

LA DIARREA ACUTA

Infettivologia e Nutrizione

Di fronte ad un bambino con diarrea acuta sono di primaria importanza il reintegro delle perdite idrosaline e la rialimentazione.

Solo "marginalmente" è necessario ricercare l'agente eziologico.

Gastroenterite acuta:
frequente causa di morbidità ed
ospedalizzazione

Negli U.S.A.

> di 1.500.000 visite pediatriche
200.000 ospedalizzazioni
circa 300 decessi

In Italia

Codici di dimissione:

8974 ricoveri in bambini < 1 anno

31604 ricoveri in bambini tra 1 e 4 anni

DRG:

Spesa totale per i ricoveri 120 mld per anno.

Fontana M., Note di epidemiologia 1997.

Netto declino della mortalità tra 1980 e 1990

- centralità della reidratazione
- rialimentazione precoce
- adeguata introduzione di nutrienti

Rialimentazione precoce nella diarrea acuta

Rees, <i>Lancet</i> 1979	Nessun vantaggio dalla rialimentazione graduale rispetto a quella precoce
Isolauri, <i>JPGN</i> 1985-86	Nessun vantaggio dalla rialimentazione graduale
Brown, <i>J Pediatr</i> 1988	Più veloce recupero di peso con la rialimentazione precoce
Isolauri, <i>JPGN</i> 1989	Più pronta normalizzazione della permeabilità intestinale
Knudsen/Levine, <i>Gastroenterology</i> 1968-74	Più pronta correzione delle disaccaridasi
ESPGHAN 1994	La rialimentazione dopo 4 ore abbrevia la durata della diarrea e accelera il recupero del peso
Metanalisi, <i>Pediatrics</i> 1994	La rialimentazione precoce ha effetti positivi sulla durata della diarrea, sulla ripresa ponderale, sulla durata del ricovero. (NB. Mai sospendere il latte materno)
Nanulescu, <i>Acta Pediat</i> 1995	Rialimentazione precoce, intesa in 48-72 ore, con formula normale, in Romania

Società italiana di gastroenterologia pediatrica 1999

- *Ricovero indispensabile in condizioni cliniche gravi*
- *Ricovero precauzionale per rischio di complicanze legate alle condizioni preesistenti del paziente*
- *Indagini microbiologiche generalmente superflue opportune se diarrea > 7-8 giorni*

Reidratazione

- Reintegro delle perdite fecali e ripristino l'equilibrio idro-elettrolitico
- Terapia e.v. esclusivamente in caso di grave disidratazione con **perdita di peso >9%**
- Sonda naso-gastrica, anche in caso di vomito
- Somministrazione per os/sondino di soluzione ESPGHAN
Na⁺ 60 mEq/L + glucosio 2-2,5 % (74/111 mOsm/L)

Nelle prime 24 ore: 150 ml/Kg/die se < 12 mesi

100 ml/Kg/die se > 12 mesi

La metà somministrata nelle prime 6-8 ore

Disidratazione ipernatremica (Na⁺ > 150 mEq/L)
per somministrazione di bevande iperosmolari

Edema cerebrale
per somministrazione troppo rapida di soluzioni
ipotoniche

Acidosi metabolica
per lo più dovuta alla disidratazione e all'ipovolemia

CONTROINDICATI:

Coca-cola, Succhi di Frutta, Soluzioni Reidratanti per Atleti

↑ OSMOLARITA'

↓ SODIO

Alimentazione

ESPGHAN (1997):

la rialimentazione rapida dopo la reidratazione (poche ore) permette rapido recupero ponderale, senza peggioramento della diarrea

In particolare:

- il latte materno non deve essere sospeso
- il latte formulato può essere proseguito a normale concentrazione

L'uso di formule senza lattosio in gran parte dei bambini con diarrea acuta di grado lieve o medio non è giustificato

L'obiettivo è ricostituire rapidamente (entro 24h) un normale apporto calorico-proteico e tale obiettivo è incompatibile con restrizioni alimentari

L'uso di formule prive di proteine del latte vaccino non è giustificato nel lattante > 3 mesi

Sotto tale età non esistono studi di efficacia tali da indicare l'approccio più idoneo

Non esistono studi convincenti per il ricorso a idrolisati più o meno spinti o soia

Meccanismi benefici della rialimentazione rapida

- liberazione di glucosio dall'amido alimentare
- attivazione del carrier glucosio/Na⁺ (riassorbimento dell'acqua)
- stimolazione di altri sistemi di riassorbimento accoppiato di Na⁺
- produzione di ac. grassi a catena corta (SCFA) per azione della flora batterica del colon su carboidrati non assorbiti nel tenue
- effetto trofico sui colonociti e azione pro-assorbitiva
- riduzione della permeabilità
- prevenzione della traslocazione batterica con batteriemia (favorita dal digiuno)

Terapia farmacologica

- ✓ **Antibiotici**: non sono usualmente indicati con eccezione per i bambini immunodepressi, prematuri, malnutriti o con patologie croniche. Non giustificano tale terapia le feci mucoematiche.

Controindicazione: diarrea ematica per aumentato rischio di sindrome emolitico-uremica

- ✓ **Farmaci antiemetici e sostanze che modificano la motilità intestinale**: mancano riferimenti controllati di efficacia, mentre sono numerose le prove di effetti collaterali

- ✓ Cosmetici delle feci:
caolino, pectina
attapulgite attivata – non raccomandato dalla AAP
(attapulgite attivata + pectina + algeldrato = Streptomagma)
- ✓ Colestiramina – lega i sali biliari e la tossina di *Clostridium difficile* che è causa di colite pseudomembranosa
- ✓ Diosmectite – determina riparazione dell'integrità mucosale, ma la validità è ancora da dimostrare
- ✓ Zn - dimostrata l'efficacia in paesi con popolazione malnutrita
- ✓ Salicilato di bismuto – risultati contraddittori, molto usato in USA, non raccomandato dalla AAP

AAP = American Academy of Pediatrics

- ✓ Probiotici: - mancanza di efficacia in fase acuta
- il *Saccaromices boulardii* (lievito) può prevenire la diarrea da antibiotici e da *C. difficile*

- ✓ Nuove soluzioni - aggiunta di substrati co-trasportatori di Na^+ (glicina, alanina, glutamina)
- sostituzione del glucosio con carboidrati complessi (riso o altri cereali)

*Dimostrata l'efficacia solo nel colera.
Molto costose.*

Probiotici

- Prodotti in commercio con ceppi e quantità differenti e pochi con sperimentazione.
- Per la maggior parte sono registrati come integratori alimentari e non come farmaci.
- Una recente indagine SIGEP dimostra che la qualità e la quantità della documentazione scientifica dei prodotti mal correla con l'uso.