

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXV

Settembre 2022

numero 7

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

CONOSCO I MIEI POLLI: DUE CASI DI DIARREA DA *CAMPYLOBACTER*

Chiara Tommesani

Università di Milano-Bicocca

Indirizzo per corrispondenza: chiara.tommesani@gmail.com

Ragazza di 14 anni, in buona salute. In anamnesi si segnala solo una pregressa epilessia infantile, non più in trattamento. Da 5 giorni presenta addominalgia periombelicale di tipo colico, ingravescente, associata ad alvo diarroico (circa 10 scariche/die), alcune con sangue. Al primo accesso in Pronto Soccorso (PS), all'insorgenza dei sintomi, gli esami ematici mostravano solo una lieve leucocitosi neutrofila e PCR mossa (1,63 mg/dl), e l'ecografia addominale evidenziava un quadro di adeno-mesenterite. Veniva quindi dimessa a domicilio in buone condizioni generali.

Al secondo accesso in PS per persistenza dei sintomi, gli esami ematici risultano invariati, eccetto per la PCR che è aumentata a 7,65 mg/dl; l'ecografia addominale, stavolta evidenzia un ispessimento appendicolare (non segnalata la misurazione) e versamento libero in fossa iliaca destra. Viene pertanto trasferita per valutazione chirurgica pediatrica nel sospetto di appendicite acuta. Alla valutazione pediatrica la ragazza appare sofferente, con parametri vitali nella norma, apiretica; addome piano, trattabile *in toto*, dolente e dolorabile alla palpazione profonda in fossa iliaca destra, Blumberg dubbio. Una nuova ecografia addominale mostra un diffuso ispessimento del colon ascendente (9 mm) e dell'ultima ansa ileale, l'appendice non è riconoscibile. I chirurghi escludono un'urgenza e indicano di proseguire l'osservazione in regime di ricovero. Le coproculture risultano positive per *Campylobacter*, per cui inizia terapia antibiotica con azitromicina, con miglioramento dell'addominalgia e dell'alvo diarroico.

Bambino di 3 anni in buona salute, con anamnesi remota muta. Da circa 3 giorni presenta un quadro con febbre e alvo diarroico (circa 5 scariche/die), per cui la curante ha prescritto le coproculture. Durante il fine settimana nella diarrea compare sangue rosso vivo, per cui viene condotto in PS. Alla valutazione clinica è in buone condizioni generali, ben idratato, non mostra altri segni di diatesi emorragica, i parametri vitali sono stabili. L'addome è piano, con peristalsi vivace, ben trattabile *in toto*, senza segni di peritonismo. Gli esami ematici in regime di urgenza mostrano

solo un lieve movimento degli indici di flogosi, ma viene ricoverato per monitoraggio clinico. Le coproculture risultano positive per *Campylobacter*. Il numero di scariche diarroiche si sta riducendo ma presenta ancora sangue nelle feci, per cui inizia la terapia antibiotica con azitromicina.

L'infezione da *Campylobacter* è una delle principali cause di diarrea nel mondo. Il batterio colonizza il tratto intestinale di diversi animali, in particolar modo pollame, e l'infezione origina dalla contaminazione di alimenti derivati da queste fonti animali (es. pollame crudo, latte). Nel bambino l'infezione si presenta come una gastroenterite con febbre, addominalgia, vomito, diarrea, ematica nella metà dei casi. La febbre è elevata e si presenta in genere prima dell'insorgenza della diarrea, e può essere associata a crisi convulsive. Nel bambino più grande e nell'adulto si presenta in genere con sintomi prodromici quali febbre elevata, più o meno associata a sintomi neurologici (fino al delirium), che possono durare 1-2 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi gastrointestinali, caratterizzati da dolore periombelicale crampiforme, diarrea in genere autolimitante nel giro di 7 giorni.

L'infezione intestinale può presentare una clinica che mimica altre patologie: l'infiammazione acuta di cieco e ileo con dolorabilità in fossa iliaca destra può mimare un'appendicite, ma nell'infezione da *Campylobacter* sono assenti segni di peritonismo; una colite acuta con diarrea ematica può mimare una colite acuta da MICI, anche se nell'infezione da *Campylobacter* questa inizia a livello di digiuno e ileo e progredisce poi distalmente verso cieco e colon. La diagnosi è microbiologica attraverso le coproculture.

L'infezione è autolimitante e il trattamento antibiotico è indicato solo in caso di: diarrea ematica, febbre elevata, sintomi di durata superiore a una settimana, peggioramento dei sintomi, infezione extraintestinale. La molecola indicata è l'azitromicina, da assumere fino a risoluzione dei sintomi oppure per almeno 7-14 giorni nei casi di pazienti immuno-compromessi o con complicanze associate all'infezione.