

DIARREA INFETTIVA ACUTA E GASTROENTERITE



Definizione

Nuova insorgenza (< 14 giorni) di diarrea (≥ 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 ≥ 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.