

# DIARREA INFETTIVA ACUTA E GASTROENTERITE



## Definizione

Nuova insorgenza (< 14 giorni) di diarrea ( $\geq 3$  feci non formate/liquide in 24 ore o più del numero abituale di evacuazioni per la persona). La diarrea può essere acquosa o emorragica (dissenteria).



**Importante!** Sono possibili e devono essere prese in considerazione anche cause non infettive (es. effetti avversi di medicinali tra cui gli antibiotici, malattie intestinali ed endocrine).



## Agenti patogeni più probabili

La maggior parte dei casi ha eziologia virale. Considerare sempre i seguenti fattori di rischio, in quanto possono influenzare gli agenti eziologici più probabili: viaggio all'estero recente, consumo recente di alimenti potenzialmente non sicuri, immunosoppressione, malnutrizione grave.

### Diarrea acquosa

La causa più probabile è virale, soprattutto: rotavirus - norovirus - adenovirus.

### Dissenteria (febbre, dolore addominale e diarrea emorragica)

La causa più probabile sono i batteri, principalmente: *Shigella* spp. - *Campylobacter* spp. - *Salmonella* diarroica non tifoide - *Escherichia coli* enterotossigeno.

### Considerare parassiti se i sintomi non scompaiono

*Entamoeba histolytica* - *Giardia intestinalis* - Altri parassiti protozoari e molto raramente *Schistosoma* (specie intestinale).

Solitamente i parassiti sono responsabili di diarrea persistente (durata 14-29 giorni) o cronica (durata > 30 giorni) piuttosto che di diarrea acuta.



## Diagnosi

### Presentazione clinica

- Possono essere presenti anche nausea, vomito, gonfiore, dolore addominale e crampi; la febbre può essere assente.
- La maggior parte dei casi è autolimitante in pochi giorni.
- I pazienti possono presentare vari gradi di disidratazione e grave malnutrizione (fattore di rischio ma anche conseguenza della diarrea).

### Importante:

- Valutare rapidamente il grado di disidratazione.
- Segni di disidratazione grave (devono essere presenti due o più segni):
  - Letargia e/o incoscienza.
  - Occhi infossati.
  - Incapacità di bere.
  - Refill capillare  $\geq 2$  secondi.

### Test microbiologici

Di solito non necessari.

### Considerare test specifici in caso di:

- Diarrea emorragica.
- Pazienti immunocompromessi (necessario includere la ricerca di parassiti).

### Test da considerare:

- Coprocoltura.
- Microscopia delle feci (per i parassiti).
- Ricerca di antigeni di rotavirus, norovirus, adenovirus; eventuale ricerca in PCR di acidi nucleici di batteri e virus (in ambito ospedaliero).

### Altri test

Di solito non necessari.

### Imaging

Di solito non necessario.



## Prevenzione

- Lavaggio delle mani con sapone, buona igiene alimentare, educazione sanitaria sulla diffusione di queste infezioni.
- Allattamento esclusivo al seno per i primi 6 mesi di vita.
- Vaccinazione contro rotavirus.



## Trattamento



**Importante!** La reidratazione e la reintegrazione elettrolitica sono il trattamento principale per la diarrea infettiva acuta. Si raccomanda una soluzione reidratante orale a bassa osmolarità (ORS). La supplementazione con lo zinco (10-20 mg/die) viene consigliata solo in caso di malnutrizione severa o provenienza da aree endemiche per carenza di zinco. I farmaci antidiarroici non sono necessari abitualmente (non prevengono la disidratazione e non migliorano lo stato nutrizionale).

## Maggiori informazioni

*Nota introdotta da AIFA*

- Nelle definizioni è stata aggiunta quella di dissenteria (febbre, dolore e diarrea emorragica)
- Non vengono considerate la vaccinazione e il trattamento contro il colera
- Tra le misure di prevenzione viene consigliata la vaccinazione contro il Rotavirus
- Nelle opzioni diagnostiche (test microbiologici) è contemplata in specifiche situazioni la ricerca di antigeni virali (rotavirus, norovirus e adenovirus) e, in ambito ospedaliero, di patogeni enterici mediante metodica PCR, in quanto utili, in specifiche situazioni, nel confermare l'eziologia virale e limitare la prescrizione antibiotica
- La supplementazione di zinco viene consigliata solo in caso di malnutrizione severa o provenienza da aree endemiche per carenza di zinco
- Si evidenzia che l'azitromicina è l'antibiotico di scelta nelle (rare) forme da *Campylobacter* spp che richiedono trattamento



## Trattamento antibiotico

Antibiotici di solito non necessari, anche in casi di febbre e/o grave disidratazione. Si consideri trattamento antibiotico **SOLO** se:

- Diarrea emorragica acuta significativa.
- Pazienti gravemente immunocompromessi.

Tutti i dosaggi si intendono per una funzionalità renale normale. Gli antibiotici sono elencati in ordine alfabetico e devono essere tutti considerati come pari opzioni di trattamento salvo diversa indicazione. Se i sintomi non si risolvono entro 48 ore, considerare la somministrazione di metronidazolo per il trattamento di *Entamoeba histolytica* e *Giardia intestinalis*.

### Durata del trattamento antibiotico:

È variabile, pertanto fare riferimento alla sezione antibiotici per la durata del trattamento.

### Prima scelta

Ciprofloxacina 30 mg/kg/die in due dosi **ORALE**. Durata del trattamento: 3 giorni.

### Seconda scelta

Azitromicina 10 mg/kg/die in singola dose **ORALE**. Durata del trattamento: 4 giorni. Prima scelta nelle infezioni da *Campylobacter* che richiedono trattamento.

————— OPPURE —————

Cefixima 10 mg/kg/die in singola dose (max 400 mg) **ORALE**. Durata del trattamento: 5 giorni.

————— OPPURE —————

Sulfametossazolo+trimetoprim 40 mg/kg + 8 mg/kg/die in 2 dosi **ORALE**. Durata del trattamento: 5 giorni.

*Nei pazienti che assumono sulfametossazolo + trimetoprim in via profilattica, si deve usare un antibiotico diverso per il trattamento, salvo conferma di suscettibilità.*

————— OPPURE —————

Ceftriaxone 80 mg/kg in singola dose **EV/IM**. Durata del trattamento: 3 giorni.