



Diarrea acuta

Con l'arrivo della stagione calda si verifica un'alta incidenza di gastroenteriti sia di origine batterica che virale in cui la diarrea rappresenta la manifestazione clinica principale.

Per diarrea acuta si intende un'aumentata perdita di acqua (ed elettroliti) con le feci che avviene con meccanismo secretivo e osmotico ed è causata da diversi patogeni. Possono essere associati vomito, febbre e dolori addominali.

Criteri di gravità

Il rischio di disidratazione e la gravità della situazione clinica sono inversamente proporzionali all'età del bambino. Quando la disidratazione non è controllabile con i presidi orali diviene indispensabile il ricovero (tab.1).

Eziologia

Le diarree infettive riconoscono un'eziologia virale nell'80% dei casi, batterica in poco meno del 20%.

I batteri responsabili di tossinfezioni alimentari appartengono ai gruppi *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, ceppi enterotossici di *E. coli*, ecc.

Nei lattanti è sempre presente il rischio d'infezione da *E. sazakii*.

I più frequenti sierotipi di enterovirus sono gli *Echovirus*, *Coxsackievirus*, *Norovirus* e *Rotavirus*.

Esistono situazioni in cui è prudente eseguire una coprocultura per meglio mirare la terapia (tab. 2) pur tenendo conto dei lunghi tempi di attesa che ne limitano l'utilizzo. In genere il pediatra si avvale di elementi epidemiologici e clinici per sospettare l'eziologia batterica e per ipotizzare l'opportunità di prescrivere un antibiotico (tab.3).

Obiettivi terapeutici

L'obiettivo principale rimane quello di prevenire o controllare rapidamente l'eventuale disidratazione.

La notizia di un bambino con diarrea acuta viene generalmente appresa dal pediatra per telefono. Diventa quindi necessario, per poter offrire la miglior soluzione a questo disturbo, di solito banale, percorrere mentalmente e rapidamente uno schema operativo.

Devono essere presi in considerazione:

- ✍ il contesto familiare e ambientale;
- ✍ l'età del bambino (cruciale sotto l'anno);
- ✍ l'anamnesi del giorno prima (alimentazione, uso di farmaci, frequenza al nido);
- ✍ il quadro clinico.

Reidratazione.

Il primo provvedimento è la reidratazione per os. con l'utilizzo delle soluzioni in commercio che fanno riferimento alle indicazioni specifiche dell'OMS e dell'ESPGHAN.

La reidratazione va fatta a tutti, anche al lattante alimentato al seno, somministrando le soluzioni fra una poppata e l'altra.

Nella realtà è comune che la madre inizi la reidratazione con bevande casalinghe (tè e zucchero, brodo vegetale, acqua e zucchero) e che i pediatri acconsentano «pur che beva qualcosa». Le ragioni sono la presunta pari efficacia e la scarsa palatabilità delle soluzioni in commercio.

Le soluzioni fatte in casa sono sconsigliabili per la composizione variabile e per la frequente iperosmolarità (per eccesso di zucchero). L'osmolarità è importante, ed è una delle principali differenze anche tra le soluzioni in commercio: una bassa osmolarità (200-250 mOsm/L) assicura un ottimo assorbimento d'acqua e un adeguato ripristino delle perdite elettrolitiche, mentre un'elevata osmolarità provoca secrezione di acqua nell'intestino. *Continua nella prossima pagina*

Tabella 1. Si all'ospedale

- se la disidratazione supera il 10 per cento
- nello shock
- in età neonatale
- quando il vomito impedisce la reidratazione orale

Tabella 2. Quando è consigliabile l'esame delle feci

- diarree mucosanguinolente
- nel lattante
- nelle diarree protratte o che recidivano

Tabella 3. Algoritmo diagnostico per il calcolo di un'eziologia batterica

segni	presenza	assenza
febbre	3	1
muco	4	1
sangue	7	2
vomito	2	3
punteggio		significato
inferiore a 9		bassa probabilità
tra 9 e 12		dubbio
maggiore di 12		alta probabilità



Rialimentazione

Alla reidratazione deve far seguito la rialimentazione precoce: è importante infatti mantenere il digiuno per non più di 4-6 ore.

La rialimentazione varia a seconda della fascia di età ed è molto delicata nel bambino minore di un anno. In questo caso, il latte materno non va mai sospeso, mentre quello artificiale sì, anche se temporaneamente (mai per più di 12 ore). Secondo le più recenti acquisizioni non ci sono vantaggi né con l'uso di latti poveri di lattosio (i deficit secondari di lattasi hanno una frequenza del 7 per cento circa) né con le diluizioni più diverse, né con latti speciali.

Solo nel caso che possa essere sospettata una diarrea da virus, che può determinare un'alterazione della mucosa intestinale tale da sensibilizzare il bambino alle macromolecole di una normale formula, può essere corretto usare un idrolisato proteico per un periodo di circa tre-quattro settimane, tempo necessario per la riorganizzazione strutturale della mucosa.

Nei bambini più grandi non sembrano esserci ostacoli a rialimentare rapidamente e con tutti i principi nutritivi. Rimane il fatto che nella pratica corrente il pediatra sospende immediatamente l'assunzione del latte al bambino.

Perché il pediatra sospende il latte?

Perché il latte vaccino contiene lattosio e questo zucchero è indigeribile se non viene scisso dalla lattasi intestinale, un enzima sintetizzato dagli enterociti del digiuno.

Tutte le condizioni che provocano un'inflammatione intestinale, riducono la sintesi di lattasi da parte degli enterociti. Ne consegue che il lattosio non viene scisso nell'intestino. La presenza di lattosio richiama acqua dalla sottomucosa intestinale ed aggrava la diarrea.