

## MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVI

Aprile 2023

numero 4

### I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

#### **DIARREA EMORRAGICA: A VOLTE I NODI VENGONO AL PETTINE TARDI**

Sara De Crescenzo<sup>1</sup>, Claudio La Scola<sup>2</sup>, Roberto Pillon<sup>2</sup>,  
Andrea Pasini<sup>2</sup>, Francesca Lami<sup>3</sup>, Andrea Pession<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università Alma Mater Studiorum, Bologna

<sup>2</sup>UO di Pediatria, IRCCS AOU "Sant'Orsola", Bologna

<sup>3</sup>UO di Pediatria, Dipartimento Materno-Infantile, Policlinico di Modena

**Indirizzo per corrispondenza:** saradecrescenzo1@gmail.com

Una bambina di due anni viene trasferita presso il nostro Centro da altro ospedale per insufficienza renale acuta con necessità di dialisi.

La storia clinica era esordita con addominalgia, vomito e diarrea con striature ematiche (20 scariche). All'ingresso, leucocitosi neutrofila (GB 19.690/mm<sup>3</sup>, N 64%), Hb 14 g/dl, creatinina 0,24 mg/dl, Plt 324.000/mm<sup>3</sup>.

Per riscontro ecografico di immagine a coccarda, compatibile con invaginazione ileo-colica, erano stati eseguiti senza successo due tentativi di svaginamento con clisma opaco in due giorni successivi e laparotomia esplorativa con riscontro di edema del cieco e minima invaginazione dell'ultima ansa ileale. Persistendo anche in terza giornata abbondanti scariche ematiche e per comparsa di iperpiressia, si ripetevano gli esami con riscontro di Hb 11,7 g/dl, Plt 48.000/mm<sup>3</sup>, creatinina 2,27 mg/dl e urea 92 mg/dl; Hb > 1 mg/dl, glucosio 50 mg/dl e proteine 100 mg/dl all'esame urine, positività alla ricerca di *Escherichia coli* enterotossigeno (ETEC) su feci.

Per oligoanuria e comparsa di crisi comiziali tonico-cloniche, è stata trasferita con diagnosi di sindrome uremico-emolitica (SEU) presso la Terapia Intensiva del nostro Centro, dove inizia idratazione endovenosa e trattamento dialitico (CVVH-DF). L'anemia emolitica severa ha necessitato di multiple (sei) trasfusioni di emazie concentrate e l'ipertensione arteriosa subentrata è stata controllata con duplice terapia anti-ipertensiva (amlodipina e doxazosina). Il trattamento dialitico è stato proseguito per 15 giorni in

continuo, poi ridotto e definitivamente sospeso dopo altri 6 giorni. La creatinina è solo parzialmente migliorata nel corso della degenza (3,1 mg/dl) e attualmente la bambina presenta un quadro di insufficienza renale di V stadio (eGFR 13 ml/min secondo Schwartz) e severa iperpotassemia, in trattamento dietetico e kayexalate.

La **sindrome uremico-emolitica** è una delle principali cause di insufficienza renale acuta in età pediatrica. È classicamente caratterizzata da anemia emolitica, trombocitopenia e insufficienza renale. Questa triade però si manifesta solo nel 60% delle forme di SEU: spesso nella fase iniziale osserviamo solo segni di emolisi (LDH aumentate, aptoglobina ridotta) senza anemia, oppure consumo piastrinico in assenza di franca trombocitopenia, o interessamento renale (proteinuria, ematuria) con creatininemia normale. La presenza di ETEC andrebbe sempre ricercata in presenza di diarrea emorragica. Nella nostra paziente, il quadro ecografico ascrivibile a invaginazione, l'apparente assenza della triade e la mancata ricerca precoce di ETEC hanno ritardato la diagnosi, peggiorando la prognosi, che è fortemente condizionata dalla precocità degli interventi terapeutici.

La definizione diagnostica di SEU andrebbe riformulata per consentire il riconoscimento precoce di questi pazienti. In presenza di diarrea emorragica, vanno sempre ricercati l'ETEC nelle feci e i segni di emolisi, consumo piastrinico e coinvolgimento renale, avviando contestualmente una iperidratazione precoce per evitare il danno renale.