

Diarrea acuta

A. Pariente

Le diarree acute, molto frequenti e benigne, sono, il più delle volte, di origine virale. La loro gravità può essere legata alla disidratazione (diarree idroelettrolitiche), alla sepsi, al terreno o, raramente, a lesioni intestinali gravi. L'ospedalizzazione è necessaria in caso di disidratazione grave o di impossibilità di reidratazione orale. Esami complementari (compreso un esame microbiologico delle feci) sono necessari solo in caso di sindrome dissenterica, di segni di gravità, di recente assunzione di antibiotici, di terreno fragilizzato (in questi casi anche con l'indicazione a una terapia antibiotica probabilistica, con azitromicina) o di persistenza dei sintomi il 5° giorno. In altri casi, è sufficiente un'idratazione orale associata a un trattamento sintomatico minimale. Sono possibili altre cause non infettive di diarrea acuta, in particolare farmacologiche.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Diarrea acuta; Diarrea secretoria; Diarrea del viaggiatore; Diarrea postantibiotici; Clostridium difficile; Diarrea da farmaci

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Definizione	1
■ Meccanismi della diarrea	1
■ Valutare la gravità: disidratazione e sepsi	1
■ Mezzi della diagnosi	2
■ Strategia diagnostica	2
■ Cause principali	2
■ Trattamento delle diarree infettive	3
Trattamento della disidratazione	3
Terapia antibiotica	4
Antidiarroici	4
Tossinfezione alimentare collettiva	4

■ Introduzione

Le diarree acute sono estremamente frequenti (una per persona per anno circa) e, il più delle volte, legate a gastroenteriti virali benigne [1]. I due imperativi sono individuare e trattare la disidratazione che può complicare le diarree acquose, le coliti e le sepsi gravi. Esse sono essenzialmente di causa infettiva, virale nel bambino e nel giovane adulto, batterica o parassitaria e farmacologica. Le diarree infettive da germi invasivi possono essere all'origine di sindromi dell'intestino irritabile da sequele e di manifestazioni extraintestinali.

■ Definizione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce una diarrea acuta come l'emissione più di due volte al giorno di feci

molli o liquide da meno di due settimane. La diarrea può essere acquosa, generalmente abbondante, senza grande dolore addominale, o, al contrario, di tipo dissenterico, con forti dolori prima di ogni evacuazione, poco abbondante, mista o ridotta a muco e/o sangue, tenesmo e falsi bisogni. La diarrea è detta "permanente" tra due e quattro settimane. La diarrea può essere associata a nausea, vomito, dolore addominale, meteorismo e febbre (soprattutto in caso di diarrea infettiva).

■ Meccanismi della diarrea

- Esistono due principali meccanismi schematici di diarrea acuta:
- delle diarree secretorie, idroelettrolitiche, senza lesioni macroscopiche intestinali (tossine secretorie di *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, enteriti virali, coliti microscopiche);
 - delle diarree lesionali, meno abbondanti, ma spesso associate all'emissione di muco e sangue in caso di lesione ileale e/o colica diretta da parte del germe (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *E. coli* enteroinvasivo) o della sua tossina (*E. coli* enteroemorragico, *Clostridium difficile*).
- Gli agenti infettivi sono trasmessi da acqua, cibo, durante i bagni e dalle mani di un portatore di microrganismi.

■ Valutare la gravità: disidratazione e sepsi

La gravità può essere legata alla disidratazione (perdita di peso, tachicardia, ipotensione inizialmente ortostatica, oliguria o, anche, shock ipovolemico), confermata dagli esami di laboratorio (aumento dell'ematocrito e dei protidi per emocostrazione e tendenza all'ipernatriemia [disidratazione cellulare], all'acidosi [perdita di bicarbonati], all'ipokaliemia e all'insufficienza renale funzionale a natriuria nulla).

La gravità può essere legata alla sepsi: febbre alta o ipotermia, brividi, tachicardia, polipnea e, al massimo, shock settico con ipotensione, oliguria, encefalopatia, acidosi lattica, trombocitopenia e coagulazione intravascolare disseminata (CID) e iposmia.

La gravità può essere dovuta (in via eccezionale) a un megacolon che complica solo le coliti acute (favorite dagli antidiarroidici), responsabile di un meteorismo addominale con silenzio auscultatorio; esso è riconosciuto alle radiografie dell'addome senza preparazione o alla TC ed espone a un rischio di perforazione del colon.

Alcuni *E. coli* (enteroemorragici) e le Shigelle secernono una verotossina che lede l'endotelio vascolare: essi possono scatenare una sindrome emolitica e uremica (trombocitopenia, anemia emolitica meccanica, insufficienza renale acuta).

Le infezioni da *Campylobacter* possono scatenare una poliradicolonevrite e diversi microrganismi enteroinvasivi possono causare un reumatismo infiammatorio.

Infine, il terreno svolge un ruolo importante nella gravità: età estreme, valvulopatia o protesi aortica, tare viscerali, immunodepressione.

L'esistenza di segni di gravità indica il ricovero in ospedale (a eccezione di una disidratazione moderata con reidratazione orale possibile).

■ Mezzi della diagnosi

L'interrogatorio fa precisare la modalità di esordio, improvviso, il contesto epidemico, la nozione di un recente viaggio, gli alimenti a rischio, l'assunzione di farmaci (soprattutto antibiotici, ma anche tutti gli altri) nel mese precedente la diarrea, i precedenti patologici (valvulopatie, immunodepressione), i sintomi associati (vomiti, intolleranze alimentari, febbre, segni cutanei, articolari, oculari, ecc.) e un contesto venereo.

L'esame clinico dell'addome, spesso sostanzialmente normale, ricerca una sensibilità localizzata e un meteorismo e comprende un'esplorazione rettale. Si ricercano anche delle anomalie extra-digestive.

Gli esami di laboratorio non sono sistematici in caso di diarrea acquosa senza segni di gravità né tare viscerali. Negli altri casi (e in caso di diarrea nosocomiale), si eseguono un esame emocromocitometrico, un dosaggio della proteina C-reattiva (PCR), dell'uremia, della creatinemia e degli elettroliti, delle emoculture in caso di febbre, brividi o ipotermia, una coprocoltura con ricerca di salmonella, shigella, *Campylobacter* e *Yersinia* e in caso di diarrea emorragica per *E. coli* O157:H7 (e *Klebsiella oxytoca* in caso di diarrea ematica postantibiotici); la ricerca di *C. difficile* e delle sue tossine è indicata in caso di diarrea postantibiotici, nosocomiale o da epidemia. Un esame parassitologico delle feci è indicato in caso di sindrome dissenterica (ricerca di amebe patogene o, anche, di *Cyclospora* o schistosomi) con viaggi in paesi endemici. La ricerca di microsporidi e criptosporidi è indicata in caso di immunodepressione. Anche una coprocoltura è indicata nelle indagini su una diarrea epidemica, quando esiste un rischio per la salute pubblica (p. es., cuoco) e quando la diarrea persiste il 5° giorno.

Recentemente, sono stati sviluppati i test diagnostici rapidi basati sulla *polymerase chain reaction* (PCR), consentendo la diagnosi rapida (cinque ore) dei principali responsabili di diarrea infettiva; essi sono più sensibili dei metodi classici, ma la loro applicazione nella clinica abituale resta da precisare [2].

L'endoscopia è, di solito, limitata a una rettosigmoidoscopia, che permette la ricerca di lesioni macroscopiche, e a delle biopsie e/o a un tampone per istopatologia e microbiologia e può essere di grande aiuto nella diagnosi differenziale.

■ Strategia diagnostica

Si possono schematicamente distinguere le diarree acute di andamento infettivo senza nozione di terapia antibiotica, le diarree postantibiotici e le diarree che insorgono in contesti specifici.

Diarree di andamento infettivo senza nozione di terapia antibiotica. Occorre sempre pensare a escludere un'infezione intra-addominale acuta, in particolare un'appendicite acuta e una malaria al ritorno da paesi endemici.

Le diarree postantibiotici [3] sono frequenti; una lieve diarrea è banale e cessa alla sospensione del trattamento. La diarrea può insorgere entro due mesi dalla sospensione del farmaco. Le diarree acquose o dissenteriche più gravi con o senza febbre sono, di solito, dovute a un'infezione da *C. difficile*. L'esame clinico è poco significativo. In caso di dolore addominale permanente e/o di difesa, una TC senza mezzo di contrasto deve escludere un megacolon e una perforazione. La diagnosi è posta con la ricerca rapida di *C. difficile* e delle sue tossine e, se necessario, la rettosigmoidoscopia con biopsie (in caso di segni di gravità clinici [età superiore a 60 anni, febbre superiore a 38,5°C, ascite] o laboratoristica [leucocitosi superiore a 15 000/μl, creatinemia superiore al 50% del valore basale, albuminemia inferiore a 30 g/l]). Inoltre, si tratta di mantenere un riequilibrio idroelettrolitico nelle forme gravi e di adottare le precauzioni di igiene e di disinfezione (doppio lavaggio delle mani con sapone, evitare soluzioni idroalcoliche, pulizia delle superfici con candeggina diluita 1/5). Nelle forme lievi, si può usare il metronidazolo (500 mg tre volte/die per dieci giorni). Nei casi più gravi (cfr. supra), si usano la vancomicina per via orale (500 mg quattro volte/die per 10-14 giorni) o la fidaxomicina (200 mg due volte/die per dieci giorni). Una recidiva si verifica nel 10-15% dei casi. La prima può essere trattata con vancomicina o fidaxomicina seguita da un mese di *Saccharomyces boulardii*, la seconda con 1 g/die per dieci giorni di vancomicina seguita da graduale diminuzione e la terza richiede un trapianto fecale effettuato in un contesto rigoroso, con un'efficacia dell'80-90% [4].

Delle coliti acute emorragiche, con forti dolori ed evacuazioni poco abbondanti sanguinolente fin dall'inizio, dovute a *K. oxytoca* (che può essere isolato alla coprocoltura), possono essere osservate in pazienti trattati con ampicillina, dicloxacillina e pristinamicina; esse guariscono con l'interruzione del trattamento.

Le diarree nosocomiali sono dovute principalmente a *C. difficile* e, più raramente, a salmonellosi.

Le diarree del viaggiatore sono dominate da diarree dovute a *E. coli* enterotossigeno. Altri agenti patogeni sono incriminati, a seconda del paese visitato (*Giardia lamblia*, *Aeromonas*, *Cryptosporidium parvum*, *Cyclospora*, shigelle, salmonelle).

Nei pazienti immunodepressi (virus dell'immunodeficienza umana [HIV] trapiantati, trattati con immunosoppressori o chemioterapie antitumorali), oltre alle cause batteriche banali, occorre soprattutto temere una colite da citomegalovirus (CMV) (endoscopia, biopsia, viremia, trattamento d'urgenza), un'infezione da *C. difficile*, anche in assenza di terapia antibiotica, e, in caso di diarrea acquosa prolungata, una criptosporidiosi, una microsporidiosi e un'isporososi.

Le tossinfezioni alimentari collettive sono dovute principalmente a salmonelle. *C. perfringens*, *B. cereus* e *Staphylococcus aureus* sono responsabili di diarree acquose legate alla secrezione di tossine.

Infine, una proctite acuta in un contesto venereo deve far ricercare un'infezione da *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e da virus *Herpes simplex* (tamponi, biopsie rettali con microbiologia, sierologia). Una coinfezione da sifilide e HIV deve essere sistematicamente ricercata in questo contesto.

■ Cause principali

Le principali cause di diarrea infettiva [5, 6] sono indicate nella Tabella 1.

Le diarree da farmaci (esclusi gli antibiotici) sono frequenti [7] e, di solito, insorgono nei primi giorni di ingestione (colchicina, lassativi, metformina, ecc.). Tuttavia, alcune richiedono la costituzione di lesioni e possono, quindi, comparire più tardi, come le coliti microscopiche (dopo assunzione di venotossici, L-Dopa, lansoprazolo, ecc.). Esse regrediscono alla sospensione del farmaco responsabile.

Le diarree tossiche insorgono abitualmente in un contesto di ingestione accidentale o suicidaria (avvelenamento da funghi o da tossici industriali).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757730>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757730>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)