

La scabbia, un “ritorno” da considerare

A fronte dei cambiamenti della popolazione che afferisce alle cure primarie, si osservano patologie che fino a pochi anni fa erano un problema clinico episodico.

Il Mmg deve saper riconoscere i segni e sintomi tipici della scabbia, in modo da poter prontamente segnalare il caso, anche se solo sospetto, ai servizi di competenza, e mettere in atto le opportune misure di cura e prevenzione

Marco Brusasco - *Medico in Formazione, Milano*

Giovanni A. Filocamo - *Tutor Medicina Generale, Milano*

Marco Elli - *Responsabile Attività Didattiche, AO Luigi Sacco, Università degli Studi di Milano*

Durante la frequenza dell'Ambulatorio di Medicina Generale programmato all'interno del Corso di Laurea, si presenta all'attenzione un paziente che riferisce una fastidiosa manifestazione pruriginosa da qualche settimana. Questa apparentemente banale sintomatologia clinica è stata sottoposta a valutazione e analisi. L'approfondimento di questa problematica ci ha dato la possibilità di riflettere sul ruolo del medico di assistenza primaria nella gestione delle malattie infettive "emergenti".

► Descrizione del caso

Un paziente di 32 anni si presenta presso l'ambulatorio di Medicina Generale all'inizio di febbraio, lamentando prurito localizzato ad ascelle, inguini e glutei. L'anamnesi patologica remota è muta, eccezion fatta per una oculorinite stagionale (primavera/estate) di cui soffre da dieci anni.

Nel sospetto che la manifestazione potesse essere attribuita a una sofferenza di natura allergica è stato suggerito al paziente una visita allergologica che esegue il 16.3.2016.

L'allergologo segnala una cutireazione positiva per ciliegia e orzo e pone diagnosi di dermatite allergica in atopico. Viene suggerita terapia con bilastina (1 cp al dì) o ebastina (10 mg cp 1-2 la sera).

Data la persistenza dei sintomi, è stata consigliata una visita dermatologica, effettuata il 7.4.2016. In questa occasione il dermatologo pone diagnosi di scabbia. Viene impostato il seguente trattamento: permectrina 5% in crema base da applicare 2 sere consecutive da collo a piedi (comprese pieghe e genitali), dopo aver fatto un bagno caldo strofinando con cura tutto il corpo con una spugna ruvida (in particolare spazi interdigitali), non lavarsi per 8 ore; il trattamento va ripetuto altre due sere dopo 2 giorni di pausa.

Il collega effettua la segnalazione ai Servizi ATS di Malattie Infettive e suggerisce inoltre che il medesimo trattamento debba essere eseguito da tutti i conviventi, anche se asintomatici. Vengono lasciate anche le seguenti indicazioni: lavare la biancheria intima, da letto e da bagno a 90° C; tutte le mattine arieggiare i materassi e spruzzarli insieme a reti, comodini, armadi, tappeti e diva-

ni con Baygon per formiche; lavare a secco gli indumenti delicati e le coperte, oppure chiuderli in sacco di plastica sigillato per un mese.

• Test diagnostici per MTS

Il controllo ambulatoriale, effettuato il 20.5.2016, ci ha permesso di osservare la completa remissione del quadro clinico, pur persistendo occasionalmente, un quadro di intenso prurito aspecifico, in assenza di alterazioni dermatologiche. Il paziente ha successivamente confermato come la malattia infettiva sia stata contratta in occasione di rapporti sessuali occasionali, abbiamo quindi suggerito i test diagnostici per le malattie sessualmente trasmesse.

Spinti da questa osservazione abbiamo effettuato una ricerca di altri casi di scabbia tra gli assistiti del medesimo ambulatorio di Medicina Generale. Abbiamo identificato in tutto quattro casi di scabbia occorsi negli ultimi due anni, rispettivamente due in cittadini latino americani e due in cittadini italiani in una popolazione di 1.500 assistiti. Tutti i casi sono stati seguiti dai servizi ATS della Città di Milano.

Discussione

La scabbia è un'infezione parassitaria cutanea sostenuta da *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. *Sarcoptes scabiei* è un acaro di piccole dimensioni (femmina 0,4mm x 0,3mm; maschio 0,2mm x 0,15mm) (figura 1). La copulazione avviene a livello della cute dell'ospite; le uova impiegano 3-4 giorni a schiudersi e le larve maturano in altrettanti giorni; il ciclo vitale dura 14-21 giorni. Lontano dall'ospite l'acaro ha una sopravvivenza limitata (24-36 ore). Il contagio avviene per contatto fisico stretto, compresi i rapporti sessuali; più raramente può avvenire tramite fomite.¹ Si stima che globalmente in ogni momento siano affetti da scabbia più di 130 milioni di persone; i tassi d'incidenza sono estremamente variabili, da 0,3% a 46%.²

La scabbia colpisce qualunque categoria di persone, indipendentemente da sesso, età e classe sociale, tuttavia carenti condizioni igienico-sanitarie e il sovraffollamento favoriscono il diffondersi dell'infezione. Comportamenti a rischio per MTS

costituiscono un ulteriore rischio.³ Nei Paesi industrializzati spesso è possibile identificare focolai di scabbia all'interno di penitenziari, ospedali e case di cura.

I dati degli anni precedenti della ex ASL di Milano mettono in evidenza come la scabbia sia una causa non irrilevante di segnalazione di malattia infettiva, in particolare nei giovani adulti e negli adulti.

Se dalle segnalazioni degli anni 2012, 2013, 2014 non è possibile affermare con certezza un trend in aumento della patologia, appare subito evidente come il 2015 si discosti nettamente dai dati precedenti (rispettivamente n. 2098 nel 2015, casi vs 195 casi nel 2012, 189 casi nel 2013, 346 casi nel 2014). Queste modificazioni sono verosimilmente da imputare al massiccio flusso migratorio che ha interessato il territorio di Milano. Nei soli mesi di giugno, luglio e agosto il presidio sanitario Asl presso l'HUB della Stazione Centrale ha identificato 508 casi di scabbia, pari al 16% di tutte le diagnosi, risultando la patologia più frequente (tabella 1). Gli interventi messi in atto hanno per-

messo di prevenire i casi secondari nella popolazione residente.

Le prime 2-6 settimane dal contagio sono asintomatiche, anche in questa fase è comunque possibile la trasmissione. In seguito il sintomo principale è il prurito, localizzato o generalizzato, che tipicamente diviene più intenso di notte tanto da poter interferire con il sonno.

Le lesioni cutanee tipiche sono cunicoli e papule/noduli eritematosi. Il cunicolo, la lesione elementare, è un tunnel intraepidermico scavato dall'acaro femmina per deporre le uova; è lungo da 2 a 10 mm, ha un aspetto tortuoso, brunastro, lievemente rialzato e può terminare con una vescicola perlacea, dove risiede il parassita (figura 2).

La formazione di papule e noduli è legata invece allo sviluppo di ipersensibilità nei confronti delle uova, dell'acaro e del materiale da esso prodotto (saliva e feci).

Superfici plantari, palmari e dorso non sono sedi comuni negli adulti, ma sono più tipiche di anziani e bambini; questi ultimi possono avere un coinvolgimento anche di testa e collo.

Figura 1

Sarcoptes scabiei



Figura 2

Scabbia: lesione cutanea tipica



Tabella 1

Casi di scabbia Asl Milano - 2012/2015

Casi di scabbia per fasce d'età (Asl Milano)

Anno	0-5 anni	6-15 anni	16-25 anni	26-50 anni	>50 anni
2012	19	27	36	79	34
2013	28	19	34	70	38
2014	39	35	109	123	40

Casi di scabbia (ex Asl della ATS Città metropolitana di Milano)

	ex Asl MI	ex Asl MI1	ex Asl MI2	ex Asl Lodi	ATS
2015	2.098	61	44	39	2.242

Le sedi principali in cui è possibile identificare le lesioni sono segnalate in *tabella 2*.

In seguito al grattamento o alla risposta dell'ospite possono svilupparsi lesioni secondarie quali: escoriazioni, dermatite eczematosa diffusa, impetigine; le sovra-infezioni, se non trattate possono evolvere in quadri di glomerulo nefrite da streptococco β -emolitico e sepsi.

Una variante più rara è la forma crostosa, o scabbia norvegese: tale forma è caratterizzata da un'estesa infestazione (da centinaia a milioni di acari) che porta allo sviluppo di lesioni ipercheratosiche e crostose diffuse. La forma crostosa si manifesta in persone immunocompromesse e con deficit fisici o neurologici.

Tabella 2

Principali sedi delle lesioni

- Spazi interdigitali
- Polsi (area flessoria)
- Gomiti
- Ascelle
- Piedi (area dorsale)
- Cosce
- Natiche
- Area periombelicale
- Genitali esterni nell'uomo
- Area periareolare nella donna

► Diagnosi

L'identificazione dei cunicoli permette diagnosi certa, ma l'identificazione è spesso difficoltosa se non impossibile; l'uso di corticosteroidi topici può alterare la presentazione cutanea (scabies-incognito) portando a diagnosi errate. Nella maggior parte dei casi la diagnosi deve essere suggerita dalla storia clinica: prurito soprattutto notturno, distribuzione tipica delle lesioni cutanee e presenza di un quadro analogo tra i contatti stretti del soggetto in esame. La scabbia entra in diagnosi differenziale in pratica con tutte le affezioni cutanee pruriginose; nei Paesi industrializzati è frequentemente confusa con manifestazioni eczematose, tigna e dermatite atopica.⁴

► Trattamento

Il farmaco di prima linea per il trattamento della scabbia è la permetrina 5% in crema o lozione, da applicare su tutto il corpo tranne capo e collo; il farmaco deve essere lasciato per 8-12 ore e poi lavato via. Il trattamento può essere ripetuto a distanza di 7 giorni al fine di eliminare gli acari nati dalle uova eventualmente sopravvissute al primo trattamento. Il prurito talvolta può permanere al-

cune settimane dopo il trattamento e può essere trattato con emollienti o corticosteroidi topici; la persistenza oltre 4 settimane dovrebbe essere indagata in quanto può essere indice di un fallimento terapeutico. Qualche autore in caso di persistenza di sintomi dopo il primo ciclo, suggerisce, applicazioni con permetrina 5% una volta alla settimana.

La stessa terapia deve essere applicata a tutti i conviventi e contatti sessuali nelle precedenti sei settimane della persona infestata, indipendentemente dalla presenza di segni e sintomi. Biancheria, lenzuola e asciugamani devono essere lavati ad almeno 50°C; i vestiti che non possono essere lavati devono essere lasciati all'aria o posti in sacchetti sigillati per almeno 3 giorni. Esami volti all'identificazione delle MTS dovrebbero essere condotti in pazienti con un'anamnesi positiva per comportamenti a rischio per MTS (per esempio promiscuità sessuale o un nuovo partner negli ultimi tre mesi).⁵

Capita che i dermatologi prescrivano schemi di terapia differenti da quelli delle linee guida, come nel caso clinico riportato sopra, basati probabilmente sull'esperienza personale. Dalla letteratura tuttavia non è possibile sapere se schemi alternativi siano più o meno efficaci.

Una causa di insuccesso della terapia da tenere in considerazione è il costo del farmaco, totalmente a carico del cittadino, che può indurre il malato a non completare il trattamento o non applicarlo anche ai conviventi, rendendo così impossibile l'eradicazione dell'acaro. Sulla base di ciò, quando ritenuto opportuno, il farmaco è fornito gratuitamente dal "Centro di Riferimento HIV e Malattie Sessualmente Trasmesse" (CRH-MTS).

► I Servizi distrettuali di malattie infettive

La scabbia è una malattia infettiva con obbligo di segnalazione immediata, la quale viene registrata e comunicata all'ufficio di Malattie Infettive del distretto di residenza o domicilio abituale (se diverso da quello di diagnosi); di seguito è avviata un'inchiesta epidemiologica e la sorveglianza sanitaria per 60 giorni al fine di identificare la fonte di infestazione ed eventuali casi secondari e mettere in atto le adeguate misure di prevenzione. Oltre alla consegna di materiale informativo al malato, viene applicata una restrizione alla frequenza in comunità scolastiche e lavorative ad alto rischio (ospedali, RSA, penitenziari) fino ad avvenuto trattamento, certificato dalla Struttura semplice Prevenzione Distrettuale (SS Pre) o dal CRH-MTS; la certificazione viene rilasciata dietro presentazione di prescrizione di terapia da parte di un dermatologo e autocertificazione da parte del malato di avvenuto trattamento (completamento di 1 ciclo di terapia). La restrizione è inoltre comunicata al responsabile della comunità frequentata dall'infetto.

► Conclusioni

Abbiamo potuto effettuare alcune riflessioni, forse utili nella pratica di quotidiana dei Mmg, in particolare:

1. La scabbia, sino a qualche anno fa, era un problema clinico episodico. Al di fuori di contesti specialistici, il problema era limitato alle sole segnalazioni di letteratura. Il contesto sanitario è oggi profondamente modificato, stiamo assistendo ad una modifica della popolazione che afferrisce all'assistenza primaria, quindi a una modifica della patolo-

gia da identificare. Queste modificazioni saranno ancora più evidenti nei prossimi anni. Il modificato quadro sanitario suggerisce agli operatori un aggiornamento delle conoscenze e delle procedure da seguire, in modo particolare per le malattie infettive. Per vari motivi è possibile che la scabbia abbia un andamento sottostimato.

2. Il Mmg deve saper riconoscere i segni e sintomi tipici della scabbia, in modo da poter prontamente segnalare il caso, anche se solo sospetto, al dermatologo e ai servizi ATS di competenza e mettere in atto le opportune misure di cura e prevenzione. Può essere utile avere a disposizione un piccolo visore con lenti d'ingrandimento per meglio studiare le lesioni.

3. In caso di positività per comportamenti a rischio per MTS in un paziente affetto da scabbia è consigliabile eseguire esami volti all'identificazione di altre MTS.

4. Le LG non sempre sono seguite in modo preciso, tuttavia non è possibile valutare la reale efficacia degli schemi terapeutici alternativi. L'aderenza al trattamento può essere ridotta dal costo del farmaco.

5. È utile una migliore comunicazione tra i Servizi di Prevenzione delle Malattie Infettive e i Mmg ai quali i Servizi dovrebbero comunicare precocemente l'esito delle indagini, per garantire una miglior efficacia e efficienza delle strategie di prevenzione e cura del cittadino. In questo caso, le informazioni sull'attivazione delle procedure di prevenzione è stata data al Mmg dal paziente e non dai servizi dedicati.

6. La scabbia rappresenta l'occasione di riflettere sulla necessità di un maggiore coinvolgimento del Mmg necessario per ostacolare la diffusione delle Malattie Infettive e

delle patologie croniche ad alta prevalenza. Queste attività comportano un maggior impiego di tempo per il Mmg e la ridefinizione delle competenze del Mmg richiede un aggiornamento sia del contesto di lavoro del Mmg.

7. Si osserva come la popolazione che afferrisce alla Medicina Generale stia profondamente cambiando e come al cambiamento della popolazione corrisponda un naturale cambiamento degli obiettivi di salute da raggiungere. Purtroppo il ruolo del Mmg è legato ad un Accordo Collettivo Nazionale ancora da aggiornare. I Servizi ATS possono evidenziare l'aumento delle Malattie infettive, la Medicina Generale può riflettere sulle sue procedure, vigilare sul cittadino e facilitare l'accesso all'assistenza specialistica, l'Università può implementare i propri sforzi formativi adeguandoli alla realtà che si modifica, ma è necessario un coinvolgimento delle Istituzioni per indurre una vera e propria modifica del profilo professionale della Medicina Generale da sempre legato all'ACN.

Bibliografia

1. Rook's Textbook of Dermatology, 9th Edition, ch. 34.39
2. http://www.who.int/pros.lib.unimi.it/lymphatic_filariasis/epidemiology/scabies/en/
3. Otero L, Varela JA, Espinosa E et al. *Sarcoptes scabiei* in a sexually transmitted infections unit: a 15-year study. *Sexually Transmitted Diseases* 2004; 31: 761-5.
4. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet* 2006; 367: 1767-74.
5. European guideline for the management of scabies. M.I.A.Mi - N. 1/2013, 2015, 2016. www.asl.milano.it

Si ringraziano per la collaborazione il dr. M. Faccini, la dr.ssa S. Cantoni, la Signora M.T. Filippini del Dipartimento di Prevenzione dell'ATS della Città Metropolitana di Milano