

# L'ABC della DIARREA

**Mauro Bozzola**

*Professore Ordinario di Pediatria  
Università degli Studi di Pavia  
Direttore del Centro di ricerca di Auxologia Pediatrica  
Dipartimento Materno-Infantile  
Fondazione IRCCS San Matteo, Pavia  
mauro.bozzola@unipv.it*

con la collaborazione della  
Dr.ssa Elena Bozzola



**L'ABC**  
*della DIARREA*



*Questo opuscolo non vuole sostituirsi alla visita medica, ma vuole essere di aiuto ai genitori al fine di identificare le caratteristiche della diarrea del proprio figlio per riferirle con maggior precisione al pediatra, in modo da aiutarlo nella formulazione della diagnosi. Ovviamente, sarà il Medico Curante a gestire la diarrea nei singoli casi.*

# Indice

Introduzione .....	7
Che cosa è la diarrea? .....	8
Cause di diarrea .....	9
Approccio al bambino con diarrea acuta .....	11
Terapia .....	14
Considerazioni finali .....	17

---



## ► Introduzione

### **Nozioni di fisiologia**

Il numero e la consistenza delle feci varia in rapporto all'età ed all'alimentazione del bambino.

Nel primo mese di vita il lattante che assume latte materno evacua quasi a tutti i pasti (circa 4-6 volte al giorno), con feci ricche di acqua, acide e con grumi biancastri che diventano di color verde-grigio al contatto con l'aria, per un meccanismo fisiologico di ossidazione.

Con il passare dei mesi, il numero delle evacuazioni diminuisce fino a 1-2 al giorno.

L'acqua rappresenta il 78% del peso corporeo nei primi mesi di vita e scende al 60% dal 1° anno di vita fino all'età adulta. Pertanto è il lattante il soggetto a più alto rischio di disidratazione.

## ► Che cosa è la diarrea?



La diarrea è una condizione che compare quando si altera l'equilibrio del volume dei fluidi che attraversano il tratto gastroenterico.

La **diarrea acuta** è definita come un aumento del numero delle scari-  
che e/o una ridotta consistenza delle feci che dura meno di due setti-  
mane. Quando la diarrea dura più di due settimane, si parla di **diarrea  
cronica**.



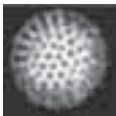
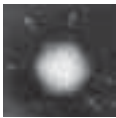
## ► Cause di diarrea

Vi sono diverse cause di diarrea, divisibili sinteticamente in due gruppi:

### Cause infettive




#### *Virali*

Tra i virus, i più frequenti sono:

- a) *I Rotavirus* che sono la causa più frequente di diarrea nei bambini di età inferiore ai 24 mesi. L'incubazione dell'infezione è di 1-3 giorni, mentre la stagionalità è prevalentemente invernale. Il corredo antigenico del virus tende comunque ad andare incontro a modificazioni strutturali ogni 2-3 anni rendendo difficoltosa la preparazione di un vaccino. All'età di 5 anni il 90% dei bambini risulta positivo per anticorpi anti-Rotavirus. 
- b) *Gli Adenovirus* che rappresentano la seconda causa più frequenti di diarrea in età pediatrica. 

#### *Batteriche*

Tra i batteri, i principali responsabili di diarrea sono:

- a) le *Salmonelle* 
- b) *Campylobacter jejuni*, frequente tra i 2 e i 4 anni 
- c) l'*Escherichia coli*, più frequente nel lattante 
- d) il *Clostridium difficile* che può virulentarsi sotto terapia antibiotica e causare una diarrea con muco e sangue.

**La diarrea acuta infettiva**, con o senza vomito, rappresenta la principale causa di disidratazione in età pediatrica. La disidratazione conseguente a diarrea rappresenta la principale causa di mortalità in età pediatrica a livello mondiale.

### ***Protozoarie***

Le diarree da cause protozoarie sono più rare nei paesi industrializzati. La *Giardia lamblia*, protozoo che può causare disturbi gastrointestinali che vanno dai “dolori addominali ricorrenti” alle “sindromi da malassorbimento”, è rinvenuta nello 0,5-1,7% dei casi di diarrea acuta nel nostro paese; è spesso asintomatica.

### **Cause non infettive**

Vi sono, ad esempio, forme di diarrea secondarie all’uso di antibiotici oppure alla sporadica assunzione di lattosio in soggetti intolleranti.

## ► Approccio al bambino con diarrea acuta



Di fronte ad un bambino con diarrea bisogna effettuare:

### Raccolta dell'anamnesi

- a) quando è iniziata la diarrea?
- b) quante scariche al giorno presenta il bambino?
- c) vi è sangue nelle feci?
- d) vi sono altri sintomi associati (ad esempio vomito oppure febbre)?
- e) vi sono casi simili in famiglia o nella scuola?
- f) il bambino presenta intolleranze alimentari/allergie note?
- g) che cosa ha mangiato/bevuto il bambino?
- h) è noto un peso corporeo precedente l'inizio della diarrea?
- i) il bambino riesce ad assumere una quantità sufficiente di liquidi?

### Esame clinico

L'esame clinico del bambino è finalizzato a cercare segni di disidratazione.

**Come valutare la disidratazione?** Il calo di peso corporeo è il più accurato indice clinico di disidratazione nei bambini più piccoli. Uno stato di disidratazione può essere rilevato tramite perdita di elasticità cutanea, bocca secca, pianto senza lacrime, diuresi ridotta (pannolini asciutti nei più piccoli), scarsa reattività (torpore), fontanella anteriore depressa (nei lattanti).

La tabella 1 racchiude alcuni parametri che possono essere utili per capire se il bambino è disidratato.



**Tabella 1**

<i>Parametri</i>	<i>Disidratazione lieve</i>	<i>Disidratazione moderata</i>	<i>Disidratazione grave</i>
Calo ponderale	3-5% del peso	6-9% del peso	>10% del peso
Frequenza cardiaca	normale	normale-debole	debole
Turgore cutaneo	normale	diminuito	diminuito
Fontanella anteriore	normale	depressa	depressa
Mucose	appena secche	secche	secche
Globi oculari	normali	incavati	molto incavati
Stato mentale	normale	normale-apatico	normale-letargico
Diuresi	poco diminuita	ridotta	molto ridotta
Sensazione sete	poco aumentata	aumentata	molto aumentata/troppo sonnolento per aver sete

**Quando preoccuparsi?** Quando si tratta di un bambino molto piccolo (inferiore a 1 anno di vita), quando vi è un' alta frequenza di scariche (circa 8 al giorno), quando vi è vomito, secchezza delle mucose, perdita di peso, globi oculari incavati, o quando il bambino rifiuta di assumere i liquidi per bocca.

**Quando richiedere gli esami?** Nei bambini affetti da diarrea acuta generalmente non sono necessarie indagini microbiologiche che però devono essere richieste in alcune situazioni specifiche, tra cui:

- 1) casi di sospetta patologia infettiva suscettibili di terapia (ad esempio in caso di sospetta Salmonella);
- 2) diarrea persistente: è necessaria una copro-coltura per virus e batteri se la durata della diarrea è più lunga (>7-8 giorni) o recidiva oppure se è presente sangue nelle feci o se la reidratazione orale è inefficace;
- 3) necessità di escludere patologie infettive per avvalorare un'altra diagnosi (ad esempio malattie croniche dell'intestino).

Nei pazienti con diarrea acuta che necessitano approfondimenti diagnostici è spesso necessaria anche la valutazione degli elettroliti plasmatici, della glicemia (rischio di ipoglicemia), della creatinina (che rispecchia la funzionalità renale) e dell'equilibrio acido-basico alla ricerca di un'acidosi metabolica. In quali situazioni effettuare questi esami?

1. quando è presente una disidratazione grave.
2. in corso di disidratazione "moderata", ma in presenza di sensazione tattile di "cute pastosa", indicativa di una perdita di liquidi con aumento dei valori del sodio nel sangue.
3. in corso di disidratazione "moderata", quando c'è una discordanza tra la storia clinica (numero di episodi di diarrea e/o vomito) ed i sintomi clinici osservati.

## ► Terapia



La diarrea è un meccanismo utile di difesa dell'organismo in quanto elimina il microorganismo, e non deve essere bloccata con farmaci che aggraverebbero lo stato settico, bloccando la peristalsi.

Il trattamento della diarrea acuta si basa principalmente sulla **correzione della disidratazione** (ripristino dei liquidi ed elettroliti perduti per evitare danni al cervello ed al fegato).

Vi sono due possibilità:

### **Disidratazione lieve-moderata (3-10% del peso)**

#### *Reidratazione orale*

All'inizio, reidratazione rapida per 3-4 ore con soluzioni ipotoniche (60 mEq/l Na e 70-110 mmol/l glucosio) meglio se aromatizzate e fresche, alla dose di 2-5 ml ogni 3-5 minuti, cioè "poco e spesso". Se l'assunzione è ben tollerata (in assenza di vomito), la quantità di liquidi può essere aumentata a volontà.



Poi, quando le scariche si fermano, si inizia la **rialimentazione precoce** che deve essere iniziata il più presto possibile, perché migliora lo stato nutrizionale del bambino.

La rialimentazione precoce favorisce una più rapida ripresa dell'intestino normalizzando la permeabilità intestinale ed un più rapido recupero ponderale. Negli allattati al seno, l'alimentazione va continuata, integrando soluzione glucosalina tra le poppate.



Negli allattati con latte di formula: appena terminato il ripristino del deficit idrico, si riprende con lo stesso latte che assumevano, senza alcuna diluizione.



### **Disidratazione grave**

In caso di calo ponderale  $\geq 10\%$  del peso o di rifiuto o impossibilità all'idratazione per bocca, cioè se presenta vomito o shock, iniziare l'**infusione venosa** in ospedale.

#### *Indicazioni al ricovero in ospedale:*

Il ricovero è da considerarsi indispensabile in caso di:

- a) disidratazione grave;
- b) bambini ad alto rischio di disidratazione sulla base dell'età (<6 mesi con febbre e diarrea ematica), alta frequenza delle scariche diarroiche (>8 episodi al giorno) o del vomito incoercibile (>4 episodi al giorno), rifiuto alla reidratazione orale, perdita di reattività, febbre, stato di shock. Si devono tenere in osservazione in ospedale almeno 4-6 ore per assicurarsi che venga mantenuta una buona idratazione;
- c) fallimento della reidratazione per bocca con peggioramento della diarrea e della disidratazione;
- d) incapacità della famiglia a gestire il figlio a domicilio.



Il ricovero deve essere inoltre considerato anche in caso di lattanti di età inferiore a 6 mesi con febbre e diarrea ematica e bambini con diarrea emorragica o immunodepressi.

Nella diarrea con disidratazione grave in lattanti di età inferiore a tre mesi e/o con grave disidratazione è consigliato l'uso di latti speciali (idrolisati) per prevenire la sensibilizzazione alle proteine del latte.

La **terapia antibiotica** è indicata solo in caso di identificazione di alcuni agenti eziologici (ad esempio in caso di Salmonella typhi, Shigella, etc.) o in caso di gravi condizioni cliniche del paziente, indipendentemente dalla causa della diarrea (ad esempio in caso di sepsi, di compromissione neurologica, etc.) o nei soggetti a alto rischio di complicanze

(ad esempio neonati o immunodepressi). La maggior parte delle diarree acute non richiede e non si giova di terapia antibiotica. Il tipo di antibiotico da usare va deciso caso per caso.



### Altri farmaci:

- **adsorbenti intestinali** (caolino, pectina): assorbono l'acqua nel lume intestinale rendendo le feci più solide, ma non riducono le perdite idriche ("terapia cosmetica");
- **fermenti lattici**, quali il Lactobacillus GG che abbrevia la durata della diarrea liquida;
- **diosmectite**: è un composto argilloso (scarsa palatabilità) in grado di ridurre il numero delle scariche;
- **farmaci antiperistaltici** (loperamide): rallentano la peristalsi e diminuiscono il numero delle evacuazioni, ma mascherano le perdite idriche;
- **l'uso di antiemetici**, sconsigliati per gli effetti secondari dell'Accademia Americana di Pediatria.



## ► Considerazioni finali

Dopo 4-6 ore di reidratazione orale, una volta ripristinato l'elettrolitico, si inizia una dieta libera, escludendo cibi grassi o bevande ricche di zuccheri semplici (saccarosio).

La rialimentazione deve essere iniziata il più precocemente possibile, perché migliora lo stato nutrizionale del bambino.



## **IL BAMBINO ED IL SUO PEDIATRA ONLUS**

Sede Legale: 28066 Galliate (NO)

Via XX Settembre, 28

Codice Fiscale: 96058290188

Tel. 0321-866721 - Fax 0321-807296

Iscritta all'anagrafe delle Onlus istituita presso l'Agenzia delle Entrate  
Direzionale Regionale del Piemonte - con effetto dal 10 Dicembre 2009

Dati dell'Iscrizione: Protocollo 2009/70017