

Diagnosi e terapia delle acariasi e della scabbia

Le malattie cutanee causate da ectoparassiti sono endemiche nel mondo e interessano tutti i livelli socioeconomici. Il sintomo più caratteristico è il prurito generalizzato e quando queste diagnosi vengono poste seminano il panico, tanto da portare all'acarofobia, che però può anche insorgere in assenza di acariasi o di scabbia. La terapia, oltre ai consigli comportamentali, si avvale di medicinali topici

È noto che la storia delle dermatosi da acari va di pari passo con la storia dell'uomo, ma se ciò è vero per i medici non lo è altrettanto per la popolazione, che crede erroneamente che le dermatosi da acaro appartenano al passato. Oggettivamente nel tempo è cambiata solo la maggiore o minore incidenza dell'una o dell'altra forma, ma non si è mai assistito alla loro scomparsa.

Quando queste diagnosi vengono poste seminano il panico nelle famiglie e nella collettività (asili, scuole, collegi universitari, ospedali, residenze protette, ecc) ed evocano nella memoria individuale e collettiva eventi tragici del passato o più recenti, quali l'immigrazione clandestina. Spesso si instaura una vera e propria acarofobia, senza avere la consapevolezza che nelle abitazioni si trovano sempre più frequentemente animali da compagnia, che possono essere serbatoi di acari capaci di procurare acariasi o pseudoscabbie (sinonimi che si usano per denominare tutte le forme di dermatite provocate da acari che non siano la scabbia umana), entità cliniche in cui l'uomo è solo ospite occasionale. Infatti oltre all'acaro strettamente adattato all'uomo, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, esistono altre varietà quali *S. scabiei canis*, *Notoedres cati*, *S. scabiei equi*, *S. scabiei cunicoli*, *Dermanyssus gallinae*, *Cheyletiella parasitovorax*, che infestano gli animali (gatto, cane, coniglio, maiale, cavallo, uccelli). Inoltre esiste una mol-

tiplicità di acari vegetali e ambientali che provocano le acariasi o le pseudoscabbie.

In letteratura classica viene riportato che la trasmissione all'uomo di questi acari è possibile, ma occasionale e che in caso di contagio le lesioni cutanee conseguenti al morso dell'acaro sono pruriginose ma fugaci, con una guarigione spontanea nell'arco di pochi giorni, poiché l'acaro non si adatta all'uomo e lo abbandona precocemente. Questo non corrisponde più al vero, in quanto la convivenza quotidiana porta a un ricontaggiarsi continuo a cui conseguono quadri cronici recidivanti che inducono in errore anche il medico più esperto (figura 1).

Tra le malattie cutanee causate da ectoparassiti che dall'esterno arri-

vano sulla pelle, la scabbia è una ectoparassitosi in senso stretto (i parassiti vivono sulla e nella pelle), mentre le acariasi o pseudoscabbie sono ectoparassitosi in senso lato: i parassiti non vivono sulla pelle ma causano danni cutanei, con meccanismi quali morsi o punture, durante il contatto più o meno lungo. Per esempio se il paziente dorme con il cane sul letto l'acaro parassita del cane punge in modo recidivante e cronico l'uomo, ma vive sul cane.

Questa differenza risulta determinante nel diverso approccio al trattamento e alla gestione della problematica. Infatti in queste forme non è necessario l'isolamento del soggetto dalla collettività, in quanto non è infestato, ma va isolato e trattato l'animale o il sito infestato (tappeti, gabbie di uccelli, ecc). La diagnosi si basa sull'assenza dei cunicoli, sul prurito che non si accentua nelle ore notturne, sulla mancanza degli acari nelle lesioni e in questa forma di scabbia non si documenta contagio interumano.

Una forma di antropozoonosi da acari può colpire l'uomo e si può verificare quando gli uccelli, che utilizzano i tetti per riprodursi, lasciano il nido e gli acari, i quali rimangono senza il nutrimento costituito dal sangue da suggerire. Questi parassiti possono essere disseminati nelle abitazioni dagli impianti di condizionamento dell'aria. Le specie più frequentemente isolate sono *Dermanyssus gallinae*, *Ornithonyssus bursa* e *Ixodes ricinus*, che sono state trovate anche sugli storni,

Figura 1

Quadro cronico di acariasi



uccelli notoriamente migratori presenti in tutta l'Italia. La trasmissione degli acari è quindi da ritenersi potenziale anche ai colombi e altri uccelli che vivono nelle città. Pertanto in alcuni casi è difficile formulare la diagnosi di acariasi, ma ancora più accettarla anche da parte di medici e pazienti, ricordando che le forme non diagnosticate cronicizzano, poiché gli acari continuano a mordere.

■ Scabbia umana

La scabbia umana è una parassitosi esclusivamente umana ed è provocata dal *Sarcoptes scabiei hominis*, un artropodo appartenente all'ordine Acarina, l'unico che nel corso dei millenni si è adattato a vivere indissolubilmente sull'uomo e che non sopravvive sugli animali.

Sono state descritte epidemie cicliche, con variazioni di difficile comprensione. Tra il 1955 e il 1965 si fu indotti a pensare alla scomparsa della malattia per l'estrema rarità dei casi; tra il 1965 e il 1980 si è invece manifestata una nuova ondata epidemica con riduzione della frequenza della malattia a partire dal 1985. La situazione attuale è caratterizzata da casi sporadici e da focolai epidemici, ma l'incidenza reale non è nota.

Questa parassitosi è endemica in tutto il mondo, interessa tutte le razze e tutti i livelli socioeconomici, colpisce tutte le età, ma è più comune nei bambini. I dati italiani disponibili sono quelli rilevati dall'Istat nel 2002, che ha rilevato 1.109 focolai in Italia con complessivi 3.526 casi notificati, ma i dati reali non sono disponibili. La trasmissione avviene per contatto diretto (cute-cute) o mediata da veicoli (effetti lettereschi, scambi di biancheria) nel caso in cui gli oggetti siano stati contaminati da persona di recente infestazione.

Frequenti sono i casi di pazienti con scabbia il cui contagio è avvenuto dopo il soggiorno in alberghi o residenze, anche di buon livello igienico, in Paesi turistici.

Altri luoghi dove è possibile il contagio sono le strutture socio-assistenziali, gli ospedali e gli ambulatori, dove spesso prima di accorgersi che

un soggetto ha la scabbia e prendere provvedimenti igienici, altri pazienti frequentano lo stesso luogo.

Le paure e la vergogna legate alla diagnosi di scabbia sono dovute a erronei preconcetti: il primo è che l'acaro della scabbia possa trasmettere, passando da un individuo all'altro, qualche malattia; il secondo è che avere la scabbia sia sinonimo di poca igiene e di stato di indigenza. Entrambe sono false, l'acaro non può trasmettere malattie da un individuo all'altro e la scabbia interessa individui appartenenti a diversi gruppi socio-economici.

■ Ciclo vitale

Il contatto infestante porta alla trasmissione di una femmina adulta fecondata. La durata del ciclo parassitario si aggira attorno ai 20 giorni, la femmina adulta, con corpo ovoidale ed appiattito, è lunga 0.2-0.35 mm e possiede quattro paia di zampe. Con l'aiuto delle due zampe anteriori e della bocca, scava una nicchia nello strato corneo dell'epidermide, il maschio la raggiunge, la feconda e muore. La femmina scava successivamente un cunicolo (una lesione lineare sinuosa grigio-nerastra di qualche millimetro, che può terminare con una piccola vescicola: l'eminenza acarica entro il quale risiede) tramite l'azione di enzimi cheratolitici. Qui deposita quotidianamente due o tre grosse uova e muore a distanza di 3-4 settimane. A loro volta le larve appena schiuse maturano nella forma adulta sulla superficie cutanea e continuano il ciclo di infezione.

Le sedi elettive interessano gli spazi interdigitali delle dita delle mani, la superficie flessoria dei polsi, i gomiti, le ginocchia, i pilastri ascellari, i glutei e la regione ombelicale, le areole mammarie nelle donne, il pene, lo scroto (figura 2).

■ Quadro clinico e diagnosi

Il sintomo più importante è il prurito generalizzato, che risparmia solo il viso, per lo più notturno e molto intenso; di conseguenza sono frequenti lesioni da grattamento diffu-

se, escoriate e crostose, mentre sono rare la sovrainfezione microbica e l'eczematizzazione.

Nella popolazione generale le manifestazioni sono molto attenuate, poiché ci si lava molto spesso, va ricercata l'eventuale presenza di lesioni papulo-erosive ai genitali. Nel lattante e nei bambini piccoli va ricercata la presenza di un'eruzione vescicolo-pustolosa palmo-plantare o dei cunicoli nelle stesse sedi, vi può essere presenza di lesioni papulo-nodulari costituenti i noduli scabbiosi.

Nei soggetti immunodepressi è presente una straordinaria proliferazione di parassiti fino a quadri denominati "scabbia norvegese": una forma diffusa caratterizzata da un'eritema crostoso, con prurito meno intenso, ma con un alto numero di parassiti. Queste forme sono naturalmente molto contagiose. Si deve sospettare la scabbia nei pazienti con un'eruzione pruriginosa, con presenza di lesioni simmetriche nelle sedi tipiche, quindi va effettuata la ricerca dei caratteristici cunicoli e la ricerca microscopica dell'acaro, delle larve o delle uova. La possibilità di trovare l'acaro sono comunque scarse, perciò la presenza di uova o larve è diagnostica.

La sensibilizzazione all'acaro e ai suoi prodotti inizia approssimativamente un mese dopo l'infezione e determina una reazione papulosa o eczematosa nelle sedi interessate, a volte si riscontra una reazione di tipo orticarioide. Talvolta si osservano noduli rossastri pruriginosi, che possono persistere per settimane o

Figura 2

Quadro clinico di scabbia



mesi, localizzati all'inguine e nel bambino nelle regioni ascellari.

I noduli post-scabbiosi sono reazioni infiammatorie che non contengono parassiti viventi.

La diagnosi di scabbia viene posta con una buona anamnesi e con i reperti clinici. Nei casi dubbi va effettuata la ricerca dell'acaro al microscopio: con una lametta da bisturi si prelevano le squame e i cunicoli intraepidermici dalle aree solitamente colonizzate dal parassita e poi si mettono su un vetrino da microscopia per ricercare la presenza dell'acaro, delle larve o delle uova tra le squame. La possibilità di trovare l'acaro sono comunque scarse, perciò la presenza di uova o larve è diagnostica.

■ Terapia

La terapia della scabbia umana deve riguardare, contemporaneamente al paziente, tutti i possibili contatti, membri della famiglia, conviventi, partner sessuali, per prevenire la

comparsa di reinfezioni.

■ **Consigli comportamentali.** Le lenzuola e i vestiti utilizzati dal paziente prima della terapia devono essere lavati in lavatrice con una temperatura dell'acqua di 60 °C o meglio di 90 °C.

■ **Trattamenti topici.** In commercio esistono fino ad oggi molti preparati antiscabici che risultano poco efficaci nel debellare il parassita. Le sostanze terapeutiche vengono applicate in modo da coprire tutta la cute, a partire dal collo.

Tradizionalmente i medicamenti efficaci devono essere preparati dal farmacista su ricetta del medico: benzoato di benzile, lindano, ecc, ma con seri rischi nei bambini e nelle gestanti.

La recente formulazione commerciale a base di permetrina al 5% in crema (Scabiacid) è un valido presidio, applicabile anche nei bambini a iniziare dai 2 mesi di vita. La permetrina in crema deve essere applicata per solo due sere consecutive. Dopo 8 giorni bisogna ripe-

tere l'applicazione, ma solo per una notte. Sebbene il paziente trattato adeguatamente non sia più contagioso entro 24 ore, possono essere necessari anche due mesi perché scompaiano completamente le manifestazioni cliniche della malattia.

Il crotamitone (Eurax) al 10% è prescritto per i noduli scabbiosi e post-scabbiosi, viene applicato sulla cute e poi assorbito, una seconda dose viene applicata 24 ore dopo.

Talvolta possono essere necessari gli antibiotici se vi è una significativa sovrainfezione batterica.

Acariasi o pseudoscabbie

La terapia delle acariasi o pseudoscabbie deve riguardare la bonifica degli animali parassitati e dell'ambiente.

Le lesioni cutanee vanno incontro a guarigione spontanea e sono sufficienti la detersione, le paste all'ossido di zinco e un antistaminico per le possibili reazioni allergiche e per il prurito.

Acarofobia e prurito patologico

di Ferdinando Pellegrino - Direttore UO Salute Mentale ASL SA1, Costa d'Amalfi

L'approccio psicosomatico in dermatologia ha una lunga tradizione essendo la pelle il principale mediatore tra l'interno e l'esterno dell'organismo; da un lato la pelle è il suo naturale protettore rispetto alle stimolazioni ambientali, nell'intento di conservare l'equilibrio dell'integrità corporea, dall'altro è rivelatrice dello stato interiore: si arrossisce se si ha vergogna, si impallidisce se si ha paura.

Per tali motivi le patologie dermatologiche presentano spesso aspetti psicopatologici che vanno individuati e considerati per una migliore efficacia professionale.

Rispetto agli acari esiste, al di là della contaminazione stessa, un primitivo disturbo psichico, l'acarofobia,

patologia psichiatrica dello spettro ansioso caratterizzata dal "terrore patologico" per gli acari, che hanno attinenza con i ragni e che rievocano nella mente degli individui paure ancestrali.

L'acarofobia può così insorgere all'improvviso e senza avere mai sofferto di acariasi o di scabbia; più frequentemente le fobie per animali o insetti esordiscono nell'infanzia e sono caratterizzate dalla paura marcata, persistente e irragionevole rispetto all'animale temuto. L'esposizione, reale o immaginaria, può infatti determinare un vero attacco di panico e favorire l'insorgenza di alcune condotte di evitamento che porteranno l'individuo a non frequentare luoghi dove più facilmen-

te si pensa ci si possa contaminare (per esempio vagoni letto, scuole, alberghi, case in campagna).

L'acarofobia può inoltre insorgere successivamente a un episodio di acariasi o di scabbia che funge da evento traumatico slatentizzante in soggetti particolarmente predisposti allo sviluppo di patologie ansiose.

In ogni caso la valutazione del clinico dovrà prendere in considerazione l'impatto complessivo che tali fobie hanno sul benessere dell'individuo. Piccole fobie sono abbastanza comuni nella popolazione generale (per esempio la paura per i serpenti, per i topi, per i ragni, ecc) e non richiedono alcun trattamento; diventano importanti se sono molteplici e condizionano in modo serio la funzionalità globale del soggetto che si vede costretto a limitare le proprie attività, o a mettere in atto ulteriori comportamenti compensativi di tipo ossessivo-compulsivo (per esempio lavarsi ripetutamente

le mani quando si frequentano locali pubblici) che gli rendono la vita difficile.

Per il medico di famiglia e per il dermatologo potrà essere importante comprendere il momento in cui diventa necessario l'invio allo psichiatra in quanto non sempre condiviso dal paziente; le fobie semplici possono essere ininfluenti sulla qualità della vita, la presenza di più fobie e di comportamenti di evitamento o compulsivi necessitano invece di una valutazione specialistica.

Altro aspetto psico-patologico di queste parassitosi è dato dalla possibilità del concretizzarsi di un processo di "sensibilizzazione psicologica" che al pari di quanto biologicamente accade (sensibilizzazione all'acaro e successivo sviluppo di reazioni di tipo orticaroidale) comporta per il prurito la possibilità che questi possa persistere e cronicizzarsi, dando luogo a meccanismi psicologici a corto circuito. È noto infatti che anche a distanza di tempo dalla guarigione clinica della scabbia o di una acariasi possa comparire un prurito persistente (*prurito sine materia*), che può durare tutta la giornata, intensificarsi nei periodi di maggiore stress ed essere alla base di altri sintomi come ansia e insonnia.

■ Gestione del paziente

La sintomatologia, per il fastidio e le paure che ne conseguono, induce il paziente a chiedere più consultazioni specialistiche, ad assumere molti farmaci in modo indebito o a rivolgersi alla medicina alternativa nella speranza di potere risolvere il problema. Questi soggetti sono difficili da gestire: all'iniziale atteggiamento positivo verso il medico subentrano comportamenti manipolativi e invadenti, che tendono a mettere in discussione il suo operato in ragione dei risultati insoddisfacenti che spesso conseguono alle consuete terapie.

Con questi pazienti è importante rispettare il processo psicologico sotteso alla somatizzazione (la "scissione mente-corpo") e direzionare

l'approccio verso la sintomatologia somatica, evitando di dare interpretazioni psicologiche frettolose che possono compromettere fin dall'inizio la relazione medico-paziente.

Il meccanismo alla base di questo atteggiamento è legato alla modalità psicologica di percezione del prurito, che predispone alcuni soggetti a canalizzare le proprie tensioni e paure su sintomi somatici e comportamentali.

Nello specifico il prurito evoca comportamenti di grattamento che a sua volta induce ulteriore prurito, determinando un circolo vizioso anormale che favorisce la cronicizzazione del disturbo e la comparsa di ulteriori lesioni dermatologiche autoprovoocate.

Gli elementi psicopatologici in grado di favorire questo processo sono legati al fenomeno dell'amplificazione somato-sensoriale che parte da una soglia di tollerabilità per il prurito che varia da un individuo all'altro in modo ampio.

Ciò spiega già nella fase acuta della patologia organica la diversità individuale di percezione del prurito che, pur essendo obiettivamente un'esperienza sensoriale, viene a essere nella sua percezione definitiva, integrato da fattori razionali ed emotivi, altamente personali e influenzati anche da fattori culturali e sociali.

Successivamente alla fase acuta alcuni soggetti tendono ad assumere inconsapevolmente un atteggiamento di ipervigilanza (ogni piccolo segnale cutaneo, pur fisiologico, diventa prurito fastidioso) che li porta a implementare la capacità discriminativa (per esempio focalizzando l'attenzione su alcune parti del corpo, quelle colpite dall'acariasi) e ad attribuire al processo fisiologico un significato patologico (...ho di nuovo l'infezione!).

Alcuni soggetti possono presentare uno stile percettivo disfunzionale permanente, possono cioè essere predisposti ad amplificare le normali sensazioni fisiologiche o i correlati algici e sensoriali, come il prurito; ciò può essere in parte dovuto alla presenza di peculiari tratti di persona-

lità - dipendenza e alexitimia - che favoriscono tale stile percettivo.

La dipendenza affettiva è caratterizzata da insicurezza, bassa autostima, bisogno eccessivo del sostegno degli altri, difficoltà a gestire in prima persona e con responsabilità i problemi della vita; la malattia in questi casi tende a compensare l'insicurezza di fondo e a centralizzare l'attenzione su di sé.

L'alexitimia è invece caratterizzata dalla difficoltà di codificare le proprie emozioni, di riconoscerle e gestirle; di fronte agli eventi della vita, come anche in seguito a una qualsiasi patologia organica, il soggetto, incapace di elaborare mentalmente vissuti interni di rabbia e aggressività, tende a esprimere il disagio con disfunzioni fisiologiche. Ciò favorisce l'insorgenza di condizioni di iperarousal psicofisiologico che acuisce in modo anormale il livello fisiologico di risposta allo stress, ponendo il soggetto in un'area di rischio psicosomatico.

■ Approcci terapeutici

Dal punto di vista terapeutico la gestione di tali patologie non è agevole. È innanzitutto importante valutare la presenza di una componente depressiva che agisce sugli stessi meccanismi di amplificazione somato-sensoriale abbassando altresì la soglia di percezione del prurito; in ogni caso l'utilizzo di antidepressivi, alle dosi normalmente consigliate, apporta miglioramenti significativi e a volte risolutivi.

Determinante rimane l'approccio psicologico che oggi si avvale di specifiche tecniche psicoterapeutiche (terapia cognitiva) e di rilassamento, il cui obiettivo è quello di determinare una desensibilizzazione psicologica per favorire un innalzamento della soglia sensoriale e un ripristino della qualità di vita.

La difficoltà maggiore rimane quella di instaurare una relazione medico-paziente efficace e duratura che aiuti il paziente a comprendere e gestire dal punto di vista emotivo e cognitivo la componente emotiva del prurito o della fobia.