con la forza muscolare scheletrica e l'attività fisica abituale.

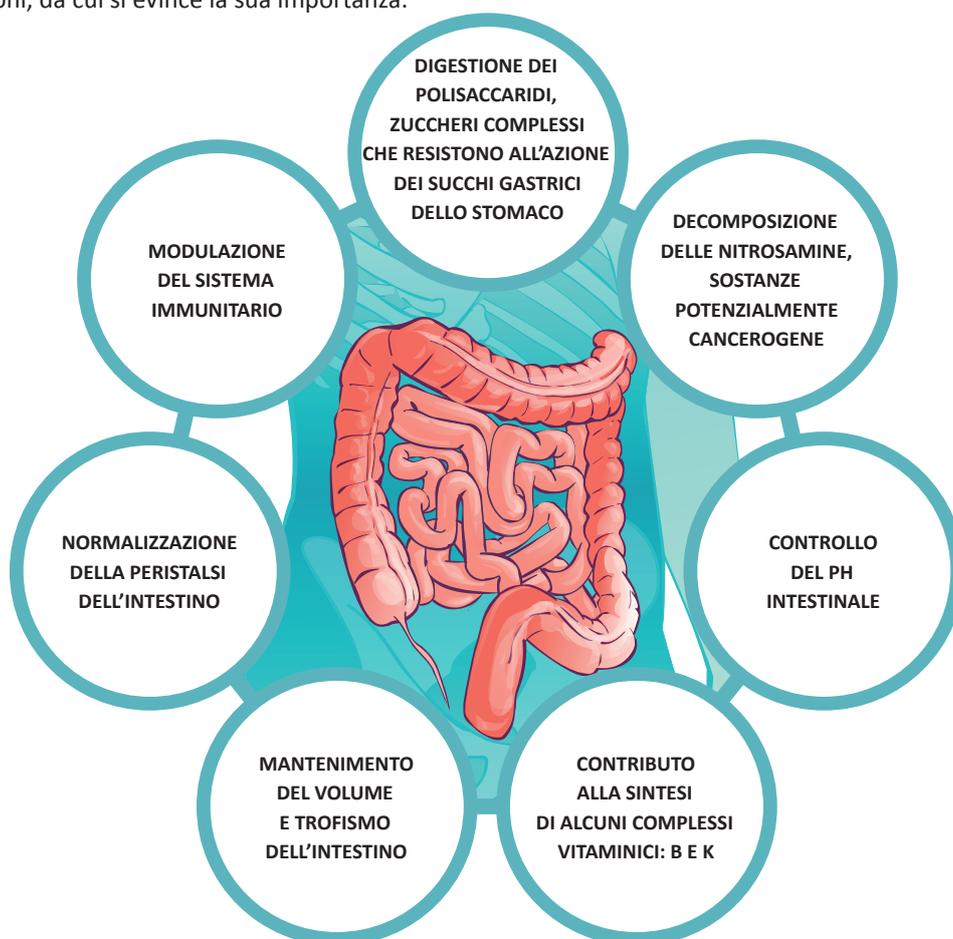
Quali sono le possibili cause dell'alterazione della permeabilità intestinale?

Sono varie e numerose le cause che possono influire sulla corretta permeabilità intestinale e, considerando la stretta connessione, le stesse situazioni possono ritrovarsi citate fra i fattori che minano l'equilibrio della flora microbica intestinale.

I due principali fattori scatenanti l'aumento della zonulina sono il glutine ed i batteri del piccolo intestino, ma sicuramente non bisogna trascurare abitudini di vita errate (alimentazione sbilanciata, consumo di alcol, stress), utilizzo di farmaci come FANS e antibiotici, chemio e radioterapici, infezioni e infiammazione sistemica.

IL MICROBIOTA INTESTINALE

Il microbiota intestinale, formato da una pluralità di nicchie ecologiche, ospita una popolazione batterica estremamente varia. È a stretto contatto con la mucosa intestinale che costituisce, dopo quella respiratoria, la più grande superficie libera del nostro organismo. Il microbiota e la mucosa, insieme al muco, formano la cosiddetta barriera mucosale, importante sistema di difesa nei confronti dei fattori potenzialmente immunogenici o patogeni presenti nel lume. Oltre a questa funzione protettiva, la flora batterica intestinale svolge numerose altre funzioni, da cui si evince la sua importanza.



Il mantenimento dell'ecosistema intestinale è basato sull'integrità e sulla collaborazione stabile tra la microflora, il sistema immunitario e la barriera costituita dalla mucosa intestinale: qualsiasi evento che intervenga ad alterare queste componenti crea uno squilibrio che va prontamente recuperato.

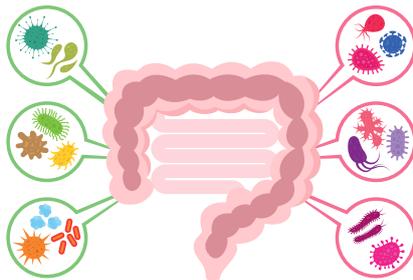
Fattori dell'alterazione della microflora intestinale che contribuiscono a generare questo squilibrio possono essere:

- **cause alimentari:** come reazioni avverse in atto, diete scorrette, eccesso di conservanti e coloranti nella dieta, consumo frequente di alimenti raffinati;
- **cause iatrogene:** come abuso di farmaci (ad esempio antibiotici, inibitori della pompa protonica PPI e FANS), interventi chirurgici, terapia radiante;
- **cause patogene:** come infezioni intestinali;
- **cause psicogene:** come stati protratti di stress ed ansia;
- **cause ambientali:** come contaminazione da metalli pesanti o sostanze tossiche in genere.

Nel microbiota si possono distinguere due tipologie di microrganismi:

I **simbionti** sono anaerobi obbligati (vivono solo in ambienti del tutto privi di ossigeno) e ottengono energia da una **fermentazione di tipo saccarolitico**, cioè fermentano gli zuccheri. Questo porta alla produzione di **acido lattico** che ha l'importante funzione di acidificare l'ambiente intestinale inibendo la proliferazione dei patobionti.

I simbionti producono, inoltre, un'importante classe di molecole, gli acidi grassi a catena corta o SCFA. **L'acido butirrico**, uno dei più importanti SCFA, svolge un effetto antinfiammatorio ed è il principale substrato energetico delle cellule epiteliali intestinali. La mucosa intestinale, infatti, rinnova continuamente le sue cellule e ha esigenze nutrizionali importanti.



I **patobionti** sono considerati batteri "non amici" e tendono a localizzarsi nel grosso intestino. Prediligono, infatti, un ambiente tendenzialmente alcalino ed essendo anaerobi facoltativi proliferano in assenza di ossigeno (pur tollerandone la presenza). Proprio in assenza di ossigeno, questi microrganismi traggono la loro energia da processi come la fermentazione e, in questo caso particolare, i patobionti sono responsabili di **fermentazione proteolitica**, cioè fermentano le proteine.

In condizioni di equilibrio, la crescita dei patobionti è tenuta sotto controllo dall'attività dei simbionti, i nostri batteri "amici".

Attraverso un'alimentazione nettamente sbilanciata ricca di grassi idrogenati trans, zuccheri raffinati, proteine animali provenienti da allevamenti intensivi e soprattutto molto carente in fibre si viene a creare uno sbilanciamento tra simbionti e patobionti a favore di quest'ultimi che possono moltiplicarsi e risalire nel tenue favorendo la produzione di sostanze tossiche dette ptomaine (alcaloidi cadaverici).



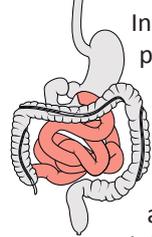
INDACANO E SCATOLO

Si è già definito il termine "**disbiosi**" come **uno squilibrio qualitativo/quantitativo di specie microbiche che sovvertono il normale equilibrio della flora intestinale**, ma per fare maggiore chiarezza in merito è bene soffermarsi sulla definizione delle caratteristiche delle due principali forme di disbiosi alle quali può andare incontro il nostro organismo, ovvero:

- LA DISBIOSI FERMENTATIVA
- LA DISBIOSI PUTREFATTIVA

LA DISBIOSI FERMENTATIVA

Perché ricercare l'indacano?



In condizioni di squilibrio, lo sviluppo di patobionti nel tenue è favorito da scarsi competitori e dalla presenza di elevati substrati alimentari, in particolare dal reperimento di proteine che possono derivare sia da alimenti non ben digeriti (masticazione veloce e frequenti carenze enzimatiche) che da cellule intestinali che si sfaldano.

Tra questi batteri "traslocati" verso il tenue ne esistono alcuni (ad esempio *E. Coli*, *Klebsiella*, *Citrobacter* e *Proteus*) che possiedono l'enzima triptofanasi capace di processare il triptofano, (un aminoacido essenziale, che deve cioè essere necessariamente introdotto con la dieta) generando indolo. Questa molecola viene assorbita a livello della mucosa intestinale e attraverso il circolo enteroepatico raggiunge il fegato, ove attraverso due passaggi viene nuovamente immessa nel torrente circolatorio come **indacano**, e che come tale viene scaricato nelle urine, ove può essere dosato.

A seguito del quadro descritto, si può arrivare ad una compromissione della funzione assorbitiva dell'epitelio intestinale che genera un'ulteriore ed aggravante disbiosi fermentativa ad opera di batteri saccarolitici che proliferano eccessivamente anche a causa di un'elevata assunzione di zuccheri semplici e carboidrati raffinati.

In virtù di questi processi metabolici, sarebbe più corretto ridefinire la disbiosi fermentativa come fermentativa/putrefattiva perché esiste sì fermentazione, ma originata e sostenuta da fenomeni putrefattivi.

I sintomi

I fenomeni descritti spiegano l'insorgenza di diversi disturbi digestivi soprattutto gonfiore precoce post prandiale associato a difficoltà digestive, nonché alterazioni dell'alvo (diarrea e stipsi).

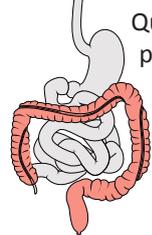
Il quadro di questo squilibrio può essere ulteriormente complicato dall'iperproliferazione della *Candida*.

Le disbiosi fermentative/putrefattive del tenue sono più frequenti di quelle del colon e molto più impattanti da un punto di vista sintomatico per il paziente che vede notevolmente ridotta la sua qualità di vita.

LA DISBIOSI PRETTAMENTE PUTREFATTIVA

Si origina nel colon ed è favorita da una dieta eccessivamente ricca di grassi e proteine animali, ma molto povera in fibre.

Perché ricercare lo scatolo?



Questo tipo di disbiosi è strettamente collegata all'alterazione dell'equilibrio di batteri di tipo proteolitico, cioè che degradano le proteine, che tendono a proliferare in modo eccessivo nel grosso intestino.

Questi batteri possiedono un enzima, la decarbossilasi indolacetata, che porta nel colon alla formazione di un metabolita, **lo scatolo**, prodotto finale della fermentazione del triptofano che contribuisce all'odore caratteristico delle feci. Anche lo scatolo viene dosato su campione urinario.

I sintomi

I sintomi tipici di disbiosi putrefattiva annoverano problemi quali feci e gas intestinali particolarmente maleodoranti, stipsi, alitosi ma anche sintomi sistemici come cefalea, stanchezza cronica, congestione epatica, insonnia o foruncolosi. La risoluzione di questi sintomi implica una riduzione dell'apporto di proteine animali e l'incremento dell'apporto di fibre che favoriscono la peristalsi, quindi l'igiene intestinale.

I due dosaggi di indacano e scatolo, dunque, possono essere analizzati per indicare se si è in presenza di una disbiosi fermentativa/putrefattiva nel tenue o prettamente putrefattiva nel colon. Questa è un'informazione fondamentale per decidere quale percorso intraprendere per ripristinare equilibrio e benessere.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez-Mon MA, Gómez AM, Orozco A, et al.: Distribuzione anormale e funzione dei monociti circolanti e traslocazione batterica avanzata nel disturbo depressivo maggiore. *Psichiatria frontale*. 2019; 10: 812

Atkinson Wet al., Food elimination based on IgG antibodies in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial., *Gut*. 2004;53(10): 1459-64

Barbaro MR, Cremon C, Caio G, et al.: Il ruolo della zonulina nella sensibilità al glutine non celiaca e nella sindrome dell'intestino irritabile. *United Euro Gastroenterol J*. 2015; 3: A87

Battais F et al., Food allergy to wheat: identification of immunoglobulin E and immunoglobulin G-binding proteins with sequential extracts and purified proteins from wheat flour, *Clin Exp Allergy*. 2003;33(7): 962-70

Camara-Lemarroy CR, Silva C, Greenfield J, et al.: I biomarcatori della funzione di barriera intestinale nella sclerosi multipla sono associati all'attività della malattia. *Mult scler*. 2019: 1352458519863133

Camilleri M, Gorman H: permeabilità intestinale e sindrome dell'intestino irritabile. *Neurogastroenterol Motil*. 2007; 19 (7): 545-52

Carrera-Bastos P, Picazo Ó, Fontes-Villalba M, et al.: Livelli Sierici Di Zonulina E Endotossina In Eccezionale Longevità Contro Precoce Infarto Miocardico. *Invecchiamento Dis*. 2018; 9 (2): 317-321

Ciccia F, Guggino G, Rizzo A, et al.: Disbiosi e upregolazione della zonulina alterano le barriere epiteliali e vascolari intestinali nei pazienti con spondilite anchilosante. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76 (6): 1123-32

Clancy CJ, Nguyen ML, Cheng S, Huang H, Fan G, Jaber RA, Wingard JR, Cline C, Nguyen MH, Immunoglobulin G responses to a panel of *Candida albicans* antigens as accurate and early markers for the presence of systemic candidiasis, *J. Clin. Microbiol.*, 2008 May;46(5):1647-54. Epub 2008 Mar 5

Clemente MG, De Virgiliis S, Kang JS, et al.: Primi effetti della gliadina sulla segnalazione intracellulare di enterociti coinvolti nella funzione di barriera intestinale. *Intestino*. 2003; 52 (2): 218-23

Drago S, El Asmar R, Di Piero M, et al.: Gliadina, zonulina e permeabilità intestinale: effetti sulla mucosa intestinale celiaca e non celiaca e sulle linee cellulari intestinali. *Scand J Gastroenterol*. 2006; 41 (4): 408-19

Du Preez S, Corbitt M, Cabanas H, et al.: Una revisione sistematica della disbiosi enterica nella sindrome da affaticamento cronico / encefalomielite mialgica. *Syst Rev*. 2018; 7 (1): 241

El Asmar R, Panigrahi P, Bamford P, et al.: La secrezione di zonulina dipendente dall'ospite provoca la compromissione della funzione di barriera dell'intestino tenue dopo esposizione batterica. *Gastroenterologia*. 2002; 123 (5): 1607-15

Fasano A, Not T, Wang W, et al.: Zonulina, un modulatore recentemente scoperto della permeabilità intestinale e la sua espressione nella celiachia. *Lancetta*. 2000; 355 (9214): 1518-9

Fasano, A. 2001. Intestinal Zonulin: Open Sesame! *Gut* 49 (2) (August): 159-62

Fasano A: la zonulina e la sua regolazione della funzione di barriera intestinale: la porta biologica dell'infiammazione, dell'autoimmunità e del cancro. *Physiol Rev*. 2011; 91 (1): 151-75

Granito A, Zauli D, Muratori P, Muratori L, Grassi A, Bortolotti R, Petrolini N, Veronesi L, Gionchetti P, Bianchi FB, Volta U., Anti-Saccharomyces cerevisiae and perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies in coeliac disease before and after gluten-free diet, *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2005 Apr 1;21(7):881-7

Hidvegi E et al., Serum immunoglobulin E, IgA, and IgG antibodies to different cow's milk proteins in children with cow's milk allergy: association with prognosis and clinical manifestations, *Pediatr. Allergy Immunol.*, 2002;13(4): 255-61

Isolauri et al., Food allergy in irritable bowel syndrome: new facts and old fallacies, *Gut* 2004; 53:1391-93

Kokkonen J et al., A similar high level of immunoglobulin A and immunoglobulin G class milk antibodies and increment of local lymphoid tissue on the duodenal mucosa in subjects with cow's milk allergy and recurrent abdominal pains, *Pediatr. Allergy Immunol.*, 2002;13(2): 129-36

Kondori N, Edebo L, Mattsby-Baltzer I., *Candida albicans* cell wall antigens for serological diagnosis of candidemia, *Med. Mycol.*, 2003 Feb;41(1):21-30

Kuzma JN, Hagman DK, Cromer G, et al.: Variazione intraindividuale nei marker di permeabilità intestinale e infiammazione del tessuto adiposo in adulti sani di peso normale ad obesi. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prec*. 2019; 28 (3): 610-5

Jayashree B, Bibin YS, Prabhu D, et al.: L'aumento dei livelli circolatori di lipopolisaccaride (LPS) e zonulina indica nuovi biomarcatori della proinfiammazione nei pazienti con diabete di tipo 2. *Molche Biochem*. 2014; 388 (1-2): 203-10

Lammers KM, Lu R, Brownley J, et al.: La gliadina induce un aumento della permeabilità intestinale e del rilascio di zonulina legandosi al recettore delle chemochine CXCR3. *Gastroenterologia*. 2008; 135 (1): 194-204.e3

Le Goff C, Chapel JP, Lutteri L., Comparison of five techniques to detect anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies (ASCA) in serum for diagnosing Crohn's disease, *Ann. Biol. Clin.*, (Paris), 2007Nov-Dec;65(6):601-8

Liber A, Szajewska H. Effects of inulin-type fructans on appetite, energy intake, and body

weight in children and adults: systematic review of randomized controlled trials. *Ann Nutr Metab* 2013;63(1-2):42-54

Malíčková K, Francová I, Lukáš M, et al.: La zonulina fecale è elevata nella malattia di Crohn e nei fumatori di sigarette. *Pract Lab Med*. 2017; 9: 39-44

Moreno-Navarrete JM, Sabater M, Ortega F, et al.: La zonulina circolante, un indicatore della permeabilità intestinale, è aumentata in associazione con l'insulino-resistenza associata all'obesità. *PLoS One*. 2012; 7 (5): e37160

Ohlsson B, Orho-Melander M, Nilsson P: Livelli più elevati di zonulina sierica possono piuttosto essere associati ad un aumentato rischio di obesità e iperlipidemia, rispetto a sintomi gastrointestinali o manifestazioni di malattia. *Int J Mol Sci*. 2017; 18 (3): pii: E582

Persat F, Topenot R, Piens MA, Thiebaut A, Dannaoui E, Picot S., Evaluation of different commercial ELISAmethods for the serodiagnosis of systemic candidosis, *Mycoses*, 2002 Dec;45(11-12):455-60

Prince HE, Yeh C, Alem N, Asalkhou M, Hamed N, Alem N, Alem M. - Evaluation of enzymelinked immunosorbent assays for detecting circulating antibodies to *Candida albicans*, *J. Clin. Lab. Anal.* 2008;22(4):234-8

Qi Y, Goel R, Kim S, et al.: Permeabilità intestinale Biomarker La zonulina è elevata nell'invecchiamento sano. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18 (9): 810.e1-810.e4

Ranaldi G, et al. Intracellular zinc is required for intestinal cell survival signals triggered by the inflammatory cytokine TNFα. *J Nutr Biochem* 2013;24(6):967-76.

ReesT et al., Aprospective audit of food intolerance among migraine consumers in primary care clinical practice, *Headache Care* 2005; Vol 2 N°1: 11-14

Ruffelli M., De PitàO, Diagnosi di laboratorio delle reazioni avverse ad alimenti. *Metodiche a confronto. Biologi Italiani* 2005; 11:20-23

Sapone A, de Magistris L, Pietzak M, et al.: L'upregolazione della zonulina è associata ad una maggiore permeabilità intestinale nei soggetti con diabete di tipo 1 e nei loro parenti. *Diabete*. 2006; 55 (5): 1443-9

Schaffer T, Müller S, Flogerzi B, Seibold-Schmid B, Schoepfer AM, Seibold F, Ant -i-Saccharomyces cerevisiae mannan antibodies (ASCA) of Crohn's patients crossreact with mannan from other yeast strains, and murineASCAIgM can be experimentally induced with *Candida albicans*, *Inflamm. Bowel Dis.*, 2007 Nov;13(11):1339-46

Sprake EF, et al. Vitamin D3 as a novel treatment for irritable bowel syndrome: single case leads to critical analysis of patient-centred data. *BMJ Case Rep* 2012; pii: bcr-2012-007223

Stevens BR, Goel R, Seungbum K, et al.: Aumento della permeabilità della barriera intestinale umana ai biomarcatori plasmatici di zonulina e FABP2 correlati con LPS plasmatico e microbioma intestinale alterato nell'ansia o nella depressione. *Intestino*. 2018; 67 (8): 1555-1557

Storione C, Fasano A: Zonulina, un regolatore delle funzioni di barriera epiteliale ed endoteliale e il suo coinvolgimento nelle malattie infiammatorie croniche. *Barriere tissutali*. 2016; 4 (4): e1251384

Toumi D, Mankai A, Belhadj R, Ghedira-Besbes L, Jeddi M, Ghedira I, Anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies in coeliac disease, *Scand. J. Gastroenterol.*, 2007 Jul;42(7):821-6

Tripathi A, Lammers KM, Goldblum S, et al.: Identificazione della zonulina umana, un modulatore fisiologico di giunzioni strette, come prehepatoglobina-2. *Proc Natl Acad Sci US A*. 2009; 106 (39): 16799-804

Vance GH et al., Ovalbumin-specific immunoglobulin G and subclass responses through the first 5 years of life in relation to duration of egg sensitization and the development of asthma, *Clin. Exp. Allergy*, 2004;34(10): 1542-9

Volta U, Caio G, Tovoli F, et al.: Sensibilità al glutine non celiaca: domande ancora cui rispondere nonostante la crescente consapevolezza. *Cell Mol Immunol*. 2013; 10 (5): 383-92

Wang, W, S Uzzau, S E Goldblum, and A Fasano. 2000. Human Zonulin, a Potential Modulator of Intestinal Tight Junctions." *Journal of Cell Science* 113 Pt 24 (December): 4435-40

Watts, Tammarra, Irene Berti, Anna Sapone, Tania Gerarduzzi, Tarcisio Not, Ronald Zielke, and Alessio Fasano. 2005. Role of the Intestinal Tight Junction Modulator Zonulin in the Pathogenesis of Type I Diabetes in BB Diabetic-Prone Rats. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 102 (8) (February 22): 2916-21

Weitkunat K, et al. Effects of dietary inulin on bacterial growth, shortchain fatty acid production and hepatic lipid metabolism in gnotobiotic mice. *J Nutr Biochem* 2015;26(9):929-37.

Wheeler MD, et al. Glycine: a new anti-inflammatory immunonutrient. *Cell Mol Life Sci* 1999;56(9-10):843-56

Whorwell P.J et al., IgG antibodies to foods in IBS, *Gut* 2005; 54:1204

Yamaguchi N, Sugita R, Miki A, Takemura N, Kawabata J, Watanabe J, Sonoyama K., Gastrointestinal *Candida* colonisation against food antigens by affecting the mucosal barrier in mice, *Gut*, 2006 Jul;55(7):954-60. Epub 2006 Jan 19

Zak-Gofąb A, Kocelak P, Aptekorz M, et al.: Microbiota intestinale, microinfiammazione, profilo metabolico e concentrazione di zonulina in soggetti obesi e di peso normale. *Int J Endocrinol*. 2013; 2013: 674106

Zar S.et al., Food-specific serum IgG4 and IgE titers to common food antigens in irritable bowel syndrome, *Am. J. Gastroenterol.*, 2005;100(7): 1550-7

Zuhl MN, et al. Effects of oral glutamine supplementation on exercise-induced gastrointestinal permeability and tight junction protein expression. *J Appl Physiol* 2014;116(2):183-91