



Le gastroenteriti pediatriche

Data 23 luglio 2008
Categoria pediatria

Una rivisitazione di una delle patologie più frequenti che possono colpire i bambini.

Le gastroenteriti acute del bambino sono caratterizzate clinicamente dalla comparsa di diarrea con feci per lo più liquide e vomito. Possono coesistere febbre, dolori addominali, nausea, disidratazione.

La valutazione dell'entità della disidratazione va sempre fatta in modo attento e scrupoloso, soprattutto nei bambini più piccoli. Segni di disidratazione sono la secchezza delle mucose, un ridotto turgore della cute, una pressione arteriosa ridotta e una frequenza cardiaca aumentata, la fontanella cranica infossata, un aumento della sete (che può mancare nelle forme gravi), gli occhi infossati, uno stato mentale confuso o addirittura comatoso nei casi avanzati. Un sistema pratico per valutare la gravità della disidratazione può essere quello di far riferimento alla perdita percentuale del peso corporeo: una perdita del 3-5% indica una disidratazione lieve mentre perdite superiori al 10% del peso corporeo iniziale indicano una forma grave.

Quali sono le cause delle gastroenteriti?

Nella maggior parte dei casi l'etiologia è virale: rotavirus soprattutto, ma anche adenovirus, coronavirus etc. Vi sono pure forme batteriche: Shigella, Salmonella, Giardia, Yersinia, Clostridium difficile etc.

Come si curano le gastroenteriti?

Caposaldo della terapia è la reidratazione per via orale. Nelle forme gravi è necessario ospedalizzare il bambino e ricorrere alla reidratazione per via infusiva oppure con sondino naso-gastrico; il ricovero può essere necessario anche nel bambino con forme meno gravi che non può essere reidratato per os a causa del vomito oppure se la famiglia non garantisce la necessaria compliance.

La **reidratazione orale va effettuata sin dall'inizio della sintomatologia** e si può attuare con le apposite soluzioni reidratanti del commercio. Spesso queste soluzioni possono essere rifiutate dal bambino per il loro sapore: per migliorare l'assunzione si può ricorrere alla loro conservazione in frigo (se fredde hanno un gusto più accettabile) oppure all'aggiunta di succo di arancia. Se il bambino vomita si deve somministrare la soluzione reidratante a piccole quantità; per esempio un cucchiaino ogni 5 minuti. Anche il cibo, in questa evenienza, deve essere somministrato spesso ed in piccole quantità onde minimizzare il vomito. La quantità di liquidi da somministrare può essere valutata all'incirca in 1-1,5 litri ogni 24 ore per un bambino di 10 kg di peso. La reidratazione può essere sospesa quando cessa la diarrea.

Cosa deve mangiare il bambino con gastroenterite?

Se il bambino è allattato al seno le poppate non vanno interrotte. Se invece il bambino viene alimentato con latte di formula questo va sospeso per le prime ore nelle quali si deve procedere alla terapia reidratante, ma poi può essere ripreso. Nei bambini più grandi la dieta deve essere quella normale per l'età. **I due principi generali che devono improntare il trattamento sono quindi la reidratazione e la ripresa precoce della normale alimentazione.**

Quale ruolo per i farmaci antidiarroidici e antiemetici?

L'uso dei farmaci dovrebbe essere l'eccezione e non la regola, dato che nella maggior parte dei casi le gastro-enteriti acute guariscono con la reidratazione e la ripresa precoce dell'alimentazione.

I probiotici possono essere di qualche aiuto nel ridurre la durata della malattia, peraltro la loro efficacia è modesta. Potrebbero essere utili per esempio nella diarrea associata all'uso di antibiotici e nelle diarrea da rotavirus, anche se non è ancora ben chiaro quali ceppi e a quali dosi si ottengano i benefici maggiori. La diosmectite può ridurre la durata della diarrea e non sembra gravata da effetti collaterali degni di nota. Anche la loperamide può abbreviare il decorso della gastroenterite ma a scapito di possibili effetti collaterali sia a carico del tratto digestivo (stipsi, distensione addominale, occlusione intestinale) che del sistema nervoso (stordimento, vertigini) e urinario (ritenzione urinaria). Peraltro la loperamide, in Italia, è controindicata sotto i 4-5 anni di età o sotto i 12 anni, a seconda del preparato commerciale!

Tra i farmaci antiemetici si può ricorrere, in casi particolari, alla metoclopramide (che però ha dalla sua effetti collaterali di tipo extrapiramidale) oppure all'ondansetron (che pare essere gravato da una minor incidenza di effetti collaterali, però potrebbe aggravare la diarrea). Un altro farmaco antiemetico disponibile è il domperidone ma mancano evidenze. In ogni caso anche l'uso degli antiemetici dovrebbe essere l'eccezione e non la regola.

Si deve richiedere una coprocoltura?

Nei casi lievi e moderati, che di solito sono autolimitati, non è necessario richiedere una coprocoltura né particolari esami del sangue. L'esame colturale, però, può essere previsto se la diarrea è grave, nei bambini di pochi mesi, se vi sono condizioni associate di immunodepressione (HIV, leucemie), se la diarrea è di tipo muco-sanguinolento, se la diarrea persiste e/o si associa a febbre elevata.

Si devono usare gli antibiotici?

La terapia antibiotica non è raccomandata nella maggior parte dei casi. Può tuttavia essere prevista in alcune situazioni particolari (bambini molto piccoli, immunodepressi, diarrea profusa e febbre molto elevata). Il *Campylobacter* è probabilmente l'agente batterico più frequentemente in causa nei paesi occidentali: gli antibiotici sono necessari solo nei



casi di sintomi gravi o prolungati (i farmaci di scelta sono eritromicina e azitromicina; non sono consigliati i chinolonici a causa di resistenze).

Nel caso di isolamento di Salmonella non tifoide l'uso degli antibiotici potrebbe portare ad un prolungamento dello stato di portatore o a recidive per cui sono indicati solo se vi è una diffusione dell'infezione in sedi extra-intestinali. Gli antibiotici sono invece raccomandati in caso di enteriti specifiche (colera, tifo, shigella, ameba, giardia)

Renato Rossi

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3185>
2. Galanis E. Campylobacter and bacterial gastroenteritis. CMAJ 2007 Sept 11; 177: 570-571
3. Allen SJ et al. Probiotics for treating infectious diarrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD003048. DOI: 10.1002/14651858.CD003048.pub2
4. Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children. MMWR Recomm Rep 2003;52(RR16):1-16.
Sito Internet: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5216a1.htm> (accesso del 23 dicembre 2007).
5. Diagnosis and Management of Foodborne Illnesses: A Primer for Physicians. MMWR Recomm Rep 2001; 50(RR02);1-69. Sito Internet: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5002a1.htm> (accesso del 23 dicembre 2007).