

SPECIALE



Scabbia

- * *Agente causale e suo ciclo biologico*
- * *Modalità di trasmissione*
- * *Aspetti clinici*
- * *Diagnosi*
- * *Igiene personale e misure sanitarie*
- * *Terapia*
- * *Modalità di terapia*

La scabbia la grande simulatrice

Autore: Dr. **LUCIANO SCHIAZZA**

Specialista in Dermatologia e Venereologia

Specialista in Leprologia e

Dermatologia Tropicale

Via XX Settembre, 3/2- Genova

Tel. 010.590270

e-mail: schiazza@lucianoschiazza.it

www.lucianoschiazza.it

La scabbia è una delle più antiche malattie parassitarie, essendosi trovate tracce del parassita nelle mummie egiziane. La scoperta dell'agente causale, l'acaro, risale al 1687 e pertanto la scabbia può essere classificata come la prima malattia del genere umano della quale si conosceva la causa. Sfortunatamente passarono due secoli prima che tale scoperta fosse accettata dal mondo scientifico.

Comunemente si ritiene che essa sia appannaggio delle classi sociali più disagiate, o di chi vive in condizioni igieniche scadenti: parzialmente vero in quanto le condizioni socioeconomiche dei pazienti affetti da scabbia sono oramai rappresentative della popolazione in generale, senza distinzione di livello economico, di occupazione, di età o scolarità.

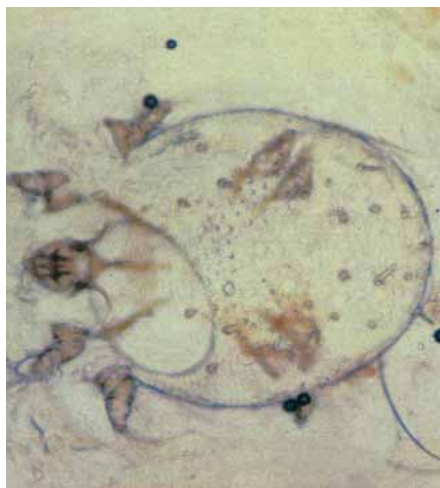
Storicamente le epidemie di scabbia si manifestano in cicli di 30 anni con pause di 15 anni tra di loro. Di questo non vi è soddisfacente spiegazio-

ne. Due sono stati i picchi negli ultimi 50 anni: uno alla metà degli anni 40 e un secondo nella seconda metà degli anni 60 su base mondiale e nei primi anni 70 negli Stati Uniti. Per meglio comprendere tale infestazione analizzeremo:

- * l'agente causale ed il suo ciclo biologico.
- * le modalità di trasmissione.
- * gli aspetti clinici.
- * la terapia.

Agente causale e suo ciclo biologico

La scabbia è causata da un acaro, *il Sarcoptes Scabiei var. hominis* (famiglia Sarcoptidae, sottordine Astigmata, ordine Acarina, classe Arachnida).



È un parassita obbligato dell'uomo (l'uomo è il suo ambiente naturale), invisibile ad occhio nudo, di forma ovoidale, appiattito ventralmente e convesso come una tartaruga sul dorso, di piccole dimensioni (la femmina adulta è lunga 0.4mm e larga 0.3mm, il maschio ha una lunghezza di 0.2 mm e una larghezza di 0.15 mm).

La femmina è dotata di quattro paia di arti: le due paia posteriori terminano con lunghe setole mentre le due paia anteriori sono dotate di ventose che permettono all'acaro di aggrapparsi alla cute dell'ospite, favorendone i movimenti.

Il maschio ha le due paia di arti anteriori come nella femmina mentre solo il terzo paio termina con setole; il quarto paio rassomiglia alle due paia anteriori.

L'acaro si muove con rapidità sulla cute, percorrendo 2.5 cm al minuto. Sono contagianti le femmine gravide, le larve e le uova; i maschi (vivono per circa 45 giorni e non penetrano nella pelle) muoiono poco dopo l'accoppiamento.

La femmina fecondata resta sulla superficie cutanea sino a quando le uova sono quasi mature (è questo il periodo durante il quale esse possono contagiare per contatto altri individui) dopodiché scava nello strato cor-

neo della pelle una galleria nella quale si annida.

Impiega circa un'ora per introdursi completamente nello strato corneo e prosegue nel suo "scavo" in maniera parallela alla superficie cutanea alla velocità di circa 0.5-5mm al giorno. L'acaro femmina rimane nel suo cunicolo per il resto della sua vita, nutrendosi delle linfa dell'ospite e del materiale proveniente dai tessuti circostanti (lisato tissutale).

Dopo poche ore dallo scavo del cunicolo, la femmina gravida inizia a deporre le uova al ritmo di 2-3 al giorno, per un periodo massimo di due mesi, dopodiché muore. La femmina di trova nella parte terminale anteriore del cunicolo mentre le uova si trovano dietro di essa. La velocità di movimento dell'acaro ha poca influenza sul ritmo di produzione delle uova. Nell'arco di 3-4 giorni le uova si schiudono e danno origine alle larve (primo stadio immaturo dello sviluppo), dotate di tre paia di arti. Le larve escono dal cunicolo sulla superficie cutanea per cercare rifugio e probabilmente cibo nei follicoli piliferi dell'ospite: scavano a loro volta altri cunicoli dove proseguono nella loro evoluzione nei due stadi di ninfa (protoninfa e tritoninfa, dotate di quattro paia di arti come l'adulto).

I due stadi ninfali che precedono l'adulto si trovano anche nei follicoli piliferi. Le ninfe diventano adulte in circa 4-6 giorni dalla schiusa delle uova.

I maschi adulti non si trovano facilmente e non vivono a lungo come le femmine. Essi costruiscono solo corti cunicoli (meno di 1 mm) e passano la maggior parte della loro vita sulla superficie cutanea in cerca di femmine non gravide.

Anche le femmine non gravide scavano piccoli cunicoli, nei quali rimangono



no per 1-2 giorni. La copulazione avviene probabilmente sulla superficie cutanea: vi è un alto tasso di mortalità in questo stadio di ricerca reciproca sia per i maschi sia per le femmine.

Il periodo che intercorre tra l'uovo e la femmina gravida è di 10-14 giorni.

Modalità di trasmissione

La femmina adulta sopravvive in un ambiente umido (tra il 40 e 80% di umidità) e temperature comprese tra 25° e 35°C: al di sotto dei 20°C ed al di sopra dei 55°C muore. Non sopravvive più di 2-5 giorni al di fuori dell'ospite umano.

Questa premessa è doverosa per comprendere come il contagio, nella grande maggioranza dei casi, sia prevalentemente interumano.

Per la trasmissione dell'infestazione è necessario un **contatto fisico diretto** prolungato con la persona ammalata.

Ciò potrà avvenire:

* con i rapporti sessuali (la scabbia

viene inclusa nelle malattie sessualmente trasmissibili: a differenza però della sifilide o della gonorrea la cui trasmissione avviene frequentemente dopo breve contatto sessuale, la scabbia si trasmette quando i partners trascorrono la notte assieme).

* condividendo lo stesso letto.

* tramite l'allattamento.

* medicando senza precauzioni individui affetti.

Maggiore è il numero dei parassiti presenti su di un individuo, maggiore è la possibilità della trasmissione.

Il lungo periodo di incubazione, in soggetti che contraggono la malattia per la prima volta (prima infezione), rende spesso difficile rintracciare la fonte di contagio.

Il **contagio indiretto** avviene tramite oggetti venuti in contatto con il malato (lenzuola, vestiti, asciugamani, coperte ecc.); una frettolosa stretta di mano od un abbraccio sono una rara possibilità di infestazione.

Aspetti clinici

Durante le prime 4-6 settimane dell'infestazione la scabbia non dà sintomi, nonostante gli acari continuino ad aumentare di numero e si infiltrino nello strato corneo.

Il perché intercorrano parecchi giorni prima che la malattia si manifesti è legato al fatto che il prurito che disturba il paziente è di origine allergica, ossia legato ad una risposta immunitaria del soggetto nei confronti dell'acaro.

Quindi, specialmente nella prima infezione, la presenza del parassita viene svelata dopo parecchi giorni dal contagio (un mese in media), permettendogli di moltiplicarsi indisturbato.

Nel caso in cui un soggetto venga contagiato nuovamente, dopo essersi curato e guarito dall'infestazione, in questo caso il prurito comparirà dopo sole 24-96 ore egli era già stato sensibilizzato all'acaro precedentemente.

Sulle modalità della sensibilizzazione, si ritiene che questa si attui a

seguito del contatto di fluido intercellulare proveniente dalle zone più profonde della cute con antigeni solubili (probabilmente derivati dal corpo dell'acaro), saliva, altre secrezioni corporee e feci del parassita; questo materiale acquoso rappresenta un mezzo ideale affinché gli antigeni solubili possano diffondere nel derma e stimolare la reazione immunitaria.

Il periodo necessario alla sensibilizzazione dell'organismo all'acaro può variare, riducendosi a due settimane o allungandosi sino ad un anno. Solo ed esclusivamente quando si sviluppa la reattività immunologica l'ospite scopre in maniera improvvisa il problema.

Questo lungo periodo di incubazione giustifica la gravità del problema nei dormitori, nelle residenze per anziani e nelle strutture sanitarie, in quanto vi è tempo per la diffusione della malattia tra i dipendenti ed i pazienti prima che qualcuno manifesti i sintomi.

L'incubazione dura in media 3-4 settimane nel caso di prima infezione

mentre è più breve (1-3 giorni) nel caso di reinfestazione.

Il sintomo caratterizzante la scabbia è il **prurito**: è un prurito generalizzato caratteristicamente notturno, che si manifesta gradualmente.

L'intensità dell'infestazione parassitaria (numero di acari) nel momento in cui viene formulata la diagnosi non è in relazione con l'intensità del prurito lamentata dal paziente.

Capita infatti che pazienti con un prurito intollerabile siano infestati solo da alcuni acari mentre altri con un alto numero di parassiti ne abbiano poco.

La lesione caratteristica della malattia è il **cunicolo scabbioso**: occorre però precisare che nella maggioranza dei casi esso non è evidente.

Quando presente, esso appare come una piccola zona rilevata, sinuosa, filiforme, lunga qualche millimetro localizzata in prevalenza in aree scarse di follicoli pilo-sebacei quali gli spazi interdigitali delle mani e la superficie flessoria dei polsi, dove la pelle è più sottile. Esso corrisponde al tragitto compiuto dalla femmina adulta nello strato corneo. Ad una estremità del cunicolo si può apprezzare un piccolo rilievo simile ad una capocchia di spillo denominato **vescicola perlacea** per il suo aspetto traslucido: qui si trova l'acaro mentre il resto del percorso è occupato dalle uova e dalle feci da lui deposte.

Nei bambini sono comuni

- le manifestazioni eczematose,
- la distribuzione al capo e alle **regioni palmo-plantari** (tipicamente risparmiate nell'adulto),
- l'infezione batterica secondaria con pustole,
- l'impetiginizzazione.





Negli anziani si apprezza di solito una minore risposta infiammatoria presumibilmente per una diminuita competenza immunitaria dell'individuo, che tuttavia non necessariamente significa minor intensità del prurito. Nei pazienti allettati o con limitata mobilità le lesioni si localizzano particolarmente sulle natiche e sul dorso.

Altre lesioni proprie della malattia sono le **papule** e i **noduli** infiammatori oltre a manifestazioni aspecifiche quali eczema ed escoriazioni.

Nell'adulto si osservano

- a livello della parte inferiore dei glutei, nella piega dove si congiungono con la parte superiore delle cosce,
- nella regione genitale maschile,
- nella zona areolare mammaria femminile,



- nella regione ombelicale,
- sui pilastri anteriori delle ascelle,
- sui fianchi,
- sulla superficie estensoria dei gomiti.

Nel bambino è facile osservare la prevalenza di escoriazioni talora infette rispetto alle lesioni tipiche.

Nel lattante è caratteristico l'interessamento palmo-plantare, del viso e del cuoio capelluto.

La scabbia è l'esempio di una malattia nella quale sono solitamente presenti contemporaneamente vari tipi di lesioni (**malattia polimorfa**).

Purtroppo però la malattia non si presenta sempre manifesto con i classici segni: l'igiene della persona oggi è consuetudine e trovare lesioni specifiche è sempre più raro.

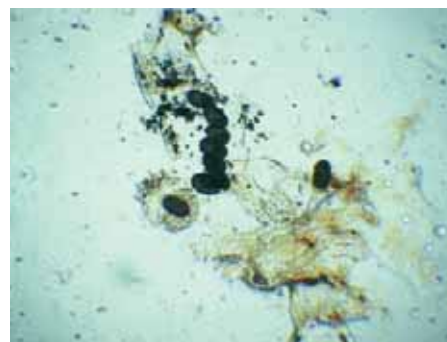
Diagnosi

Per formulare diagnosi di scabbia occorre seguire alcuni criteri, per non essere ingannati da quella che è stata definita la "grande simulatrice": infatti escoriazioni secondarie, eczematizzazioni e infezioni caratterizzano molte patologie cutanee pruriginose, rendendo così più difficile l'approccio diagnostico.

Occorre quindi prestare molta attenzione a:

- **descrizione del prurito** (massimo di notte, tale da impedire talvolta il sonno),
- **tipo e localizzazione delle lesioni** (es. lesioni crostose impetiginizzate pruriginose sulle natiche devono far sorgere il sospetto della scabbia).
- **anamnesi** (presenza in famiglia di altre persone con prurito o frequentazione di persone che lamentano prurito).

E' necessario perciò **osservare con estrema accuratezza ogni singola lesione** e soprattutto conviene avvalersi di un esame di laboratorio, l'esame al microscopio di frammenti di tessuto corneo prelevato con un bisturi in corrispondenza di una lesione sospetta che consente la **ricerca diretta del parassita, delle sue uova e/o delle sue feci**.



Anche l'uso di corticosteroidi per via topica, prescritti per una gran varietà di patologie cutanee pruriginose, spesso senza prescrizione del medico curante ma per passaparola di amici e vicini di casa, può rendere più difficile la diagnosi. Infatti essi determinano un apparente miglioramento dei sintomi della scabbia in quanto riducono il prurito e attenuano le eruzioni cutanee, limitando così i segni tipici della malattia. A questo si aggiunge che il loro uso non riduce la capacità infestante del soggetto, anzi facilita la sua capacità di trasmettere ad altri la malattia.



poiché l'apparente miglioramento e la riduzione dell'imbarazzante prurito favoriscono le relazioni sociali; ciò ritarda la diagnosi corretta e facilita l'infestazione di altri individui, specialmente in strutture sanitarie e residenziali.

Occorre inoltre tener conto che altre malattie dermatologiche causano un fastidioso prurito e quindi occorre differenziare il prurito della scabbia da quello ad esempio della dermatite atopica, della dermatite da contatto, dell'impetigine, delle punture di insetto e della neurodermite.

Igiene personale e misure sanitarie.

L'acaro della scabbia non è in grado di sopravvivere per lunghi periodi al di fuori dell'ospite: infatti di solito muore nel giro di pochi giorni. Naturalmente la sopravvivenza al di fuori dell'ospite dipende dalla temperatura ambientale e dall'umidità rela-

tiva. Più è bassa la temperatura e più alta l'umidità relativa, più lunga è la sua sopravvivenza.

Specialmente nell'ambito di strutture residenziali per anziani si impongono rigorose norme di igiene per il personale e una regolare pulizia degli ambienti, con frequente ricambio di lenzuola e federe, oltre a quelle necessarie per ridurre la contaminazione di oggetti inanimati, sui quali (letti, pavimenti, mobilio) talvolta sono ritrovati acari vivi.

Il lavaggio in lavatrice di lenzuola, federe, ecc. ad almeno 49°C determina la morte dell'acaro in 10 minuti.

Terapia

Premessa doverosa: **la terapia deve essere prescritta sempre e solamente dal medico.**

NO alle terapie "fai da te" o suggerite.

La terapia attualmente si basa sull'uso di sostanze da applicare

sulla cute, con vari protocolli a seconda del composto chimico, in genere con due applicazioni a distanza di 7-10 giorni l'una dall'altra.

La parte più difficile del trattamento è quella da attuarsi nei confronti dei contatti asintomatici, ossia di coloro che potenzialmente sono già contagiati perché sono stati a stretto contatto con il paziente ammalato, non hanno ancora sviluppato i sintomi della scabbia ma sono in grado di diffondere la malattia. Queste persone spesso sono scettiche nell'intraprendere il trattamento, ritenendosi non ammalati poiché non presentano sintomi.

Ma è durante il periodo che precede la sensibilizzazione che il soggetto è maggior fonte di infestazione perché inconscio portatore dell'infestazione.

Coinvolgere nella cura tutte le persone a stretto contatto con l'ammalato è quindi la base di una efficace eradicazione del parassita e l'unico modo per circoscrivere e limitare la diffusione della scabbia.

Il prurito (più lieve e non notturno) può persistere anche un mese dopo il termine della terapia poiché i suoi resti (materiale antigenico) ancora presenti nell'epidermide e nel derma possono infatti continuare a stimolare la risposta immune.

A questo punto è sufficiente un trattamento sintomatico, non più anti-parassitario, per eliminare la residua sintomatologia pruriginosa.

La persistenza perciò del prurito alla fine del trattamento e per un certo periodo dopo il suo termine (ma non più con le tipiche caratteristiche di accentuazione notturna tali da impedire il sonno quali si hanno durante la malattia) non

deve essere perciò intesa come fallimento della terapia antiscabbia: questo per evitare che il paziente prolunghi di propria iniziativa la terapia, la quale, se impropriamente ed arbitrariamente utilizzata, può determinare effetti irritativi (che accentuano e prolungano il prurito) oltre che rischi di assorbimento della medicazione antiparassitaria. La scabbia però non dà immunità da altri contagi. Per cui se una persona, dopo essersi correttamente curata, sente ricomparire un prurito che peggiora durante la notte, è bene che si faccia ricontrollare dal medico: potrebbe trattarsi di una nuova infestazione.

Modalità di terapia

Il prodotto antiscabbia va applicato dopo il bagno o la doccia, su cute asciutta (dopo essersi asciugati, lasciare passare alcuni minuti prima di iniziare il trattamento), dal collo in giù, con particolare attenzione alle regioni palmari e plantari, tra le dita delle mani e dei piedi, alle aree intertriginose (pieghe ascellari e inguinali), sotto le unghie delle mani e, nel caso del bambino, anche sul cuoio capelluto.

Nel caso in cui le mani vengano lavate entro 8 ore dall'applicazione, occorre riapplicare il prodotto.

Il trattamento deve essere eseguito **contemporaneamente** da tutti i membri del nucleo familiare in stretto contatto con il paziente, dal partner sessuale, anche se in assenza di prurito, per evitare possibili reinfezioni.

È importante che vengano seguite fedelmente le istruzioni al fine di evitare applicazioni per periodi superiori a quelli prescritti: infatti capita che il paziente, lamentando



ancora un po' di prurito al termine del ciclo terapeutico, scambi la lieve dermatite pruriginosa che segue la terapia come persistenza

della malattia e tenda a prolungare le applicazioni di qualche giorno, peggiorando il quadro.

La biancheria intima di cotone, le calze, le federe dei cuscini, le lenzuola, gli asciugamani usati dal paziente nei due giorni precedenti vanno lavati a 60°C e stirati con il ferro a vapore; valido anche il lavaggio "a secco".

Ciò che non può essere lavato a questa temperatura verrà messo in un sacco di plastica per 1 settimana: l'acaro se non riesce a nutrirsi nell'arco di una settimana, muore.. Per i materassi e le coperte si utilizzerà un antiparassitario in polvere (trattati per 48 ore).

Può essere utile passare l'aspirapolvere nell'intero appartamento, avendo cura, al termine, di eliminare il sacchetto di raccolta.

Cosa dice la legge: misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica

Provvedimenti nei confronti del malato:

" Allontanamento da scuola o dal lavoro fino al giorno successivo a quello di inizio del trattamento.

* Per i soggetti ospedalizzati o istituzionalizzati, isolamento da contatto per 24 ore dall'inizio del trattamento."

Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:

" Sorveglianza clinica per la ricerca di altri casi di infestazione; per i familiari e per i soggetti che abbiano avuto contatti cutanei prolungati con il caso è indicato il trattamento profilattico simultaneo.

* In caso di epidemie è indicato il trattamento profilattico dei contatti. Lenzuola, coperte e vestiti vanno lavati a macchina con acqua a temperatura maggiore di 60°C; i vestiti non lavabili con acqua calda vanno tenuti da parte per una settimana, per evitare reinfezioni."