



a cura del Prof. Angelo Franzè

---

## **DIARREA:**

### **chiariamo di che tipo si tratta prima di curarla**

Per “diarrea” s’intende un aumento del peso fecale quotidiano sopra i 200 g, con emissione di feci di consistenza diminuita ed aumento della frequenza delle evacuazioni.

Esistono quattro principali tipi di diarrea con diversi meccanismi fisiopatologici alla base:

- Diarrea osmotica
- Diarrea secretoria
- Diarrea da alterazione della motilità intestinale
- Diarrea infiammatoria

Tali tipi di diarrea si riscontrano raramente isolati: spesso più meccanismi partecipano al determinismo del caso clinico esaminato.

#### **Diarrea osmotica**

In condizioni fisiologiche l’osmolarità endoluminale viene mantenuta uguale a quella plasmatica, attraverso meccanismi di secrezione ed assorbimento di acqua e soluti.

La diarrea osmotica compare quando sono presenti nel lume intestinale soluti non assorbibili, i quali per meccanismo osmotico richiamano liquidi, determinando un aumento della massa fecale e diminuzione della sua consistenza.

Tali soluti possono essere componenti della dieta maldigeriti o malassorbiti oppure farmaci.

Si osserva un’abbondante diarrea acquosa che tipicamente si arresta durante il digiuno.

Un esempio di questo tipo di diarrea è l’insufficienza digestiva biliare, quella pancreatico o quella intestinale (esempio deficit di enzimi come le disaccaridasi cioè la mancanza di enzimi per la digestione e l’assorbimento del fruttosio o del lattosio oppure l’ingestione di sostanze ad effetto lassativo osmotico come alcuni antiacidi contenenti magnesio oppure

anche l'eccesso di assunzione di fibre). Anche la sovraccrescita batterica nel tenue provoca malassorbimento che si traduce in una diarrea osmotica.

### **Diarrea secretoria**

E' causata da un'ipersecrezione di liquidi ed elettroliti da parte della mucosa enterica.

I fattori che inducono diarrea secretoria possono essere classificati in quattro categorie:

1. Enterotossine batteriche (*Vibrio cholerae*, *E. coli*, etc.)
2. Sostanze detergenti (acidi grassi, acidi biliari)
3. Agenti neuroormonali (secretina, VIP, gastrina)
4. Mediatori immunoinfiammatori (prostaglandine, chinine).

Alcune di queste sostanze agiscono attivando l'adenilatociclastasi di membrana con formazione di cAMP, in grado di indurre secrezione mucosa probabilmente attraverso un aumento di permeabilità degli enterociti.

Questo tipo di diarrea tipicamente persiste con il digiuno e questo criterio clinico, insieme ad un esame macroscopico e microscopico delle feci, permette già un importante chiarimento diagnostico prima di cominciare qualsiasi trattamento specifico.

Esempi di questo tipo di diarrea sono tutte le enteriti batteriche o virali, la celiachia che determina una alterazione della permeabilità mucosa, alcune neoplasie endocrino secernenti, a volte il cancro del colon o l'adenoma villosa, il Crohn e la colite ulcerosa e alcuni farmaci come i teofillinici i diuretici, gli aminosalicilati, le prostaglandine.

### **Diarrea da alterazione della motilità intestinale**

L'esistenza di una diarrea motoria è oggetto di numerose controversie. Si ipotizza che un transito intestinale accelerato possa costituire il fattore favorente la diarrea, in quanto riduce i tempi utili per i processi di digestione e di assorbimento. Peraltro è da molti ritenuto improbabile che una modificazione del tempo di transito possa, da sola, alterare l'assorbimento; è possibile invece che i prodotti delle cellule della lamina propria agiscano simultaneamente sulle cellule epiteliali e sulle cellule muscolari lisce, causando l'alterazione della motilità e la secrezione di liquidi. Esempi di questi tipi di diarrea sono: il colon irritabile (varietà diarroica), la diarrea del diabetico, la diarrea delle diverticolosi, quella dell'ipertiroidismo o quella postcolecistectomia.

### **Diarrea infiammatoria**

L'esistenza di lesioni ulcerative o infiammatorie della mucosa intestinale può alterare la permeabilità all'acqua e agli elettroliti, oltre a determinare la perdita di muco, sangue e

proteine nel lume. Questo tipo di diarrea è embricato strettamente con il tipo di diarrea secretoria per cui spesso c'è una sovrapposizione di queste due forme.

### **QUADRO CLINICO**

Nel paziente che lamenta diarrea è importante in prima istanza valutare l'equilibrio idro-elettrolitico e metabolico, con particolare attenzione per la situazione emodinamica, lo stato di idratazione e di nutrizione, le condizioni elettrolitiche (alla ricerca di ipocalcemia, ipopotassiemia), l'eventuale alcalosi metabolica.

Occorre quindi raccogliere un'anamnesi accurata, con particolare interesse per le modalità d'insorgenza della diarrea, le caratteristiche delle feci e dell'evacuazione, le abitudini alimentari e di vita, l'uso di farmaci in grado di indurre diarrea, soprattutto antibioticoterie recenti, (diarrea da antibiotici e colite pseudomembranosa), eventuali viaggi all'estero effettuati negli ultimi tempi prima della comparsa della diarrea, patologie associate organiche o sovrastrutturali.

Da un punto di vista clinico le diarree vengono usualmente suddivise in acute e croniche; per acuta s'intende una diarrea che insorge bruscamente in soggetti altrimenti sani e che tende ad autolimitarsi in un tempo inferiore alle 2 settimane; è frequentemente di eziologia infettiva e si presenta spesso associata a nausea, vomito, dolore addominale, febbre. Il quadro clinico varia ovviamente a seconda del microorganismo o della tossina coinvolti. Nei casi in cui si riscontri febbre elevata, diarrea con sangue, segni di disidratazione o di tossicità sistemica, anamnesi positiva per tossinfezione alimentare, recenti viaggi all'estero, omosessualità maschile, immunodepressione o antibioticoteria, è utile effettuare accertamenti sulle feci: esame a fresco per valutare la presenza di leucociti, sangue occulto, grassi fecali, esame microscopico alla ricerca di parassiti e uova, coprocultura con eventuale antibiogramma. Si può dosare anche la calprotectina fecale che dirime tra una diarrea motoria o osmotica e una diarrea infiammatoria. La colonscopia va riservata ai casi in cui diarrea sanguinolenta perduri per più di 10 giorni. Esami radiologici con mezzo di contrasto vanno evitati in fase acuta e finché non si siano ottenuti sufficienti campioni fecali.

Sino al 40% delle diarree acute restano da cause indeterminate.

La diarrea cronica tende invece a protrarsi oltre le 2 settimane, e può presentare un andamento continuo o ricorrente. Occorre interrogare accuratamente il paziente sull'andamento e le caratteristiche della diarrea, sulla presenza di febbre o dolore e su eventuali patologie associate intestinali o extra-intestinali.

Anamnesi ed esame obiettivo consentono di pianificare un iter diagnostico, che va studiato per ogni paziente. Un buon approccio consiste nell'avviare le indagini con esami semplici.

Sono utili alla diagnosi emocromo con formula leucocitaria, elettroliti ematici, albumina e immunoglobuline, VES,  $\alpha$ -1 antitripsina,  $\alpha$ -1 glicoproteina acida, esami chimico-fisico e microscopico delle feci con la ricerca in particolare di globuli bianchi, sangue occulto o componenti dietetici indigeriti, coproculture, determinazione dell'osmolalità fecale.

Successivamente possono essere condotte indagini strumentali che studino l'aspetto e la funzionalità del tubo digerente: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, esame radiologico del tenue con mezzo di contrasto, scintigrafia con leucociti marcati, RMN del tenue; raramente è indicata l'esecuzione di un esame del tenue con videocapsula.

Ristretto il campo delle possibili patologie coinvolte, sarà quindi possibile effettuare accertamenti più specifici.

### **TERAPIA**

La diarrea acuta è solitamente autolimitante, e richiede riposo, terapia generale di supporto e riequilibrio idro-elettrolitico per via orale o parenterale. Andrà quindi valutata l'eventualità di instaurare una terapia anti-infettiva.

Nel caso invece di diarree di lunga durata, cronica o ricorrente, è necessario identificare la causa specifica ed impostare un appropriato trattamento per la malattia di base. Esiste peraltro un discreto numero di casi in cui non si giunge ad una diagnosi precisa, e si rendono necessarie terapie empiriche e modificazioni delle abitudini di vita, che permettano al paziente di imparare a convivere con la condizione morbosa.

Durante la terapia della patologia diarroica occorre perseguire tre principali obiettivi: correggere le alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico, trattare la malattia di base, attenuare la sintomatologia del paziente.

Dr. Prof. Angelo Franzè – info@angelofranze.it

St. Privato Borgo Felino, 29 - 43121 Parma | Tel. 0521.231481

St. Privato Roma Casa di cura Quisisana via Giangiacomo Porro, 5 - 00197 Roma | Tel. 06.809581