

La strongiloidosi: focus sulla malattia dei piedi scalzi

La rilevanza clinico-epidemiologica della strongiloidosi, un'elmintiasi causata da Strongyloides stercoralis che si trasmette attraverso la cute integra, è oggi sottovalutata. È invece da sospettare fortemente in presenza di eosinofilia negli italiani ultra65enni e negli stranieri provenienti da aree endemiche. Diagnosticarla e trattarla precocemente è fondamentale per prevenire le gravi complicanze di una strongiloidosi disseminata in corso di immunodepressione, anche iatrogena

La malattia dei "piedi scalzi", la "più negletta delle patologie neglette", una "bomba ad orologeria", "morbo padano", sono alcune delle definizioni usate per identificare la strongiloidosi, un'elmintiasi spesso sottostimata e sottodiagnosticata anche in Italia, su cui vale la pena soffermarsi per le sue pericolose conseguenze cliniche in determinati pazienti.

"Se i vermi avessero un cervello, *Strongyloides stercoralis*, il nematode della famiglia *Strongylidae* responsabile della strongiloidosi, sarebbe 'geniale'. Le microscopiche larve filariformi sono infatti in grado di penetrare attraverso la cute, anche integra, per esempio camminando scalzi in terreni contaminati da feci infette umane e (forse) an-

che di cane". Esordisce così illustrando la patologia **Zeno Bisoffi**, direttore Centro Malattie Tropicali, Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (VR), tra i principali studiosi della materia. Ne consegue che i maggiori fattori di rischio per acquisire l'infestazione da *S. stercoralis* sono professioni a contatto con il terreno (agricoltura con metodi manuali, giardinaggio, ecc).

"L'altra peculiarità di *S. stercoralis* è quella di poter sviluppare un ciclo endogeno di autoinfestazione, che determina la persistenza della parassitosi anche a notevole distanza temporale dalla presunta prima infestazione e per tutta la vita del soggetto" continua Bisoffi.

Infatti, all'interno del lume intestinale le larve non infestanti si trasformano nella forma infestante e acquisiscono la capacità di penetrare attraverso la mucosa o la cute perianale, dando origine a continui e ripetuti cicli endogeni, per tutta la durata della vita dell'ospite. Questo significa che, al contrario di altri parassiti, se non viene trattata effica-

Alcuni esempi in pratica clinica

- Signora di 82 anni, residente in una città del Veneto... crisi asmatiche ricorrenti...
- Contadino settantacinquenne di Rimini... da oltre 20 anni accusa un prurito generalizzato, persistente e incoercibile.
- Ottantenne "cittadino", deperisce di giorno in giorno (dimagrimento eccessivo), astenico.
- Anziana 94enne ospite di una Casa di Riposo: prurito "sine materia" ricorrente e ribelle, con vistose lesioni da grattamento. Ha speso per anni buona parte della sua pensione nella vana speranza di guarire...
- Giovane donna thailandese con una "rettocolite ulcerosa"... non migliora con salazopirina.
- Studente universitario di 25 anni, guineano, in Italia da 5 anni. Da anni lamenta dolore addominale ricorrente e saltuario prurito cutaneo. Il chirurgo rileva segni di appendicopatia subacuta.
- Immigrato ghanese di 38 anni: diagnosi di linfoma. inizia terapia immunosoppressiva: febbre settica incontrollabile, shock, ileo paralitico, ARDS. Exitus nonostante terapia adeguata.



Caratteristiche comuni dei pazienti

- Eosinofilia
- Mielocentesi, biopsie ossee, broncoscopie negative
- Ricerche parassitologiche ripetutamente negative
- Storia di contatto cutaneo con il terreno

cemente rimane nella persona infetta per tutta la sua vita. Quindi la malattia che viene osservata in Italia, quasi esclusivamente in età geriatrica, riflette un'infestazione contratta molti decenni prima, quando non addirittura in età infantile.

L'infestazione da *S. stercoralis* è descritta in tutti i continenti (si stima che siano circa 370 milioni le persone infette nel mondo) e predilige i Paesi tropicali e sub-tropicali, dove il clima caldo-umido e le precarie condizioni igieniche ne favoriscono lo sviluppo. Sono però descritte estese aree di ipoendemia anche in Paesi industrializzati e della fascia temperata, tra cui l'Italia, in particolare nell'area della Pianura Padana, tuttavia mancando dati epidemiologici certi per escludere la presenza in altre aree del territorio del nostro Paese. Un recente studio coordinato dal Centro di Negrar condotto in Veneto, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia, indica che nel Nord Italia vi sono migliaia di casi di questa parassitosi nella popolazione di età geriatrica (*Euro Surveill* 2016; 21: 31), mentre nella popolazione immigrata la percentuale può essere >10%.

► Sintomatologia e diagnosi

“Per molti anni *S. stercoralis* può provocare sintomi vaghi e aspecifici: cutanei, tra i più frequenti un prurito solitamente diffuso e che, a volte, può diventare intenso e devastante; respiratori (episodi asmatici), gastroenterici (dolori, diarrea), dimagrimento. In molti soggetti la strongiloidosi è asintomatica ed eventualmente si può sospettare in occasione dell'esecuzione di un emocromo da cui si riscontra un aumento di eosinofili. In sintesi la presenza di tale sinto-

matologia e/o di eosinofilia dovrebbero subito far scattare nel medico di famiglia il dubbio di essere in presenza di strongiloidosi, soprattutto in due coorti di soggetti:

- italiani con età >65 anni che possono aver acquisito l'infezione in età pediatrica o nell'adolescenza, perché attualmente in Italia si suppone che quasi non vi sia trasmissione per il miglioramento delle condizioni igieniche di vita;
- soggetti immigrati di qualsiasi età provenienti da Paesi dove la patologia è endemica (Africa, Asia, America Latina, ma anche Paesi dell'Europa orientale come l'Ucraina).

La diagnosi appropriata richiede la ricerca di anticorpi nel sangue, mentre l'esame delle feci spesso non è in grado di identificare il parassita. La diagnosi è dunque agevole, ma, quasi sempre, viene posta in ritardo. Sarebbe quindi auspicabile procedere ad un accurato screening sistematico dei soggetti con eosinofilia potenzialmente affetti.

► Strongiloidosi disseminata

È fondamentale la diagnosi tempestiva, per ottenere, con una terapia efficace, l'eradicazione completa della parassitosi prima che un'eventuale deficit immunitario possa favorire forme complicate, potenzialmente letali, di malattia. In particolare si può generale una strongiloidosi disseminata, ovvero la diffusione sistemica di larve filariformi invasive verso distretti distanti dal loro normale circuito migratorio, con potenziale invasione di ogni organo e apparato. È favorita da condizioni di immunodepressione spontanea o iatrogena: trattamenti corticosteroidi o immunosoppressivi (talora praticati per una “eosinofilia idiopatica” o per una sospetta vasculite), malattie oncoematologi-

che, trapianti d'organo, infezione da HTLV-1. Conduce il paziente ad exitus nella quasi totalità dei casi, per complicanze infettive e/o insufficienza multiorgano.

► Trattamento

Il farmaco ad oggi più efficace è ivermectina (che tra l'altro valse ai suoi scopritori il Premio Nobel per la Medicina nel 2015). Tuttavia l'antelmintico in compresse, registrato in alcuni paesi dell'Ue tra cui Francia, Olanda e Germania, in Italia non è disponibile e va importato dall'estero per “uso compassionevole”.

“Sarebbe importante che il farmaco venisse registrato in Italia e che potesse essere reperibile anche in farmacia. I casi registrati sono la punta di un iceberg, in realtà ci sono migliaia di persone inconsapevoli di essere affette da questa patologia. Per cercare di superare questa criticità stiamo organizzando a Verona un convegno nell'aprile 2017 il cui focus sarà proprio dedicato alle caratteristiche di ivermectina (che tra l'altro si è dimostrata efficace contro un crescente numero di altre patologie parassitarie). Cercheremo tutte le alleanze possibili perché il farmaco sia disponibile anche nel nostro Paese”, conclude Bisoffi.

Bibliografia disponibile a richiesta



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Zeno Bisoffi