

IL MORBILLO

Definizione

Si tratta di una malattia virale, altamente contagiosa, caratterizzata da febbre, mucositi, un esantema maculo-papuloso diffuso, evolvente in senso cranio-caudale da un enantema patognomonico

Eziologia

La malattia è causata da un Paramixovirus ad RNA

Epidemiologia

È una malattia molto infettiva: circa il 90% dei soggetti non immuni, esposti al contagio, si ammala. Nelle zone temperate il picco di incidenza della malattia si verifica nel periodo invernale-primaverile.

Periodo di contagio

Dallo stadio di invasione a tutto il periodo esantematico

Modalità di contagio

Il virus è trasmesso attraverso le goccioline di Flügge emesse nella fase prodromica o iniziale della malattia attraverso gli starnuti e la tosse.

Tipo di contagio

Diretto. Non si ammette lo stato di portatore.

Via di contagio

La mucosa congiuntivale

IL MORBILLO-2

Sintomatologia

Si distinguono 4 periodi nell'evoluzione della malattia

- Periodo di incubazione: Periodo intercorrente tra il momento del contagio e la febbre. Di solito dura 10-12 giorni ed è caratterizzato da sintomi minori quali astenia, cefalea, inappetenza, disturbi gastroenterici. Talvolta può essere anche muto.

2) Periodo di invasione: Segna l'inizio clinico della malattia ed è caratterizzato da:

- Febbre: continua, subcontinua e remittente
- Tosse stizzosa, talvolta abbaiente, da laringite
- Rinite con starnutazione frequente e rinorrea
- Congiuntivite con lacrimazione, fotofobia, iperemia della congiuntiva palpebrale
- Enantema oro-faringeo: elementi maculo-papulosi sul palato molle, sul velopendolo sulla parete posteriore del faringe
- Macchie di Koplik: elementi puntiformi biancastri, "a spruzzo di calce", circondati da un alone eritematoso, in corrispondenza dei premolari. Compaiono 2-3 giorni prima dell'esantema e scompaiono entro 12-18 ore. Tale periodo ha una durata media di 3 giorni

IL MORBILLO-3

3) **Periodo esantematico:** comparsa di elementi cutanei maculo-papulosi in regione retroauricolare, collo e nuca e nelle prime 24 ore volto e arti superiori. Nei giorni successivi, in senso cranio-caudale, si estendono al tronco, addome e arti inferiori. Dal quarto giorno, regressione, in alcuni giorni, con lo stesso ordine di comparsa.

In questo periodo persistenza di febbre elevata e manifestazioni catarrali.

4) **Periodo di convalescenza:** Scomparsa dell'esantema e della febbre (per lisi), con ripresa delle condizioni generali e dell'appetito.

La malattia si può manifestare in forme atipiche → attenuata, emorragica, grave.

IL MORBILLO-4

Complicanze

Si verificano nel 5-10% dei casi.

Otite media acuta: E' la complicanza più frequente. Si verifica nel lattante con ripresa della febbre, vomito e dolore locale intenso. Dopo 12-24 ore perforazione della membrana timpanica con fuoriuscita di sangue e pus.

Complicanze respiratorie: Rappresentano la causa principale di morte. Possono essere dovute direttamente all'azione del virus (laringiti stenose) o a sovrainfezioni batteriche (Broncopneumoniti da *Haemophilus*, Stafilococchi, Streptococchi)

Complicanze neurologiche: Encefalite nello 0.1-0.4% dei casi. Morte nel 10-15%; Danni permanenti nel 25% dei casi.

Panencefalite subacuta sclerosante (PESS) → E' un'infezione lenta, che si manifesta anche a distanza di 2-10 anni, ad eziologia ignota. La sua frequenza è di 1/100.000 casi. E' caratterizzata da progressivo deterioramento delle funzioni neuro-psico-motorie con convulsioni, disturbi motori e morte nell'arco di 6 mesi.

IL MORBILLO-5

Diagnosi

E' essenzialmente clinica.

E' possibile dosare gli anticorpi specifici: IgM in fase acuta, alcuni giorni dalla comparsa dell'esantema. Non sono più rilevabili dopo 30-60 giorni.

Diagnosi differenziale

- Rosolia
- Scarlattina
- Esantema critico
- Reazione cutanea a farmaci

Terapia

Non esiste un trattamento specifico antivirale.

Sintomatici o terapia specifica in caso di complicanze

Profilassi

Vaccinazione antimorbillo

ROSOLIA

Definizione

Si tratta di una malattia virale, contagiosa, caratterizzata da un tipico esantema eritemato-maculo-papuloso diffuso, una modesta sintomatologia generale ed un importante interessamento linfoghiandolare retrauricolare e nucale

Eziologia

La malattia è causata da un Rubivirus ad RNA, appartenente alla famiglia dei togavirus

Epidemiologia

Nelle zone temperate il picco di incidenza della malattia si verifica nella fascia di età tra 5 e 14 anni nel periodo tardo inverno- inizio primavera. Dopo l'introduzione della vaccinazione → riduzione drastica della frequenza della malattia. In Italia, con copertura vaccinale del 50%, epidemie ogni 5-7 anni

Periodo di contagio

Dai giorni precedenti l'esantema fino a 5- 7 giorni dopo

Modalità di contagio

Il virus è trasmesso attraverso le goccioline di Flügge emesse dalle secrezioni naso-faringee. Non si ammette lo stato di portatore

Periodo di incubazione

Di solito 14-21 giorni

Rosolia post-natale

Sintomatologia

Fase prodromica: Malessere generale, lieve congiuntivite, enantema.
Linfoadenopatia retroauricolare e nucale

Fase esantematica: Esantema maculo-papuloso con papule non confluenti evolventi in senso cranio-caudale.

Spesso decorre in apiressia o con temperatura febbrile (max 38°C).

Fase di defervescenza

Diagnosi

La diagnosi si basa su indagini sierologiche, immunologiche (ricerca di anticorpi IgM ed IgG) e colturali (ricerca del virus che può essere isolato dal faringe, sangue, urine e/o liquor)

Trattamento e prevenzione

•Non esiste alcuna terapia specifica → Solo terapia di supporto.

In caso di infezione contratta dalla donna in gravidanza, non vi è alcuna possibilità di prevenire la trasmissione materno-fetale del virus.

•Immunizzazione passiva → non disponibili immunoglobuline specifiche anti-rosolia

•Immunizzazione attiva → vaccinazione anti-rosolia (lontana da una eventuale gravidanza)

Rosolia congenita

Perchè si verifica?

Contatto tra donna gravida sieronegativa e virus rosolia: replica virale nel sito di penetrazione → viremia → infezione placentare

Rischio di infezione: 50-80%→ primo trimestre; 10-20%→ secondo trimestre; trascurabile → nel terzo trimestre (elevato solo nel nono mese).

Il rischio di danno fetale si riduce con il progredire dell'età gestazionale:

- 52% in caso di infezione materna prima dell'ottava settimana;
- 36% tra la nona e la dodicesima settimana;
- 10% tra la 13.ma e la 20.ma settimana;
- Nessun danno dopo la 20.ma settimana

Sintomatologia: può essere presente alla nascita o manifestarsi in epoca successiva ($\frac{2}{3}$ dei bambini infetti sono asintomatici)

Più della metà dei bambini sintomatici presenta alla nascita iposviluppo ed una serie variabile di sintomi transitori (infezione acuta) → trombocitopenia, petecchie e porpora, anemia emolitica, epatite, ittero ed epatosplenomegalia, macchie di tipo purpurico al capo, al collo ed al tronco ed inoltre miocardite, polmonite interstiziale, meningoencefalite, appannamento della cornea.

Sintomi non transitori:

Triade di Gregg → manifestazioni oculari - cardiache - uditive

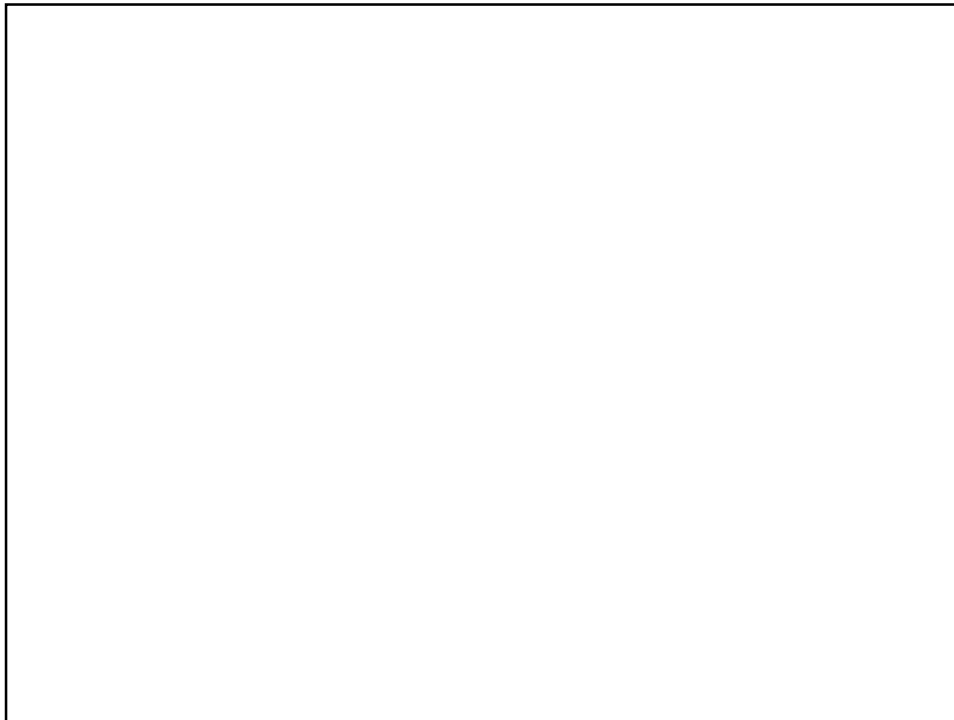
- Alterazioni oculari → Cataratta ($\frac{1}{3}$ dei neonati); Microftalmia; Glaucoma; Corioretinite "a sale e pepe"
- Alterazioni cardiache → Pervietà dotto arterioso di Botallo; Stenosi arteria polmonare (meno frequente → tetralogia di Fallot)
- Alterazioni uditive → Sordità di tipo permanente neuro-sensoriale ($\frac{2}{3}$ dei casi)
- Alterazioni neurologiche → Microcefalia; Meningoencefalite; Ritardo mentale (36%); disturbi comportamentali (18% dei casi).

Tra le manifestazioni tardive → Diabete mellito (20-40%) , patologie tiroidee 5%) o encefalite progressiva.

I bambini con sindrome rubeolica congenita devono essere considerati potenzialmente coraggiosi per almeno 1 anno.

Terapia

Trattamenti specifici diversi per i singoli sintomi ed i diversi organi o apparati, con accurati follow-up cardiologici e cardiocirurgici, oculistici, audiologici, logopedici e neuropsichiatrici.



ESANTEMA CRITICO (Esantema subitum o Sesta malattia)

Definizione

Si tratta di una malattia virale che colpisce esclusivamente bambini molto piccoli, tra i 6 ed i 18 mesi, caratterizzato da circa 3 giorni di febbre elevata, seguiti dalla comparsa di un esantema maculo-papulare diffuso della durata di 2 giorni

Eziologia

La malattia è causata da Herpes virus 6 umano (HHV6) a tropismo cutaneo e nervoso

Epidemiologia

L'uomo è l'unico ospite conosciuto.

Si verifica più frequentemente in primavera ed in autunno

Generalmente è sporadica anche se sono state descritte piccole epidemie

Modalità di contagio → Il virus è trasmesso attraverso la via oro-faringea

Periodo di incubazione → varia tra 7 e 17 giorni (di solito 10 giorni)

ESANTEMA CRITICO

(Esantema subitum o Sesta malattia)

Sintomatologia

- Febbre improvvisa ed elevata (39-41°C) con agitazione, insonnia ed irritabilità
- Tensione della fontanella bregmatica, segni di meningismo, talvolta convulsioni
- All'esame clinico solo lieve iperemia del faringe e rinite
- Dopo 3 giorni sfebbramento per crisi e comparsa dell'esantema, prevalente al tronco ed agli arti della durata di circa 2 giorni
- Con la defervescenza scompare lo stato di agitazione con ripresa dell'appetito

Diagnosi

Essenzialmente clinica.

L'esame emocromocitometrico mostra, dal 2°-3° giorno, leucopenia con linfocitosi

Diagnosi differenziale

- Rosolia
- Morbillo
- Allergia da farmaci

Prognosi → Sempre benigna

Terapia → Sintomatica

PAROTITE EPIDEMICA

Definizione

Si tratta di una malattia virale, contagiosa, caratterizzata da una tumefazione non suppurativa delle parotidi e/o di altre ghiandole salivari. L'infezione, che in 1/3 dei casi è asintomatica, lascia immunità permanente.

Eziologia

La malattia è causata da un Paramyxovirus.

Epidemiologia:

L'uomo è l'unico ospite conosciuto. È più frequente in tardo inverno e in primavera colpisce nell'85% dei casi bambini tra 5 e 15 anni.

Modalità di contagio

Il virus è trasmesso attraverso le goccioline di Flügge.

Periodo di incubazione → varia tra 14 e 24 giorni.

Periodo di contagiosità → da 24-48 ore prima a 5-7 giorni dopo la comparsa della tumefazione parotidea.

Sintomatologia

- Fase prodromica (rara nel bambino): cefalea, malessere generale, talvolta dolore alla masticazione, della durata di 12-24 ore.
- Comparsa della tumefazione che occupa la loggia parotidea, tra la mastoide e la branca ascendente della mandibola, mono o bilaterale, con sincronia o in tempi diversi.
- Caratteristiche della tumefazione → mal delimitabile, di consistenza duro-elastica, con cute sovrastante tesa e lucida.
- Nel cavo orale tumefazione in corrispondenza del dotto di Stenone.
- Possibile compromissione delle ghiandole sublinguali.
- Durata della tumefazione: 5-7 giorni.

Complicanze

Meningo-encefalite: Rara. Può insorgere prima della comparsa della tumefazione. Nel liquor pleiocitosi linfocitaria. Di solito regredisce anche se talvolta con reliquati: sordità unilaterale, paralisi del facciale, mielite trasversa, atassia cerebellare.

Pancreatite: Comparsa di dolore violento, epigastrico, "a sbarra" con senso di nausea e vomito. Talvolta rialzo termico e senso di prostrazione.

Orchite: Rara in soggetti prepuberi. Puberi → 14-35%. Insorge di solito 8 giorni dopo la localizzazione parotidea. Bilaterale nel 30% dei casi. Solo nel 30% sterilità.

Sintomatologia: Testicolo tumefatto, arrossato ed edematoso, febbre, dolori basso ventre

Dacrioadenite → Tumefazione dolorosa, mono o bilaterale della palpebra superiore

Altre localizzazioni → Tiroiditi, Miocarditi, Ooforiti, Mastiti

Diagnosi

Clinica nei casi tipici o in corso di epidemia

Può essere isolato il virus dalla saliva, dalle urine o dal liquor

Anticorpi fissanti il complemento → 4 volte i valori normali

Terapia

Essenzialmente sintomatica

Controverso l'impiego dei cortisonici nelle orchiti

Terapia parenterale e Somatostatina nelle pancreatiti

Prognosi

Nella quasi totalità dei casi favorevole

Profilassi → Vaccinazione

VARICELLA

Definizione

Si tratta di una malattia virale, altamente contagiosa, caratterizzata da un esantema vescicoloso, a gettate successive, ad evoluzione asincrona

Eziologia

Il virus Varicella-Zoster è uno stesso virus ed appartiene alla famiglia delle Herpesviridae

Epidemiologia

E' più frequente tra gennaio e maggio

Modalità di contagio: Il virus è trasmesso attraverso le goccioline di Flügge

Periodo di incubazione: varia tra 11 e 21 giorni (media 14)

Periodo di contagiosità: da 24-48 hh prima dell'esantema fino alla fase crostosa (6 giorni)

Nota → In età neonatale può verificarsi il contagio per scarso passaggio di anticorpi o scarso tasso materno

VARICELLA

Sintomatologia

Fase prodromica: Sintomi aspecifici per 1-2 giorni: anoressia, cefalea, malessere

Fase esantematica: Comparsa. In 3-4 giorni, a gettate successive, di vescicole che si trasformano in croste, di solito sulle parti coperte (tronco, arti) → Caratteristica eruzione "a cielo stellato".

Elementi cutanei spesso pruriginosi.

Febbre non caratteristica

Complicanze

- Superinfezione batterica delle lesioni (Stafilo e Strpto): la più frequente
- Polmonite: di solito ruolo diretto del virus
- Encefalite: nel 15% relinquiati (convulsioni, ritardo mentale, disturbi comportamentali)

Diagnosi

Clinica e facile nella forma caratteristica. Gli anticorpi specifici sono diagnostici

L'esame emocromo non mostra caratteristiche significative.

VARICELLA

Prognosi

Si tratta di una malattia benigna.

La prognosi può essere grave in: pazienti leucemici, immunodepressi ed in pazienti in trattamento con cortisonici

Terapia

Sintomatica: antifebbrili (non ac. Acetilsalicilico), antistaminici, antivirali (acyclovir)

Profilassi → Attualmente vaccinazione

SCARLATTINA

La scarlattina è una malattia infettiva acuta contagiosa, caratteristica dell'età pediatrica, che si manifesta con febbre e angina ed è caratterizzata da insorgenza di esantema puntiforme (a capocchia di spillo).

La scarlattina è causata da un'esotossina pirogena, prodotta da alcuni Ceppi di Streptococcus pyogenes (streptococchi beta emolitici di gruppo A). Questo patogeno può essere responsabile dello sviluppo della malattia reumatica.

Trasmissione

La trasmissione, sebbene più complicata rispetto alle infezioni virali, avviene attraverso le vie aeree per contatto con il muco o la saliva di un paziente infetto (emesse ad esempio con un colpo di tosse o semplicemente parlando). Il batterio penetra attraverso le mucose delle vie aeree superiori e determina l'infezione.

Il picco di incidenza si verifica nel tardo autunno-inverno ed in primavera. È rara sotto 2 anni di vita ed è più frequente in età scolare.

Periodo di incubazione →2-5 giorni

Contagiosità

I malati sono contagiosi 1-2 giorni prima dello sviluppo dei sintomi e per tutta la durata della malattia se non viene instaurata una adeguata terapia.

In caso di trattamento antibiotico adeguato (Penicilline) il bambino non è più contagioso dopo 48 ore dall'inizio della terapia

Sintomatologia

In genere dopo 2-5 giorni dal contagio compaiono i primi sintomi:

Periodo prodromico o pre esantematico

La sintomatologia inizia in modo brusco con febbre (39°-40 °C causata da tossine pirogeniche) brividi, cefalea, nausea e vomito, angina rossa ovvero una infiammazione delle tonsille e della faringe che, si

manifesta

con senso di costrizione alla gola e deglutizione dolorosa ed enanema (la lingua si ricopre dapprima di una patina bianca e poi, desquamandosi, diventa di colore rosso vivo con papille ipertrofiche a 'lampone').

Enantema della lingua



Periodo esantematico

Entro 12-48 ore compare il tipico esantema rosso scarlatto che inizia all'inguine, alle ascelle e al collo (segno di Pastia), per poi generalizzarsi, nell'arco di 24 ore, a tutto il corpo.

Anche il viso appare di colore rosso scarlatto tranne nella zona del naso, della bocca e del mento che, con il loro pallore, contrastano con l'arrossamento restante del volto.

Questa distribuzione dell'esantema conferisce al volto un caratteristico aspetto noto come "maschera scarlattinosa".

Le manifestazioni cutanee hanno l'aspetto di microelementi a capocchia di spillo di colore rosso scarlatto, fittissimi non confluenti fra loro, che si scolorano alla pressione (segno della mano gialla) e al tatto residua una particolare sensazione di ruvidità (a carta vetrata)

L'esantema si attenua in 3-4 giorni lasciando il posto ad una desquamazione in lamelle fini che inizia al volto e prosegue al tronco, alle mani e ai piedi.

Diagnosi

La diagnosi si basa sulla clinica e sulla comparsa del caratteristico esantema confortata dall'esame colturale del tampone faringeo.

Esistono anche test rapidi (sempre su tampone faringeo).

Il titolo antistreptolisinico del siero aumenta progressivamente nel corso di 2-3 settimane.

Prognosi e complicanze

La prognosi è 2-3 settimane e le complicanze scarse se la scarlattina viene curata in modo corretto con gli antibiotici specifici.

Possibili complicanze in caso di non corretta diagnosi e trattamento possono essere rappresentate da febbre reumatica o reumatismo articolare acuto e glomerulonefrite acuta.

Terapia

La terapia va attuata con antibiotici attivi sull'infezione streptococcica (penicillina benzatina, amoxicillina, cefalosporina).

Inoltre si somministrano antifebbrili e si cerca di idratare adeguatamente il paziente.

Profilassi

- Evitare contatti del bambino con persone già contagiate o affette da questa patologia.

La legge italiana prevede la riammissione a scuola dopo 2 giorni dall'inizio della terapia antibiotica.

- La malattia non dà immunità permanente

Essendo presenti diversi ceppi di questo streptococco, questa malattia si può contrarre più volte ma l'esantema si verifica solo la prima volta.

- Attualmente, la precoce somministrazione della terapia antibiotica limita la permanenza dello streptococco nell'organismo con conseguente minore risposta immunitaria alla malattia → riduzione delle complicanze

Pertosse-1

Definizione:

Si tratta di una malattia batterica, altamente contagiosa, caratterizzata da vari stadi di evoluzione

Eziologia:

Bordetella Pertussis, bacillo gram-negativo, immobile

Epidemiologia:

La malattia è endemica nel mondo con epidemie ogni 2-4 anni. Colpisce tutte le età e la metà dei casi in età inferiore ai 2 anni: Femmine più colpite dei maschi.

Modalità di contagio: Il virus è trasmesso attraverso le goccioline di Flügge

Periodo di incubazione: varia tra 6 e 20 giorni (media 7-10)

Periodo di contagiosità: alta nel periodo catarrale e parossistico. Il rischio può estendersi anche a 30 giorni

Pertosse-2

Sintomatologia:

Fase catarrale: Sintomatologia da comune malattia respiratoria: 1-2 settimane

Dati caratteristici:

- Discordanza tra intensità della tosse catarrale e reperto toracico negativo
- Comparsa della tosse nelle ore notturne
- Resistenza ai comuni prodotti antitussigeni
- Modifiche della tosse: da catarrale a secca e non viceversa

Fase parossistica: periodo di tosse accessuale, Durata 2- 4 settimane

Fase di convalescenza: progressivo diradarsi della frequenza e intensità degli accessi. Tosse di nuovo catarrale. Possibilità di tosse "pertussioide" per 6 mesi

Diagnosi:

Clinica e facile nella fase parossistica. Anticorpi specifici contributivi

Possibilità di cultura dal muco naso-faringeo solo nelle prime settimane

Emocromo: leucocitosi con linfocitosi assoluta. Rx del torace: reperti non specifici

Complicanze:

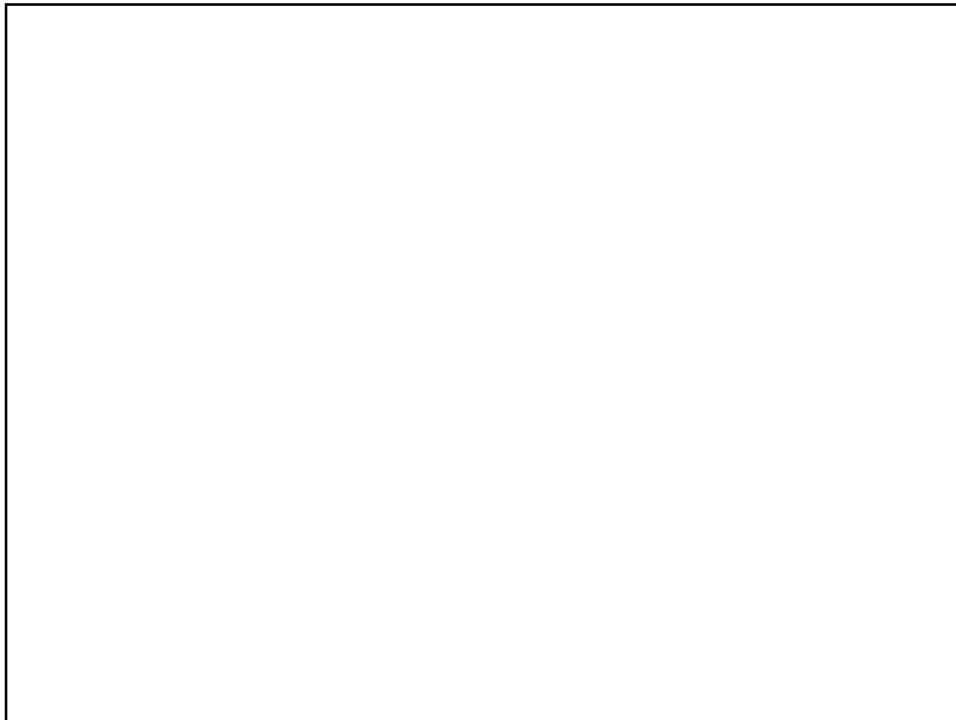
Broncopolmoniti interstiziali (B. pertussis) e batteriche (Strepto, Stafilo, Pneumo)

Encefalopatie

Terapia: Antibiotici (macrolidi), Salbutamolo, Cortisonici (impiego controverso)

Prognosi: Raramente grave: letalità nel 1% dei casi sotto l'anno di vita

Profilassi: Vaccinazione



MONONUCLEOSI-1

Definizione:

Si tratta di una malattia acuta, virale, scarsamente contagiosa, caratterizzata da febbre, angina, linfadenomegalia, epato-splenomegalia e, talvolta, rash cutaneo

Eziologia:

Epstein barr virus (EBV), a DNA, della famiglia degli Herpes virus

Epidemiologia:

Può colpire tutte le età anche se è rara sotto i 2 anni. La sieropositività aumenta con l'età.

Modalità di contagio: Il virus è trasmesso attraverso il sangue e la saliva

Periodo di incubazione: varia tra 30 e 50 giorni negli adolescenti. Più breve nei bambini

Periodo di contagiosità: Il virus viene eliminato con la saliva poco prima e durante le manifestazioni cliniche. Talvolta per 6 mesi o, eliminazione intermittente, per tutta la vita. Nei pazienti immunocompromessi l'EBV spesso si riattiva e nel 60% diffonde il virus.

Patogenesi:

Bersaglio iniziale sono le cellule epiteliali del faringe con infezione dei linfociti B e poi diffusione attraverso il sistema linfatico alla maggior parte degli organi

Nota: Virus oncogenetico responsabile di Linfoma di Burkitt o di Ca del nasofaringe

MONONUCLEOSI-2

Sintomatologia:

Fase prodromica: astenia, malassere, cefalea, algie addominali

Fase clinica: faringodinia, febbre moderata, linfadenomegalia cervicale o diffusa, Epatomegalia (> transaminasi nel 80%), splenomegalia (50%), esantema maculare e/o papulare al tronco e agli arti (8%).

Complicanze:

Meningite a liquor limpido, Encefalite, Miocardite, Pericardite, Anemia emolitica, Porpora piastrinopenica, Polmonite interstiziale.

Diagnosi:

Es. emocromocitometrico: linfomonocitosi con linfociti "atipici" (a cielo stellato), talvolta conpiastrinopenia.

Sierodiagnosi di Paul-Bunnell: spesso negativa nelle prime settimane.

Anticorpi specifici: IgM VCA (positivi all'esordio e per 1-2 mesi); IgG VCA (persistono tutta la vita); IgM e IgG EBNA (tardivi e persistono per tutta la vita)

Diagnosi differenziale:

Angine batteriche, Rosolia, Toxoplasmosi, Cytomegalovirus, Leucemie

Terapia:

Essenzialmente sintomatica. Cortisonici nelle forme complicate.

Acyclovir sembra bloccare la diffusione oro-faringea ma non modificare l'evoluzione.

LEISHMANIOSI

Definizione:

Si tratta di una malattia acuta, causata da diverse specie di Leishmanie, parassiti protozoari capaci di causare lesioni cutanee, ulcerazioni della mucosa oro-nasale o disseminazione viscerale, trasmessi all'uomo da insetti vettori del genere Phlebotomus. Il serbatoio è costituito da cani e da alcuni roditori.

Eziologia: Diverse specie di Leishmania (L. Donovanii, L. chagasi, L. infantum)

Epidemiologia: Ha un'ampia estensione geografica che coinvolge milioni di persone.

Patogenesi: Il Phlebotomo s'infetta succhiando il sangue di mammiferi parassitati. La forma amastigote, prevenuta nello stomaco, evolve in promastigote, che si moltiplica attivamente, giunge nel faringe del vettore e viene inoculata nell'ospite definitivo (uomo) all'atto della puntura.

Periodo di incubazione: 4-10 mesi

Sintomatologia: Esordio insidioso con astenia, pallore, febbre subcontinua, talvolta bifasica (assente per giorni), splenomegalia, epatomegalia, Anemia con leucopenia e piastrinopenia.

Diagnosi:

- Presenza di Leishmanie nel midollo e/o nella milza
- Test immunoenzimatico su sangue con antigene specifico ricombinante

Terapia: Anfotericina B liposomiale

TOXOPLASMOSI-1

Definizione:

Si tratta di una malattia acuta dell'uomo e di molti animali domestici causata da un protozoo

Eziologia: Toxoplasma gondii

Epidemiologia: E' l'infezione più diffusa in natura con una maggiore incidenza nelle regioni caldo-umide

Periodo di incubazione: 7 giorni per l'infezione acquisita

Patogenesi: L'infezione avviene per via orale attraverso l'ingestione di carne cruda o poco cotta o assunzione di vegetali contaminati da oocisti di gatto. Aumentato rischio se stretti rapporti con il gatto, ospite definitivo del Toxoplasma.

Ciclo infettivo: Gatto → moltiplicazione intestinale dei parassiti (oocisti) → dopo 7-24 Giorni escrezione delle oocisti → dopo 24-72 ore maturazione delle stesse → contagiosità → Animali infetti → uomo

Tipi di infezione: a) Acquisita; b) Congenita per trasmissione transplacentare

TOXOPLASMOSI-2

Toxoplasmosi acquisita:

Definizione: Si tratta di un'infezione sistemica proliferativa caratterizzata dalla formazione di cisti → morte della cellula colpita → focolai di necrosi → calcificazioni.

Sintomatologia: Solo nel 20% delle infezioni evolve verso uno stato di malattia nei soggetti immunocompetenti. Aspetti clinici più frequenti:

- **Forma linfoghiandolare:** di solito linfonodi latero-cervicali, a volte dolenti ma non suppurati. L'evoluzione è benigna ma con linfonodi immodificati anche per mesi.
 - b) **Forma sistemica:** febbre, cefalea, artralgie, epato-splenomegalia.
 - c) **Forma oculare:** Corioretinite (rara 1%) nella infezione acquisita. La sintomatologia è caratterizzata da: visione indistinta, scotomi, dolori, fotofobia, strabismo, perdita della Visione centrale (se interessata la macula)
- Ipotesi patogenetica: risposta allergica successiva alla rottura delle cisti

Nel paziente immunocompromesso l'infezione può essere fuminante e fatale.

Nel 50% dei casi encefalopatia diffusa o meningo-encefalite o lesioni localizzate con Convulsioni e deficit neurologici focali. Può colpire anche polmoni o cuore.

TOXOPLASMOSI-3

Toxoplasmosi congenita:

Definizione: E' legata alla trasmissione del Toxoplasma dalla madre al feto se la madre ha acquisito l'infezione durante la gravidanza.

L'incidenza di infezione è in relazione diretta all'età gestazionale:

I trimestre: 17% II trimestre: 35% III trimestre: 65%

Il grado di danno fetale è in proporzione inversa

Ad eccezione della gravidanza non è possibile altro contagio interumano

Sintomatologia:

> Nel 60-70% le difese opposte dalla barriera placentare in associazione alle risposte immunologiche materne consentono la nascita di un neonato sano.

> Nel 30-40% avviene la trasmissione con conseguenze diverse:

a) Infezione asintomatica (2/3 dei casi); b) aborto; c) morte fetale tardiva; d) fetopatia

> Nel 20% manifestazioni generalizzate: a) Anemia; b) Ittero; c) epatomegalia; d) Gravi quadri neurologici (microcefalia, idrocefalo, convulsioni, calcificazioni)

> Nel 10% lesioni localizzate a livello oculare: Corioretinite

NOTA: Anche neonati subclinici possono sviluppare a distanza una corioretinite:

Importanza del fondo oculare

TOXOPLASMOSI-4

Diagnosi:

a) Prove sierologiche: diagnosi più facile

b) Isolamento del protozoo dai liquidi organici

c) Istologia dei linfonodi

d) Nel neonato: accurata indagine anamnestica, attento esame clinico, visita oculistica, indagini sierologiche

Prognosi:

• **Toxoplasmosi acquisita:** Grave solo nei pazienti immunocompromessi sintomatici,

b) **Toxoplasmosi congenita:** sempre grave per sequele neurologiche ed oculari.

Nota: Anche neonati con infezione inapparente alla nascita → possibile cecità tardiva

Terapia:

Toxoplasmosi acquisita: linfadenopatia in immunocompetenti → nessuna terapia
Malattia grave in immunocompromessi → Sulfadiazina e Pirimetamina x 4 settimane

Toxoplasmosi congenita: se malattia → associazione Sulfadiazina e Pirimetamina

Prevenzione: Consigli ad una donna in gravidanza:

a) Non toccare carni crude; b) mangiare carne ben cotta; c) lavarsi sempre le mani;

d) Lavare bene frutta e verdura; e) evitare contatti con gatti e soprattutto con le feci.