

Λοιμώδης Διάρροια ((Υπεύθυνος: Γ Πετρίκκος , Συνεργάτης:Σ Τσιόδρας)

Ο όρος «διάρροια» αναφέρεται στη μεταβολή των κενώσεων του εντέρου, η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση του περιεχομένου των κενώσεων σε νερό, αύξηση του όγκου των κενώσεων ή/και αύξηση στη συχνότητα των κενώσεων (3 ή περισσότερες ημερησίως). Ο όρος «λοιμώδης διάρροια» υποδηλώνει την εμφάνιση διάρροιας που οφείλεται σε κάποιο λοιμώδη παράγοντα. Νοσοκομειακή ορίζεται η διάρροια ή το νέο επεισόδιο διάρροιας που εμφανίζεται 72 ώρες μετά την είσοδο στο νοσοκομείο

Ανάλογα με την διάρκεια της διάρροιας ορίζεται :

- Οξεία διάρροια < από 14 ημέρες.
- Επιμένουσα διάρροια > από 14 ημέρες
- Χρόνια διάρροια > από 30 ημέρες

Ιατρική εκτίμηση της οξείας διάρροιας ενδείκνυται στις παρακάτω καταστάσεις:

- Σοβαρή διάρροια με σημεία υπο-ογκαιμίας
- Πολλαπλές διάρροιες με βλέννα και αίμα
- Αιματηρή διάρροια
- Πυρετός >38.5°C
- Αριθμός διαρροϊκών κενώσεων >6 ανά 24 ώρες
- Διάρκεια διαρροϊκής νόσου >48 ώρες
- Έντονο κοιλιακό άλγος
- Πρόσφατη λήψη αντιβιοτικών ή νοσηλεία
- Διάρροια σε ηλικιωμένους >70 ετών

Κατωτέρω παρατίθεται αλγόριθμος διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης ασθενών με οξεία διάρροια από λοιμώδη αίτια:

Εκτίμηση και προσέγγιση οξέων διαρροϊκών συνδρόμων που εμφανίζονται εκτός νοσοκομείου.

Συμπτωματική θεραπεία (ενυδάτωση, τροποποίηση της διατροφής)

↓

Αν αφυδάτωση, αιματηρές κενώσεις, πυρετός, διάρκεια >48 ώρες, σοβαρό κοιλιακό άλγος σε ασθενείς >50 ετών, ασθενείς >70 ετών, ανοσοκαταστολή)

↓

Εξέταση κοπράνων για φλεγμονώδη κύτταρα (λευκά αιμοσφαίρια)

↓

**Αν απουσία
φλεγμονωδών κυττάρων**

Υποψία για: ιός *Norwalk* η
Rotavirus, *C. perfringens*, *S. aureus*,
B. cereus, *Giardia lamblia*, φάρμακα,
ΙΦΝΕ σε μερικές περιπτώσεις

↓

Συμπτωματική θεραπεία

↓

Περαιτέρω διερεύνηση εφόσον τα
συμπτώματα επιμένουν

↓

**Αν παρουσία
φλεγμονωδών κυττάρων**

Υποψία για : *Campylobacter*, *Shigella*,
Salmonella, *Enterohemorrhagic E. coli*, *C.*
Difficile, *Y. enterocolitica*

↓

Συνήθης καλλιέργεια κοπράνων για “κοινά”
εντεροπαθογόνα (*Salmonella*,
Campylobacter, *Shigella*, *Yersinia*)

Απομόνωση *C. Difficile* και ανίχνευση
τοξινών A η A και B σε πρόσφατη λήψη
αντιβιοτικών

Παρασιτολογική κοπράνων

↓

**Έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής
θεραπείας ενώ αναμένονται τα
αποτελέσματα των καλλιεργειών στις
ακόλουθες περιπτώσεις:**

- Πυρετός ή αιματηρή διάρροια
- ≥ 8 κενώσεις την ημέρα
- Αφυδάτωση
- Συμπτώματα που διαρκούν
>1 εβδομάδα
- Ανάγκη νοσηλείας
- Ανοσοκατασταλμένοι

↓

Αιτιολογική θεραπεία, ανάλογα με το απομονωθέν αίτιο

Αιτιολογική αντιμετώπιση των λοιμωδών διαρροιών αναφάινεται στον κατωτέρω πίνακα:

Αίτιο	Πρώτη Επιλογή	Δεύτερη Επιλογή	Σχόλια
<i>Salmonella</i>	Δεν απαιτείται	Κινολόνες <i>per os</i> για 3-5 ημέρες	Η ενυδάτωση αρκεί. TMP-SMX μόνο μετά από καλλιέργεια και ευαισθησίες. Αντιβιοτικά μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (βλέπε κείμενο)
<i>Shigella</i>	Κινολόνες <i>per os</i> (σιπροφλοξασίνη 750mg x1 για 3 ημέρες)*	Αζιθρομυκίνη* 500mg x1 για 3 ημέρες	Πολλά στελέχη ανθεκτικά στη TMP-SMX ή την αμπικιλίνη
<i>Campylobacter</i>	Αζιθρομυκίνη* <i>per os</i> για 3 ημέρες	Κινολόνες ή δοξυκυκλίνη	Αντιβιοτικά μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις. Σημαντικά ποσοστά ανθεκτικότητας στις κινολόνες
EHEC	Δεν απαιτείται με τα έως τώρα δεδομένα		
ETEC	Κινολόνες <i>per os</i> για 1-3 ημέρες	TMP-SMX ή δοξυκυκλίνη	
EIEC	Κινολόνες <i>per os</i> για 5 ημέρες	TMP-SMX ή αμπικιλίνη	
<i>Yersinia</i>	Δοξυκυκλίνη 100mg IV x2 + γενταμικίνη ή τομπραμυκίνη 5mg/kg x1	TMP-SMX ή κινολόνες	Αντιβιοτικά μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις
<i>V. parahaemolyticus</i>	Κινολόνες <i>per os</i>	Δοξυκυκλίνη	Αντιβιοτικά μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις
<i>C. difficile</i> ;Ήπια ή μέτριας βαρύτητας (λευκά αιμοσφαίρια < 15.000/κχ ΚΑΙ αύξηση κρεατινίνης ορού <50% από αρχική τιμή) Μεγάλης βαρύτητας (λευκά αιμοσφαίρια ≥ 15.000/κχ Ή	Μετρονιδαζόλη 500 mg x 3 <i>per os</i> για 10-14 ημέρες Βανκομυκίνη 125 mg x 4 <i>per os</i> για 10-14 ημέρες	Βανκομυκίνη 125 mg x 4 <i>per os</i> για 10 ημέρες Μετρονιδαζόλη 500 mg x 3 <i>per os</i> για 10 ημέρες	Διακοπή των αντιβιοτικών, όπου μπορεί να γίνει. Μετρονιδαζόλη IV σε περιπτώσεις μη ανοχής της <i>per os</i> λήψης Πρώτη υποτροπή: ίδια αγωγή με πρώτο επεισόδιο εκτός αν βαρύτητα διαφορετική ≥2 υποτροπές: βανκομυκίνη σε σταδιακά μειούμενη δόση ή επεισοδιακή χορήγηση. Αποφυγή μετρονιδαζόλης λόγω κινδύνου νευροτοξικότητας. Η νιταζοξανίδη* <i>per os</i> 500mg x2 για 7-10 ημέρες

<p>αύξηση κρεατινίνης ορού $\geq 50\%$ από αρχική τιμή)</p> <p>Μεγάλης βαρύτητας με επιπλοκές (υπόταση, καταπληξία, ειλεός, τοξικό megacolon)</p>	<p>Βανκομυκίνη 500 mg x 4 <i>per os</i> ή μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ± IV μετρονιδαζόλη 500mg x3 ± βανκομυκίνη 500mg σε 100 mL φυσιολογικού ορού χ4 με υποκλυσμό</p>		<p>βρέθηκε ισοδύναμη της μετρονιδαζόλης <i>per os</i> σε μελέτη φάσης 3 (<i>Clin Infect Dis</i> 2006)</p>
<p><i>E. histolytica</i> Ήπια-μέτρια εντερική νόσος (διάρροια/δυσεντερία), δυνατή η <i>per os</i> αγωγή</p> <p>Σοβαρή νόσος, εξωεντερική νόσος (ηπατικά αποστήματα)</p>	<p>Μετρονιδαζόλη 750 mg x 3 <i>per os</i> για 7-10 ημέρες ή τινιδαζόλη 2gm x1 για 3 ημέρες</p> <p>Μετρονιδαζόλη 750 mg x 3 IV ακολουθούμενη από <i>per os</i> για 10 ημέρες ή τινιδαζόλη 2gm x1 για 5 ημέρες</p>		<p>Και σε συμπτωματική εντερική προσβολή ανεξαρτήτως βαρύτητας και σε εξωεντερική νόσο απαιτείται και θεραπεία με αμοιβαδοκτόνο των κύστεων του αυλού του εντέρου (ιοδωκινόλη* 650 mg x 3 για 20 ημέρες ή παρομομυκίνη* <i>per os</i> x 25-35 mg/kg ανά ημέρα σε 3 διαιρημένες δόσεις για 5-10 ημέρες Αμοιβαδικές κύστες χωρίς συμπτώματα από το έντερο ή εξωεντερική νόσο απαιτούν μόνο ενδοαυλική θεραπεία</p>
<p><i>Giardia lamblia</i></p>	<p>Τινιδαζόλη 2 gr άπαξ, νιταζοξαμίδη* 500mg x3 για 3 ημέρες</p>	<p>Μετρονιδαζόλη 250 mg x 3 <i>per os</i> για 5 ημέρες</p>	<p>Σε υποτροπές : Μετρονιδαζόλη 750 mg x 3 + κινακρίνη* 100mg x3 <i>per os</i> για 3 εβδομάδες, φουραζολιδόνη* 100mg x4 για 7 ημέρες εβδομάδες</p>
<p><i>Κρυπτοσπορίδια</i></p>	<p>Ανοσοεπαρκείς: Νιταζοξανίδη* 500mg x 2 για 3 ημέρες Αποτελεσματική αντιρετροϊκή αγωγή για ασθενείς με AIDS</p>	<p>Εναλλακτικές θεραπείες με μικρά ποσοστά επιτυχίας (αζιθρομυκίνη και παρομομυκίνη* ή υπεράνοσο βόειο πρωτόγαλα)</p>	<p>Η αποτελεσματικότητα και η διάρκεια των θεραπευτικών σχημάτων είναι αβέβαιη. Σε φυσιολογικά άτομα και σε ασθενείς HIV (+) με CD4 >150 κύτταρα/μL μπορεί να παρατηρηθεί αυτόματη αποδρομή της νόσου</p>

<i>Μικροσπορίδια(εντερική μορφή)</i>	Αλβενδαζόλη 200-400 mg <i>per os</i> x 2 για 3 εβδομάδες	Fumagillin* 20mg <i>per os</i> x 3 αποτελεσματική για <i>E. bienewisi</i>	
<i>Cyclospora</i>	Ανοσοεπαρκείς TMP-SMX 1x2 <i>per os</i> για 7-10 ημέρες AIDS ασθενείς: TMP-SMX 1x4 <i>per os</i> για έως και 3-4 εβδομάδες	Σε αλλεργία σιπροφλοξασίνη 500mg x 2 για 7 ημέρες ή Νιταζοξανίδη* 500mg x 2 για 7 ημέρες	
<i>Isospora belli</i>	Ανοσοεπαρκείς TMP-SMX 1x2 <i>per os</i> για 7-10 ημέρες AIDS ασθενείς: TMP-SMX 1x4 <i>per os</i> για έως και 3-4 εβδομάδες	Πυριμεθαμίνη* 50-75mg <i>per os</i> x 1 και φυλλινικό οξύ 10-25mg x 1 για 14 ημέρες ή σιπροφλοξασίνη 500mg x 2 για 7 ημέρες (2 ^{ης} γραμμής εναλλακτική θεραπεία)	Σε ασθενείς με AIDS απαιτείται θεραπεία συντήρησης
<i>S. aureus</i> <i>B. cereus</i>	Δεν απαιτείται	Δεν απαιτείται	Αποτέλεσμα τροφικής δηλητηρίασης. Η ενυδάτωση αρκεί. TMP-SMX μετά καλλιέργεια. Αντιβιοτικά μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις

* Οι δοσολογίες και τα προτεινόμενα σχήματα δίδονται βάσει διεθνούς βιβλιογραφίας και τα σχήματα είναι μη εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ

Το ανωτέρω αποτελεί τροποποιημένη περίληψη των κατευθυντηρίων οδηγιών για τη διάγνωση και την εμπειρική θεραπεία των Οξείων Διαρροϊών Συντονιστής: Α Γκίκας
Έκδοση ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.-Ε.Ε.Α. 2011