



Una finestra sul mondo



REGIONE DEL VENETO

Centro di riferimento regionale
vaccinazioni internazionali

Responsabile:

Dott.ssa Giuseppina Napoletano
giuseppina.napoletano@ulss20.verona.it

Redazione:

Dott.ssa Emma Conti
econti@ulss20.verona.it

Dott.ssa Chiara Postiglione
chiara.postiglione@ulss20.verona.it

Dott.ssa Mara Baldissera
mara.baldissera@ulss20.verona.it

Dott. Oliviero Bosco
oliviero.bosco@ulss20.verona.it

Dott. Federico Gobbi
federico.gobbi@sacrocuore.it

Recapiti:

tel. 045 8075918-5026
tel. 045 6013563

Le newsletter e gli aggiornamenti in epidemiologia sono reperibili nel sito della Regione del Veneto al seguente indirizzo:

<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/viaggiare-in-salute>

Nel sito del Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 all'indirizzo:

<http://prevenzione.ulss20.verona.it/viagnews.html>

Supporto tecnico

Andrea Comin

Dott.ssa Silvia Vittorii

NEWSLETTER

N. 8 - 2015

__SCABBIA, CHE PRURITO!__

Caso clinico

Tratto dall'articolo "Norwegian scabies misdiagnosed as an adverse drug reaction" D.S. Almond et al. BMJ, volume 320, 1 January 2000. www.bmj.com

Un uomo di 77 anni viene ricoverato in un ospedale inglese per un diffuso rash cutaneo eritematoso, pruriginoso e squamoso presente da 4 settimane.

In anamnesi: diagnosi di demenza senile, insufficienza cardiaca congestizia, esogafo di Barrett. E' in terapia da almeno 6 mesi con bumetadine e captopril (entrambi diuretici), fluoxetina, lansoprazolo; per il rash anche con amoxicillina e antistaminico prescritti dal medico curante.

Viene posta diagnosi presuntiva di reazione avversa da farmaci, che vengono quindi sospesi tranne la fluoxetina; il paziente viene trattato con terapia topica antibiotico-steroidica. Tra gli accertamenti diagnostici, l'emocromo rileva leucocitosi con spiccata eosinofilia ($4.1 \times 10^9/l$; intervallo $0.0-0.4 \times 10^9/l$); l'esame delle feci risulta nella norma, mentre la biopsia cutanea mostra spongiosi, esocitosi ed un moderato infiltrato infiammatorio peri-vascolare con numerosi eosinofili.

Il paziente migliora gradualmente, anche se l'eosinofilia persiste, e viene dimesso con diagnosi di reazione avversa da farmaci.

Dopo 4 giorni viene nuovamente ricoverato in stato confusionale per una setticemia stafilococcica dovuta alla sovra-infezione del rash. Viene curato con terapia antibiotica e dimesso dopo 3 giorni, con rash ancora presente e crostoso.

Le condizioni cutanee peggiorano gradualmente ed il paziente viene ancora ricoverato in ospedale due mesi dopo. All'ingresso, il rash si presenta lichenificato e ipercheratosico, con formazioni crostose alle mani e ai piedi. Questa volta viene eseguito lo scraping cutaneo, che evidenzia la presenza di numerosi acari della scabbia.

Il paziente viene trattato per due volte con terapia topica specifica e il rash regredisce rapidamente così come l'eosinofilia. Il riesame della biopsia cutanea risulta compatibile con la diagnosi di infezione da scabbia, anche se non vengono rilevati acari.

Eziopatogenesi

La scabbia è una malattia infettiva contagiosa causata dall'artropode *Sarcoptes scabiei* (varietà *hominis*) ed è trasmessa per contatto interumano diretto e prolungato o, più raramente, per contatto indiretto tramite gli indumenti del soggetto infestato.

Il parassita responsabile della malattia è un particolare acaro che vive nella parte più superficiale della cute dell'uomo denominata strato corneo (ectoparassitosi).

L'acaro è un parassita obbligato dell'uomo, ovvero compie il suo ciclo vitale interamente nell'ospite, è ottopode ed è morfologicamente predisposto alla penetrazione intraepidermica (Fig. 1).

Fig. 1. *Sarcoptes scabiei*

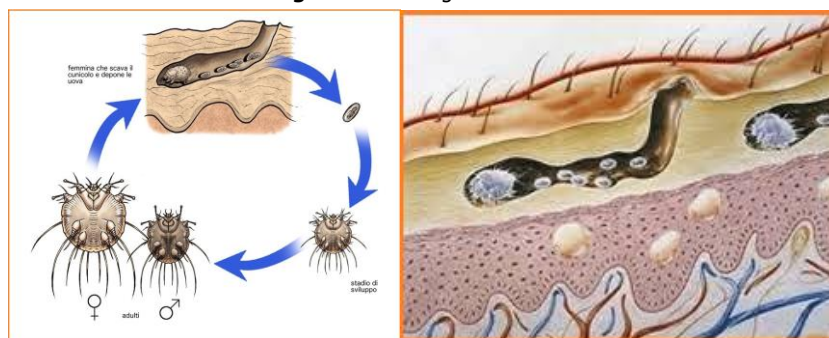


(diametro maggiore circa 0,4 mm)

L'acaro riesce a vivere fino a 1-2 mesi se è a contatto con l'essere umano, ma non sopravvive più di 48-72 ore se lontano dall'uomo; inoltre le larve muoiono se esposte a una temperatura superiore ai 50°C per 10 minuti.

Responsabile della trasmissione interumana è la femmina gravida di *Sarcoptes scabiei*, che penetra nello strato corneo dell'epidermide scavando cunicoli in cui depono le uova da cui hanno origine le larve; gli stadi successivi di sviluppo sino al parassita adulto non si verificano nei cunicoli, ma sulla superficie cutanea e questo spiega la contagiosità della malattia (Fig. 2).

Fig. 2. Ciclo biologico dell'acaro



Come si è detto, le femmine gravide scavano delle gallerie, dette cunicoli, per circa 2mm al giorno negli strati più superficiali dell'epidermide, deponendo fino a 50-60 uova prima di morire. Dopo 2-3 giorni dalle uova hanno origine le larve, che si portano sulla superficie cutanea per infettare altri soggetti tramite contatto diretto con la cute del soggetto malato (occorrono da 15 a 20 minuti di contatto perché si verifichi la trasmissione) o attraverso i suoi indumenti (vestiti, lenzuola, ecc.).

Il sintomo più tipico della scabbia, il prurito, è dovuto a fenomeni di ipersensibilità verso l'acaro e le sue deiezioni (reazione immunitaria allergico-simile), depositate nello strato corneo dell'epidermide.

Anche gli animali domestici (cani, gatti) e altri mammiferi possono essere affetti da una patologia simile chiamata rogna (Fig. 3). Questa è potenzialmente contagiosa per l'essere umano; ma, poiché le varietà animali di *Sarcoptes* non si riproducono nell'uomo, mancano i cunicoli e l'infestazione si risolve spontaneamente tramite il semplice allontanamento della fonte animale.

Fig. 3. Rogna canina



Epidemiologia

La diffusione del parassita è cosmopolita; la malattia è nota fin dai tempi dell'antico Egitto e può interessare individui di ogni età e ceto sociale.

La scabbia è indice di condizioni di igiene personale e ambientale carenti ed è diffusa nelle regioni più povere del mondo, dove condizioni di malnutrizione, scarso approvvigionamento idrico o sovraffollamento, dovute ad esempio a guerre e crisi economiche, favoriscono la sua diffusione e lo scoppio di epidemie; altri fattori favorevoli all'infezione sono i viaggi e la promiscuità sessuale. Tuttavia la malattia può verificarsi anche nei paesi industrializzati in contesti di povertà, scarsa igiene, abbandono sociale (es. soggetti senza fissa dimora, profughi, soggetti istituzionalizzati). In tali situazioni possono anche verificarsi piccole epidemie di comunità, come all'interno di famiglie, asili, case di riposo, istituti di pena, reparti ospedalieri, ecc. Ogni anno si verificano circa 300 milioni di casi di scabbia al mondo.

Clinica

Il periodo di incubazione della scabbia è lungo, da 4 a 6 settimane, mentre le persone che sono state precedentemente infestate sviluppano i sintomi già 1 - 4 giorni dopo una riesposizione. La fase di contagiosità dura dal periodo dell'incubazione fino a quando gli acari e le loro uova vengono distrutti dal trattamento.

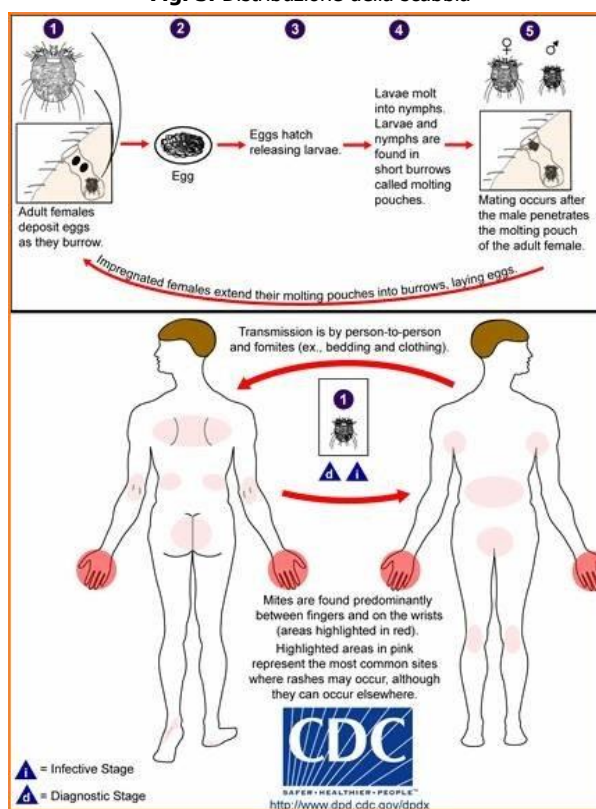
La manifestazione più tipica (Fig. 4) è l'eruzione cutanea eritemato-papulosa disposta in sottili linee sinuose, accompagnata da intenso prurito diffuso su tutto il corpo, specialmente notturno, in quanto le femmine scavano i tunnel durante la notte.

Fig. 4. Manifestazioni cliniche di scabbia



La distribuzione dell'eruzione nel corpo (Fig. 5) è quasi sempre simmetrica e le sedi più frequentemente colpite sono le pieghe cutanee (ascelle, inguine), la zona addominale peri-ombelicale, la superficie estensoria degli arti, la superficie flessoria dei polsi, gli spazi interdigitali delle mani e dei piedi. Il coinvolgimento della testa è frequente nei bambini.

Fig. 5. Distribuzione della scabbia



In caso di contagio per via sessuale possono essere interessati anche i genitali esterni.

Sulla cute si possono rilevare i cunicoli che si presentano come sottili rilievi lineari o tortuosi, di colore grigiastro, lunghi qualche millimetro, provvisti di una vescicola terminale contenente le uova; inoltre, possono manifestarsi vescicole, pustole, papule, macule eritematose e lesioni da grattamento.

A causa dell'intenso prurito, si producono facilmente escoriazioni da grattamento e possibili sovra-infezioni batteriche (lesioni secondarie), in particolare da stafilococco aureo, che possono condurre a diagnosi errate (impetiginizzazione).

Uno studio osservazionale del 2007 sulle dermatopatie in turisti di ritorno dai tropici ha documentato che la scabbia è la seconda causa di dermatopatia dopo la cellulite infettiva (dopo le infezioni del tratto respiratorio e le diarree, le dermatopatie sono le cause più frequenti di malattia nei viaggiatori).

Esiste una condizione clinica particolare, chiamata scabbia crostosa o norvegese, che è la forma più grave della malattia (Fig. 6). Si verifica nei soggetti defedati, immunodepressi, come i pazienti HIV positivi, o anziani (in particolare con perdita di autosufficienza): le manifestazioni cutanee sono generalizzate, ulcerate oppure crostose, con estesa desquamazione ed è frequente l'interessamento anche delle unghie; possibile la comparsa di alopecia e di eosinofilia periferica. Le complicanze della scabbia norvegese sono più gravi (sovra-infezioni da streptococco B emolitico e glomerulonefrite) e la contagiosità è notevole, perché il numero di acari presenti nelle lesioni è altissimo (iper-infestazioni); pertanto il paziente può essere in grado di sostenere importanti epidemie anche in occasione di contatti occasionali.

Fig. 6. Scabbia norvegese



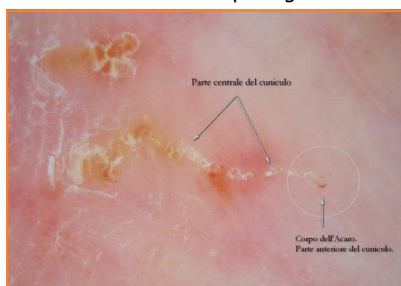
Diagnosi

La diagnosi su base clinica non è sempre agevole, perché le lesioni legate direttamente alla presenza dell'acaro possono essere non facilmente reperibili/visibili (soprattutto nelle persone con accurata igiene o nei soggetti di pelle scura) o non apparire tipiche.

L'esame al microscopio ottico del parassita estratto mediante un ago o delle lesioni cutanee sospette prelevate mediante "scraping" (raschiamento) fornisce la conferma del sospetto clinico, perché consente di evidenziare la presenza degli acari o delle loro uova e/o feci.

Il dermatoscopio digitale (Fig. 7), invece, esamina direttamente il paziente ed è in grado di evidenziare sia il cunicolo che l'acaro nelle sue diverse forme evolutive.

Fig. 7. Esame con dermatoscopio digitale in immersione



Raramente si ricorre alla biopsia cutanea, che evidenzia di solito la presenza degli acari, delle larve e delle uova, oltre a un infiltrato dermico infiammatorio con linfociti, a volte anche con eosinofili.

Poiché la scabbia può essere trasmessa attraverso il contatto sessuale, i soggetti sessualmente attivi colpiti da scabbia dovrebbero sottoporsi ad accertamenti riguardanti anche altre malattie sessualmente trasmissibili (HIV, HBV, lue...).

La diagnosi differenziale va posta con altre parassitosi cutanee, micosi superficiali e con altre affezioni dermatologiche, anche di origine non infettiva come dermatite erpetiforme, eczema, psoriasi, lichen planus, oppure con le reazioni allergiche ai farmaci.

Terapia

Nel caso di paziente affetto da scabbia accertata o sospetta, è opportuno eseguire il trattamento.

La terapia si avvale di particolari lozioni a base di permetrina al 5%, oppure benzoato di benzile al 20%, oppure lindano all'1% (quest'ultimo è controindicato nei neonati prematuri e va usato con cautela nei bambini con meno di un anno di vita e nelle donne in gravidanza).

Attualmente, il prodotto più usato è rappresentato dalla permetrina: dopo aver eseguito una doccia calda seguita da una vigorosa asciugatura, che consente l'apertura e la rottura dei cunicoli dell'acaro, il composto va distribuito su tutta la superficie cutanea e non solo sull'area che presenta l'eruzione, esclusi testa e orifizi uro-genitali; va tenuto addosso per 12 ore, in pratica per tutta la notte, e rimosso il mattino successivo tramite doccia.

È importante applicare con cura la permetrina tra le dita delle mani e dei piedi, sulla zona ombelicale e sull'inguine; ovviamente vanno tolti eventuali braccialetti, anelli e simili. Tale trattamento va ripetuto la sera successiva con le stesse modalità.

Nei bambini sotto i 2 anni, il composto va applicato su tutto il corpo compresi collo, viso, orecchie e cuoio capelluto (evitando la zona intorno alla bocca e intorno agli occhi).

Generalmente è sufficiente una singola applicazione, ma in alcuni casi può essere necessario un secondo ciclo di terapia dopo un intervallo di una settimana.

È indicato l'isolamento da contatto del paziente per 24 ore dopo l'inizio del trattamento al fine di limitare la trasmissione interumana.

Nei casi gravi (es. scabbia norvegese) e nei casi resistenti alla terapia topica è indicato il trattamento per via orale con ivermectina (farmaco non registrato in Italia): 100-200 µg/kg in dose unica.

Alla terapia eziologica si può associare l'uso di antistaminici sistemici per combattere il sintomo prurito o di steroidei topici in caso di scabbia norvegese.

Il prurito può continuare anche durante o dopo il trattamento: si tratta di un fenomeno normale dovuto ad una reazione allergica agli acari della scabbia morti e non deve essere considerato un segno di fallimento della terapia o di re-infestazione; la cura si dimostra efficace quando non si verificano nuove lesioni o non compaiono segni visibili dopo 24-48 ore.

Durante il trattamento deve essere effettuata un'accurata disinfestazione dell'ambiente (vedi oltre).

La scabbia è una malattia infettiva soggetta a notifica secondo classe IV, cioè entro 24 ore dalla sospetta/accertata diagnosi.

Prevenzione

La prevenzione della scabbia è basata sull'educazione sanitaria del pubblico e del personale sanitario circa le modalità di trasmissione del parassita e le norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione degli acari ad altre persone o all'ambiente, oltre che sulla diagnosi precoce e sul trattamento dei soggetti malati e dei loro contatti.

Il controllo dell'ambiente circostante necessita della disinfestazione che si effettua con il lavaggio in lavatrice a temperatura $\geq 60^{\circ}\text{C}$ della biancheria personale, vestiti, effetti lettereschi, e successiva stiratura prolungata con ferro da stiro a vapore.

Gli oggetti che non possono essere lavati (es. scarpe) vanno tenuti in sacchi chiusi ermeticamente per qualche giorno, cospargendoli eventualmente di polvere antiparassitaria a base di piretro.

È indicato il trattamento precauzionale di un solo giorno per le persone che hanno avuto contatti stretti con il malato (conviventi o partner sessuali), anche se asintomatici.

Bibliografia e siti utili

- Moroni M., Esposito R., De Lalla F. "Malattie Infettive", 6° ed. Masson, pp. 337-338
- Centers for Disease Control Prevention (CDC): <http://www.cdc.gov/parasites/scabies>
- World Health Organization (WHO): http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/scabies
- Dip. di Prevenzione ULSS 20 Verona "Protocollo scabbia per i pazienti ambulatoriali"
- S. Ansart et al. "Spectrum of dermatoses in 165 travelers returning from the tropics with skin diseases" Am. J. Trop. Med. Hyg. 76(1), 2007, pp. 184-186
- Ministero della Sanità. Circolare n. 4 del 13 marzo 1998: "Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti dei soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi o contatti".