

DIARREA

Cosa è?

La diarrea acuta è definita come l'emissione di feci di consistenza diminuita e/o l'aumento della frequenza delle evacuazioni, con o senza la copresenza di febbre e vomito. Tipicamente dura meno di 7 giorni e comunque non più di 14 (sopra i 14 giorni si parla di "diarrea persistente").

Come si presenta:

È importante valutare se sono presenti segni di disidratazione moderata o severa:

- irrequietezza o irritabilità;
- letargia o ridotto livello di coscienza;
- occhi infossati;
- ridotto turgore cutaneo (la cute pizzicata ritorna distesa lentamente);
- refill capillare >2";
- oliguria/anuria;
- fontanella depressa (nei lattanti);
- polso debole;
- aumento della frequenza cardiaca;
- anormalità del pattern respiratorio;
- sete intensa o ridotta capacità di assumere liquidi per os;
- sangue nelle feci;
- segni di grave malnutrizione;
- massa addominale;
- distensione addominale.

La disidratazione è definita **severa** se sono presenti 2 o più tra questi segni:

- letargia o ridotto livello di coscienza;
- occhi infossati;
- incapacità totale o quasi di assumere liquidi per os;
- marcata riduzione del turgore cutaneo (la cute pizzicata ritorna distesa molto lentamente, in ≥ 2 ").

La disidratazione è definita **moderata** se sono presenti 2 o più tra questi segni:

- irrequietezza o irritabilità;
- occhi infossati;
- bambino molto assetato;
- la cute pizzicata ritorna distesa lentamente.

La disidratazione può altresì essere stimata sulla base del calo ponderale:

SEVERA: >9% del peso / MODERATA: 3-9% del peso / LIEVE O NESSUNA: <3% del peso

Quali esami di laboratorio fare:

SANGUE

- È importante valutare EAB ed elettroliti in caso di disidratazione, soprattutto se si deve iniziare l'infusione endovenosa di liquidi e poi durante la terapia reidratante, per la possibilità di squilibri elettrolitici (in particolare ipo e ipernatriemia).
- Non esistono markers specifici per distinguere l'origine batterica o virale della diarrea, però si possono utilizzare indici indiretti quali emocromo ed indici di flogosi.

FECI

- Gli esami microbiologici non sono da eseguire routinariamente in caso di diarrea senza presenza di sangue.
- Dovrebbero invece essere presi in considerazione nel momento in cui vi sia la possibilità di eseguire un trattamento antimicrobico (per esempio in caso di dissenteria) oppure quando è necessario escludere un'infezione intestinale per diagnosi differenziale con malattie

infiammatorie croniche dell'intestino o in caso di epidemia.

Quali esami strumentali fare:

Nessuno, eccetto nei casi in cui si sospetti:

- Una patologia chirurgica (ecografia, Rx diretta addome);
- Una malattia infiammatoria cronica intestinale (esami endoscopici).

Come trattarlo in PS:

DISIDRATAZIONE LIEVE/MODERATA

- La prima linea di trattamento dovrebbe essere la Reidratazione per via orale a piccoli sorsi e, qualora questa non fosse fattibile, la reidratazione enterale per via nasogastrica. La reidratazione enterale è infatti associata a minori effetti collaterali rispetto alla via endovenosa e risulta essere efficace in molti bambini. In ogni caso, non devono essere forniti liquidi per via endovenosa nei bambini che sono in grado di assumere liquidi per os. Per la reidratazione orale, sono da preferire le soluzioni a ridotta osmolarità (Na^+ 60mmol/L): queste infatti riducono la diarrea, il vomito e la necessità di ricorrere alla reidratazione per via endovenosa.
- Se il bambino presenta un vomito, attendere 10 minuti e poi riprendere con la reidratazione a sorsi più piccoli e più lenti.
- L'utilizzo degli antiemetici è ancora dibattuto e controverso, le linee guida non ne raccomandano un uso routinario.
- Rivalutare il bambino dopo circa 4 ore (o prima se compaiono nuovi problemi):

- Se il bambino non presenta più disidratazione ed è in grado di assumere sufficienti quantità di liquidi per os, può essere dimesso con i consigli domiciliari riportati di seguito.
- Se continua a presentare disidratazione moderata, continuare l'idratazione per os ed iniziare la rialimentazione.
- Se presenta disidratazione severa, seguire i provvedimenti riportati nel paragrafo specifico.

DISIDRATAZIONE SEVERA

- In attesa del ricovero, iniziare immediatamente l'infusione endovenosa di liquidi, utilizzando soluzioni isotoniche (Ringer lattato o soluzione fisiologica 0,9% NaCl) alla dose di 100 ml/kg da suddividere: i primi 30 ml/kg nella prima ora (per bambini di età inferiore ad 1 anno) o nei primi 30 minuti (nei bambini di età uguale o superiore ad 1 anno), i restanti 70 ml/kg in 5 ore (nei bambini di età inferiore ad 1 anno) o in 2,5 ore (nei bambini di età uguale o superiore ad 1 anno).
- Il bambino va rivalutato ogni 15-30 minuti. Se non si osservano miglioramenti del suo stato di idratazione, si possono fornire i liquidi ev più rapidamente.
- Iniziare la reidratazione anche per via orale (alla dose di 5 ml/kg/h) non appena il bambino riesce a bere (generalmente ciò avviene in 1-2 ore nei bambini, 3-4 ore nei lattanti).
- Proseguire reidratazione ev con soluzioni miste a seconda del peso e della capacità del bambino di assumere liquidi per os: SG 5% 100 ml/kg + NaCl 40 mEq/l, considerando una necessità idrica di base pari a 100 ml/kg/die per i primi 10 kg di peso corporeo, 50 ml/kg/die per i successivi 10 kg e 25 ml/kg/die per il peso eccedente, cui vanno aggiunte le perdite, che possono essere stimate in 10 ml/kg per ogni evacuazione liquida o vomito).
- Eventuali modificazioni della composizione delle soluzioni ev devono essere stabilite sulla base del risultato degli esami ematici eseguiti (presenza di diselettrolitemie), con monitoraggio successivo dei parametri ematici.

Quali sono le indicazioni al ricovero:

- Shock;
- Disidratazione severa;
- Sintomi neurologici;
- Vomito incoercibile o biliare;
- Impossibilità di una efficace reidratazione per os;
- Scarsa compliance familiare che non permetta un adeguato trattamento domiciliare;
- Sospetto/diagnosi di patologia chirurgica.

Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

- Reidratazione orale con soluzioni ipotoniche a piccoli sorsi.
- I bambini che riescono ad assumere liquidi per os devono comunque continuare anche ad essere alimentati, e la reintroduzione del cibo non deve essere ritardata più di 4-6 ore dall'inizio della reidratazione orale. Nei lattanti non deve essere interrotto l'allattamento al seno e, per quanto riguarda il latte artificiale, non sono necessarie diluizioni della formula né reintroduzioni graduali del latte, che invece dovrebbe essere ripreso non più tardi di 4-6 ore dall'inizio della reidratazione orale.
- I probiotici possono essere un elemento efficace nella gestione della diarrea. Si consiglia di utilizzare ceppi di probiotici di provata efficacia (Lactobacillus GC, Lactobacillus reuteri, Saccharomyces boulardii).
- La supplementazione di Zinco è raccomandata nei bambini malnutriti.
- La terapia antibiotica è destinata solo ad alcune specifiche infezioni, per lo più gastroenteriti febbrili invasive con presenza di sangue e/o muco nelle feci (Shigella, Campylobacter, Salmonella enterica, Entamoeba histolytica).
- Ritornare in Pronto Soccorso se si assiste ad un peggioramento della sintomatologia o se non si osservano miglioramenti dopo 5 giorni.

BIBLIOGRAFIA

1. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2008.
2. Management strategies in the treatment of neonatal and pediatric gastroenteritis. S. Ciccarelli, I. Stolfi, G. Caramia. Infection and Drug Resistance 2013; 6: 133-161.
3. Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Gregorio GV, Dans LF, Silvestre MA: Early versus delayed refeeding for children with acute diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev 2011, (7):CD007296
5. Mehal JM, Esposito DH, Holman RC, Tate JE, Sinden LL, Parashar UD. Risk Factors for Diarrhea-Associated Infant Mortality in the United States, 2005-2007. Pediatr Infect Dis J. Mar 9 2012