

Malattie Esantematiche



*Dott.ssa Ilaria Pezone
UOC Pediatria e Neonatologia
Ospedale San Giuseppe Moscati Aversa
ASL Caserta*

perche' importante riconoscere un esantema

- **Causa molto frequente di richiesta di visita in guardia medica o di accesso al pronto soccorso**
- **Espressione di patologia seria (kawasaki, sepsi, condizione d'immunodeficit del paziente)**
- **Conseguenze sulla collettività (esantema contagioso, necessità d'isolamento)**

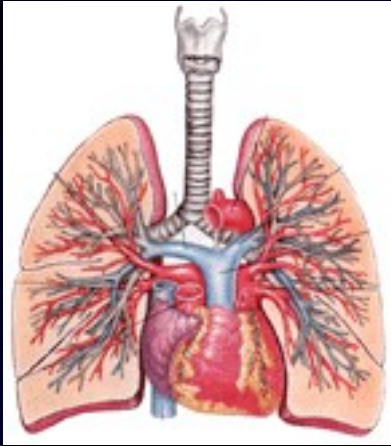
Esantemi

- Eruzioni cutanee che si manifestano in corso di:
 - Patologie non infettive (ad es. reazioni allergiche)
 - Malattie infettive:
 - Rappresentano il sintomo principale (malattie esantematiche propriamente dette)
 - Presenti con frequenza variabile, ma non costituiscono l'elemento caratterizzante il quadro clinico (ad es. mononucleosi, rickettiosi)

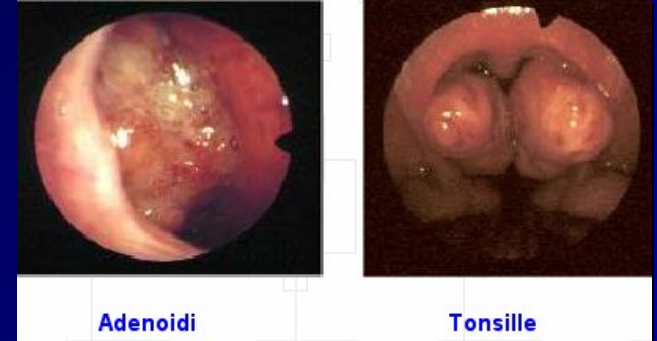
Esantemi infettivi

VARICELLA

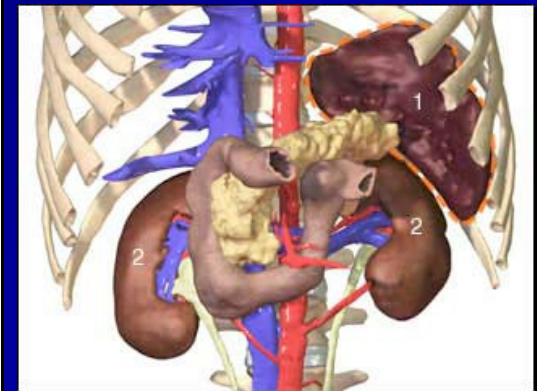
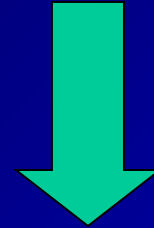
- **VIRUS A DNA. Famiglia degli *Herpesvirus***
- **trasmissione per contatto diretto, il virus eliminato con le secrezioni rinofaringee ed il liquido delle vescicole, penetra nell'organismo attraverso le vie respiratorie e forse anche attraverso la cute.**
- **la contagiosita' perdura dal giorno antecedente la comparsa dell'esantema fino alla comparsa delle croste**



Dopo essere penetrato tramite la congiuntiva e le mucose delle vie respiratorie superiori inizia la replicazione probabilmente negli organi linfoidi del collo (adenoidi e tonsille)



Dopo 4/6 giorni l'esposizione primo episodio viremico; replicazione nel fegato, nella milza: II° viremia localizzazione alla cute e alle mucose



Sintomatologia

- **Periodo di incubazione 10/23 giorni 14 in media l'eruzione cutanea puo' essere preceduta da astenia, febbre, mialgia e talvolta da un rash scarlattiniforme fugace**

- **Esantema:**

Piccole macule rosse che in poche ore si trasformano in maculo-papule e quindi in vescicole rotondeggianti circondate da un alone eritematoso .

Le vescicole contengono un liquido dapprima limpido successivamente torbido, dopo qualche giorno le pustole danno esito a croste che cadono senza lasciare cicatrici. Le prime lesioni appaiono sul torace e sull'addome, nelle 12/24 ore successive sono interessati il volto e gli arti (in misura inferiore), cuoio capelluto e mucosa orale

L'esantema si protrae per 1/2 settimane, la febbre talora moderata ma anche elevata persiste fino alla comparsa di nuovi elementi, costante e' il prurito, anoressia, cefalea, mialgie, insonnia, irritabilita'

Complicanze

- Impetiginizzazione delle vescicole
- Nevrossiti (cerebellite)
- Glomerulonefrite da immunocomplessi
- Cheratite
- Polmonite varicellosa
- Piastrinopenia
- Purpura fulminans (dovuta a CID)

Terapia:

Antivirale: aciclovir

Adulti: 800 mg per 5 volte al giorno per os per 7 gg

Bambini: sciroppo: 20 mg/kg/dose x 4 per 5-7 giorni

Nei soggetti immunodepressi, nelle forme complicate soprattutto neurologiche: 10MG/KG/DOSE X 3 PER 14-21 giorni

Antistaminica

Antibiotica in caso di superinfezione



Varicella e gravidanza

- Trasmissione per via transplacentare
- La varicella in corso di gravidanza costituisce un importante problema per possibili gravi complicanze, sia a carico della madre che del prodotto del concepimento, quali:
 - varicella grave della madre, particolarmente se l'infezione è contratta nel terzo trimestre di gravidanza;
 - sindrome da varicella congenita nel bambino la cui madre contrae la varicella tra l'8° e la 20° settimana di gestazione. (lesioni oculari e cerebrali, ipoplasie degli arti, lesioni cutanee cicatriziali)
 - varicella neonatale grave, disseminata, spesso ad esito letale (30), se la madre sviluppa la malattia nel periodo che va da 5 giorni prima a 2 giorni dopo il parto;
 - Somministrazione d'immunoglobuline specifiche antivariella al neonato nato da madre che ha contratto la varicella cinque giorni prima del parto o entro 48 ore dal parto.
- Aciclovir 10 mg/kg/dose ev ogni otto ore









© 1996, Dermatology, University of Iowa



© 1996, Dermatology, University of Iowa



© 1996, Dermatology, University of Iowa







Varicella





VARICELLA CON IMPETIGINE STAFILOCOCCICA





varicella







chickenpoxphotos.com





Vaccinazione antivariella

- **OBIETTIVI:**
- riduzione del numero di casi di varicella con complicanze
- Riduzione del numero di casi di varicella con ospedalizzazione
- contenimento della morbosità della malattia.

PER CHI È RACCOMANDATA LA VACCINAZIONE ANTI-VARICELLA?

Nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale: offerta attiva e gratuita della vaccinazione antivaricella a tutti i nuovi nati a partire dal 2015.

La vaccinazione anti varicella è raccomandata ai seguenti gruppi di popolazione, elencati in ordine di priorità.

- a) Le persone suscettibili, che vivono con soggetti immunodepressi, quali persone con AIDS o altre manifestazioni cliniche dell'infezione da HIV, neoplasie che possano alterare i meccanismi immunitari con deficit dell'immunità cellulare, o con ipogammaglobulinemia, disgammaglobulinemia o in trattamento con farmaci immunosoppressori di lunga durata.
- b) Le persone suscettibili con patologie ad elevato rischio: leucemia linfatica acuta in remissione, insufficienza renale cronica e trapiantati renali, infezione da HIV senza segni di immunodeficienza e con una proporzione di $CD4 \geq 200/mm^3$).
- c) Le donne suscettibili in età fertile: la vaccinazione va praticata procrastinando la possibilità di intraprendere la gravidanza per 3 mesi.
- d) Le persone suscettibili che lavorano in ambiente sanitario, prioritariamente coloro che sono a contatto con i bambini o con i pazienti immunodepressi.
- e) I lavoratori suscettibili che operano nei seguenti ambienti (in ordine di priorità): asili nido, scuole materne, scuole primarie, scuole secondarie.

VACCINAZIONE ANTIVARICELLA

vaccino contenente virus vivo attenuato

- 1-12 anni: unica dose
- >13 anni: 2 dosi con intervallo di 6 settimane
- Il vaccino contro la Varicella può essere somministrato contemporaneamente ad altri vaccini. Un vaccino combinato chiamato MPRV, che contiene sia la varicella che il vaccino MPR per morbillo parotite e rosolia, può essere somministrato al posto dei due singoli vaccini nei bambini e nei dodicenni.
- Può essere utilizzato anche in post-esposizione entro tre giorni dall'esposizione

VACCINAZIONE ANTIVARICELLA

L'anamnesi positiva per pregressa varicella o per *Herpes zoster* esclude l'indicazione alla vaccinazione nella popolazione generale, avendo un alto valore predittivo positivo di immunità sierologica (97-99%) e può essere considerato sufficiente per ritenere la persona non suscettibile.

La vaccinazione di persone già immuni non comporta, comunque, alcun rischio aggiuntivo.

In caso di anamnesi negativa o dubbia, nell'adulto e comunque negli operatori sanitari, è sempre indicato l'accertamento sierologico prima di decidere di vaccinare, in quanto è elevata la possibilità di riscontrare un'immunità pregressa.

Herpes zoster

Causato dal virus VZV, dovuto a riattivazione endogena del virus (presente nell'organismo allo stato latente) molti anni dopo

Duante infezione primaria, il virus procede dalle lesioni cutanee lungo le fibre nervose ai gangli spinali e cranici dove mantiene la propria infettività.

Il virus è di solito neutralizzato dagli anticorpi circolanti.

In condizioni d'immunodeficit, il virus si moltiplica rapidamente, determina flogosi dei gangli sensitivi e raggiunge la cute per via nervosa, ove provoca la caratteristica eruzione.

SINTOMATOLOGIA

- intenso dolore, urente e a topografia radicolare che precede e accompagna l'esantema e persiste fino alla caduta delle croste e anche oltre
- Esantema:
- maculo papule e nei 2/3 giorni successivi in vescicole raggruppate e successivamente in croste
- L'evoluzione delle vescicole e' rapido
- La distribuzione dell'esantema nella grande maggioranza dei pazienti e' unilaterale localizzata ai dermatomeri corrispondenti all'area di innervazione del ganglio sensitivo interessato.

Herpes zoster

Altri sintomi

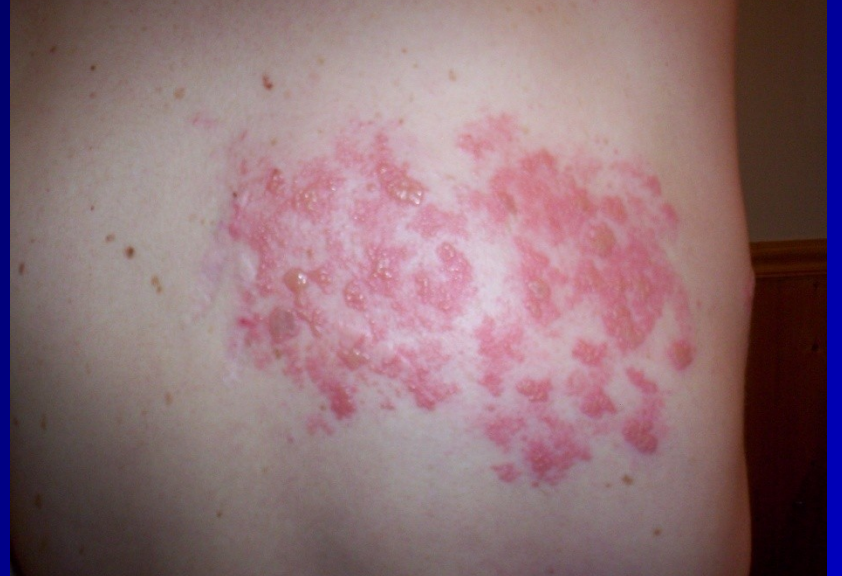
- febbre elevata, cefalea, rigor nuchalis
- paralisi del nervo faciale con eruzione vescicolare sulla faringe, sul condotto uditivo esterno e su altre regioni del volto (sindrome di Ramsay Hunt)

Complicanze

- Nevralgia postzosteriana
- Paralisi motorie
- Neurite retrobulbare
- Neuroretinite
- Infezione delle vescicole

Terapia

- Aciclovir (800 mg 5 volte al giorno per 7/10 giorni) per os
- Valaciclovir (1000 mg 3 volte al giorno) per os
- Aciclovir (10 mg/kg/die 3 volte al di) per via ev nei soggetti immunodepressi
- Antidolorofici





© 1994 Jeffrey L. Melton, M.D.



© 1996, Dermatology, University of Iowa









VARICELLA-ZOSTER



Gengivostomatite erpetica I

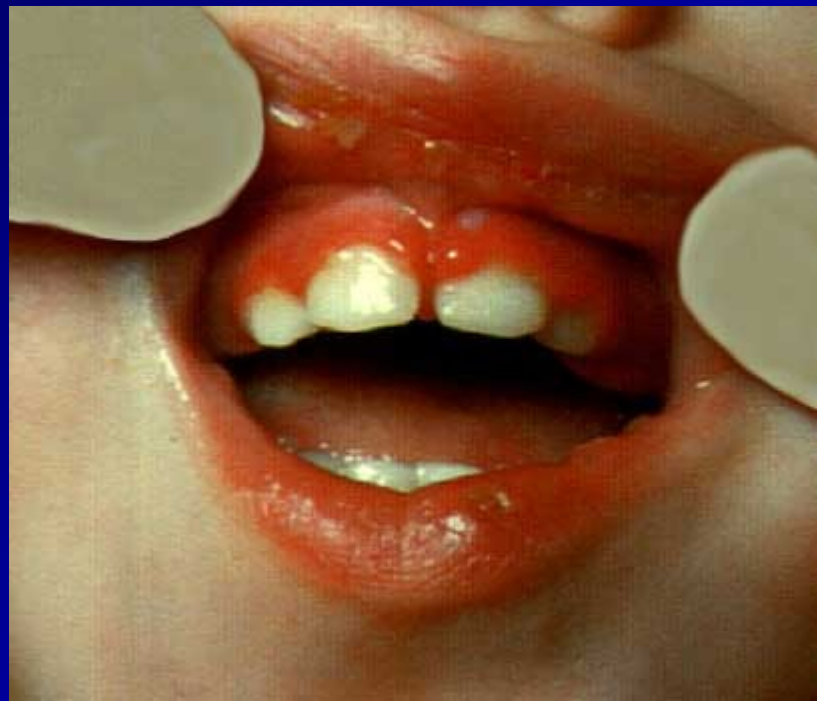
- Herpes virus tipi 1
- bambini di età compresa tra 10 mesi e 10 anni
- periodo d'incubazione breve (pochi giorni)
- febbre elevata, irritabilità
- dolore alla bocca, rifiuto del cibo, salivazione
- gengivite acuta → vescicola → precoce rottura → lesione di dm 2-10 mm ricoperta da membrana giallo-grigiastra → distacco della membrana → ulcera
- sedi più colpite: lingua, mucosa delle guance
- frequente linfadenite sottomandibolare
- durata della fase acuta: 4-9 giorni
- guarigione completa: 10-15 giorni

Gengivostomatite II

Terapia

- **acyclovir: 20 mg/kg/dose x 4 per os
10 mg/kg dose x 3 ev**
- **pulizia locale con acqua e bicarbonato**
- **antimicotici per applicazione topica**
- **reidratazione ev con soluzione glucoelettrolitica**
- **vitamine**









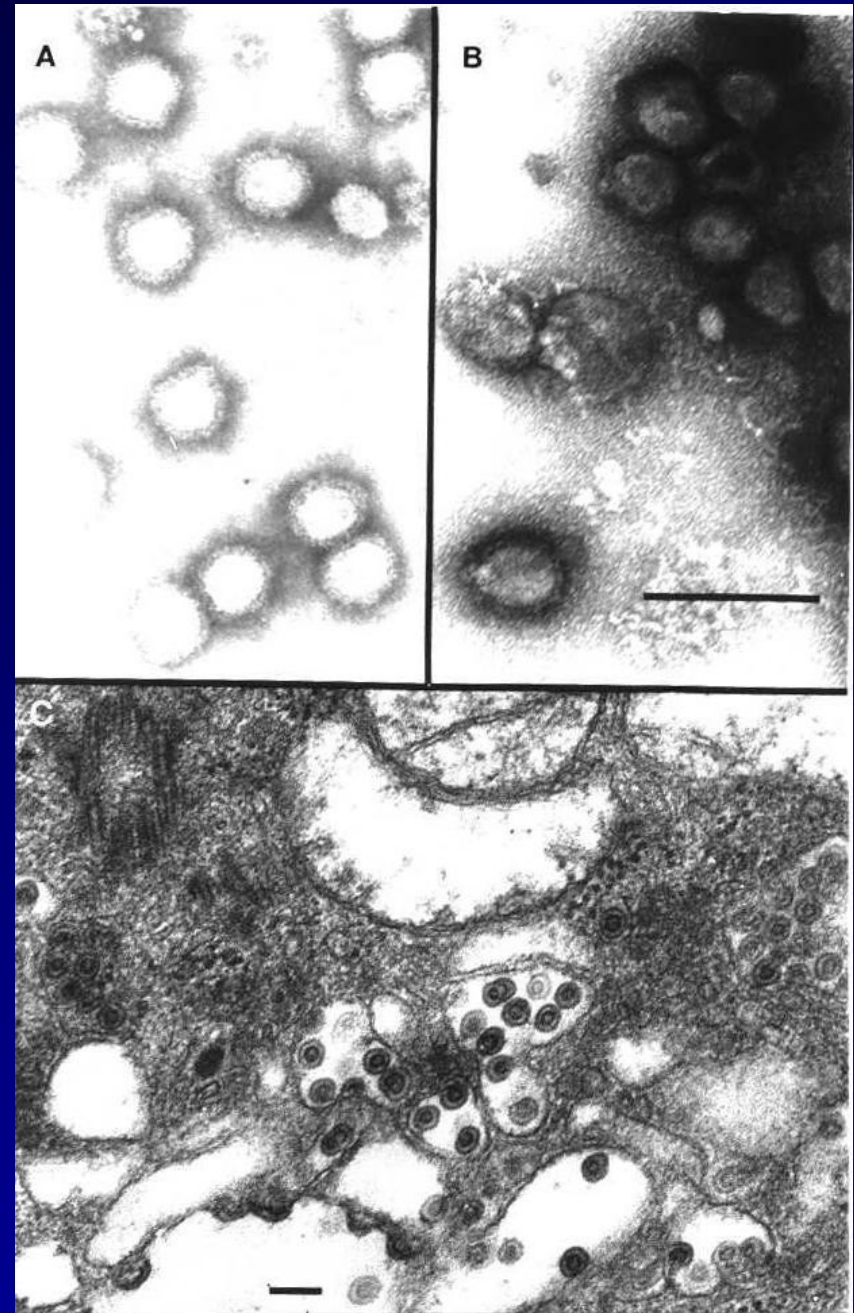
Rosolia

Classificato nella famiglia *Togaviridae*
genere *Rubivirus*.

Virione rotondeggiante od ovalare,
diametro 50/70 nm simmetria
icosaedrica, contiene **RNA** con
involucro lipoproteico.

Il virus e' composto da tre polipeptidi
strutturali (cui corrispondono 2
antigeni l'emoagglutina e l'antigene
fissante il complemento).

Termolabile, e' inattivato da solventi
dei lipidi.



Malato



Individuo suscettibile

Il virus viene eliminato per **via orofaringea tramite **tosse, starnuti**, e penetra attraverso le **mucose delle vie aeree superiori o la congiuntiva****



**Sembra che siano necessari contatti stretti e prolungati
Per contrarre la rosolia una esposizione singola non
viene considerata pericolosa**

**La contagiosita e' massima 5 giorni prima della comparsa
dell'esantema e nei 5 giorni successivi**

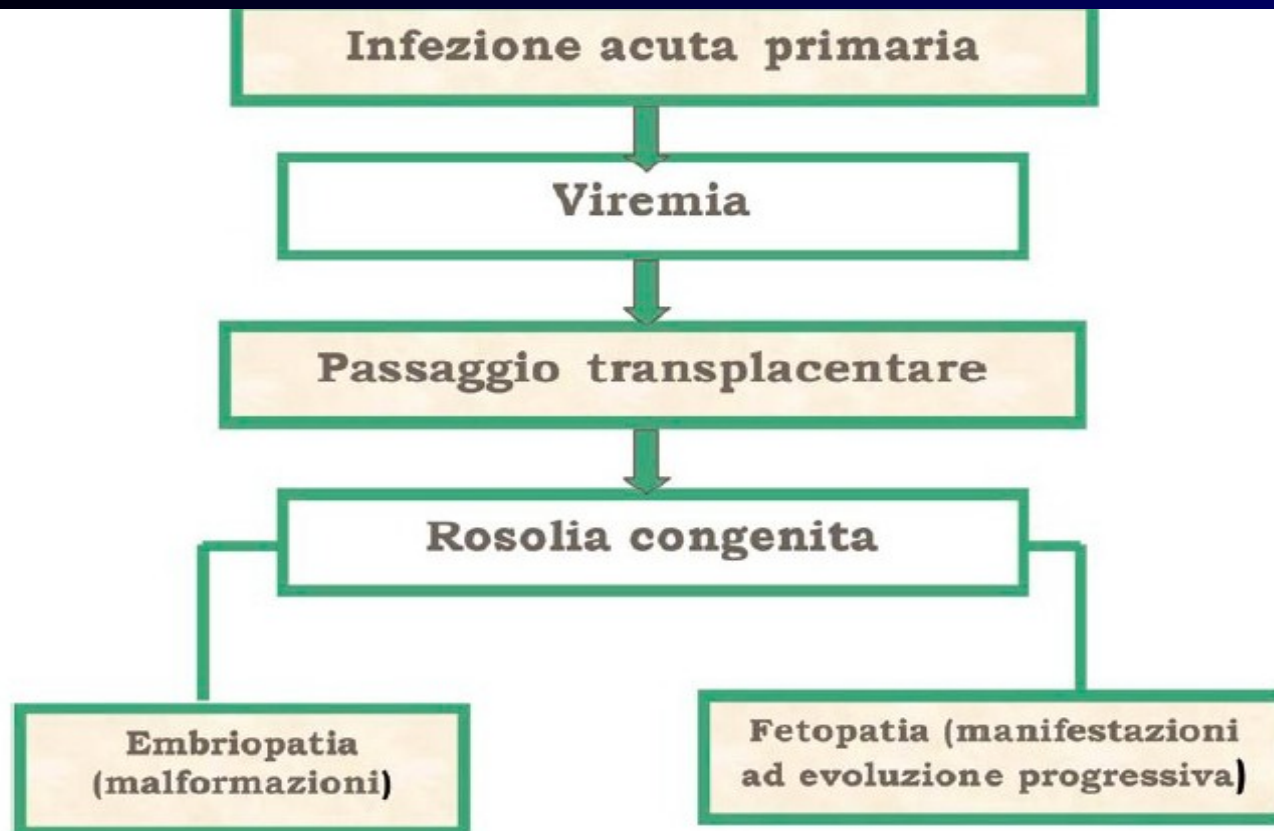
**Il neonato portatore della rosolia congenita rimane
Portatore del virus per 12/18 mesi e costituisce una
pericolosa fonte di contagio**

Rosolia congenita

Patogenesi

Durante la gravidanza:

- L'infezione congenita avviene durante la **fase viremica** dell'infezione materna.
- La viremia materna determina **un'infezione placentare** che può rimanere localmente circoscritta, ma che più spesso può raggiungere la circolazione fetale mediante la quale si dissemina in ogni organo.
- Il virus si moltiplica rapidamente nei tessuti embrionali ove provoca necrosi cellulare, danni cromosomici e alterazioni dei processi mitotici, ritardando e rendendo anomala l'organogenesi



La trasmissione può verificarsi durante tutto il periodo gestazionale, il maggior rischio di passaggio transplacentare si verifica nelle prime 16 settimane di gravidanza. L'infezione congenita avviene durante la fase viremica dell'infezione materna. Le reinfezioni materne senza viremia non sono rischiose per il feto. Per quanto riguarda il rischio di embriopatia malformativa, esso varia | a seconda dell'epoca gestazionale in cui è stata contratta l'infezione

Rischio di infezione congenita e danno fetale dopo infezione materna a diverse età gestazionali

Età gestazionale (settimane)	Tasso di infezione congenita (%)	Neonati infetti %
1-12	81	85
13-16	54	35
17-22	36	raro
23-30	30	0
31-36	60	0
≥ 36	100	0

EMBRIOPATIA RUBEOLICA

SINDROME MALFORMATIVA

FETOPATIA RUBEOLICA

*A CARATTERE SISTEMICO ED EVOLUTIVO
DOPO LA NASCITA*

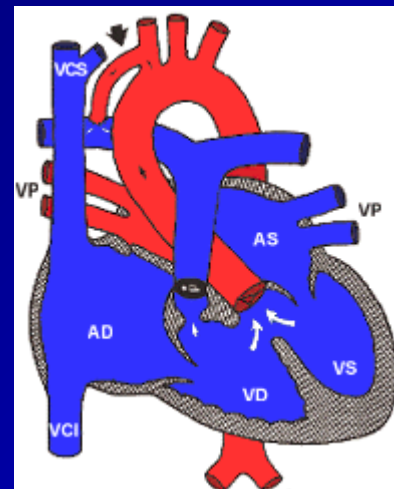
Embriopatia rubeolica

- **Alterazioni oculari:**
 - infezione materna contratta tra la 4° e la 6° settimana di gravidanza
 - **Cataratta di solito bilaterale**
 - **Glaucoma**
 - **Pseudoretinite pigmentosa**



Embriopatia rubeolica

- **Malformazioni cardiache:**
- Infezione materna contratta tra la 4° e 10° settimana di gravidanza
- **Persistenza del dotto di Botallo**
- **Difetti interventricolari**
- **Tetralogia di Fallot**
- **Stenosi arteria polmonare**



Embriopatia rubeolica

- **Sordità:**
- Infezione materna contratta tra la 9° e 10° settimana di gravidanza
- Sordità uni-bilaterale

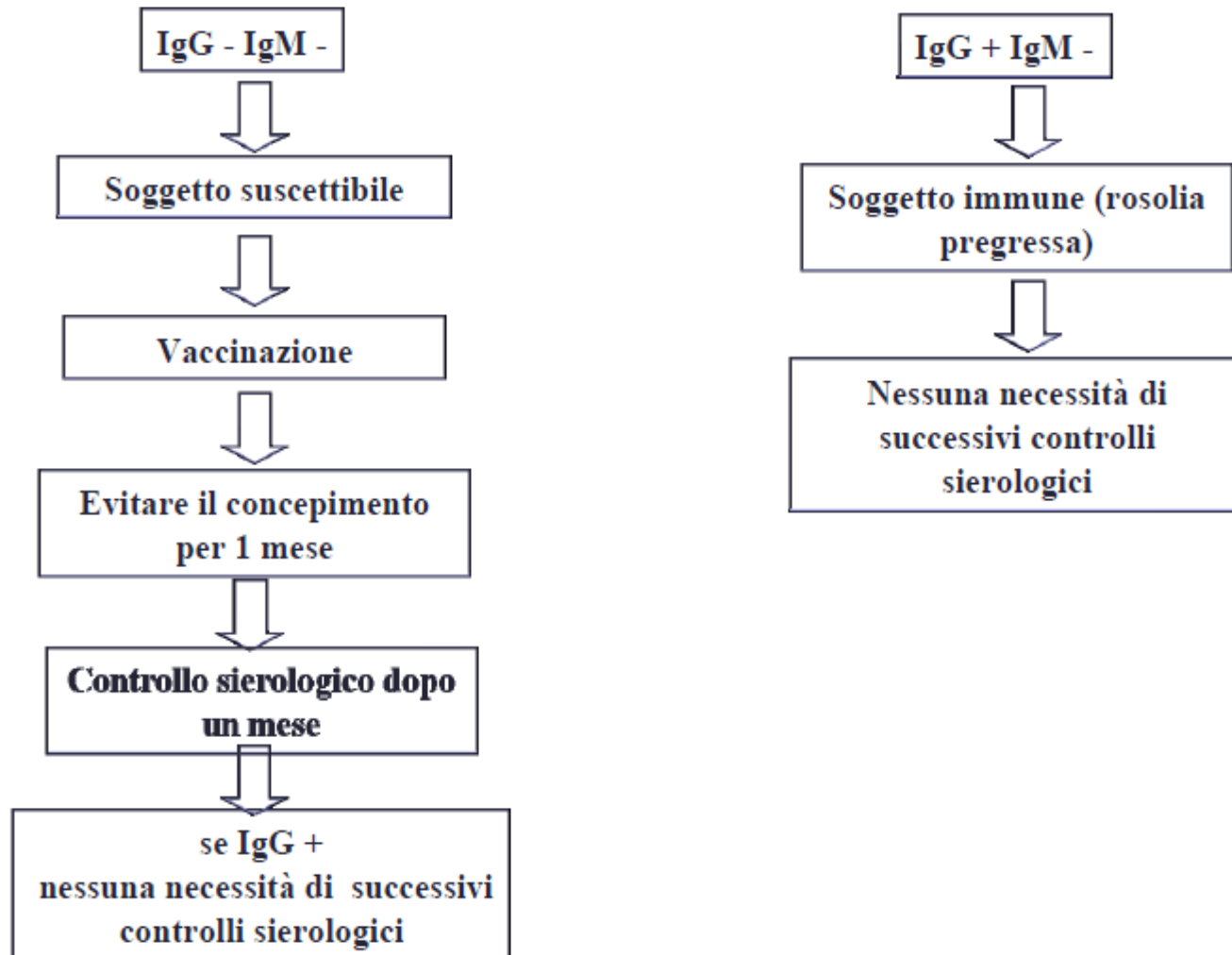


Fetopatia rubeolica

- **Manifestazioni ematologiche:**
 - porpora trombocitopenica
- **Lesioni ossee asintomatiche:**
 - metafisi delle ossa lunghe, in particolare estremità distale del perone e prossimale della tibia
- **Compromissione polmonare interstiziale**
- **Interessamento miocardico**
- **Epatite di tipo colostatico**

PRE-GRAVIDANZA

DETERMINAZIONE STATO IMMUNITARIO PER ROSOLIA



ROSOLIA ACQUISITA

Sintomatologia

- **Periodo di incubazione:** 12-23 giorni
- **Periodo di invasione:** asintomatico nel bambino, nell'adulto può essere caratterizzato da anoressia, febbre, cefalea, lievi mucositi

Da 4 a 10 giorni prima della comparsa dell'esantema compare linfoadenopatia, in modo particolare nelle **stazioni retroauricolari, retronucali e cervicali posteriori**, ma talora diffuse che persistono per 1/2 settimane

- **Eruzione cutanea:** è presente febbre moderata, è costituita da **piccole maculo-papule rosa che si diffondono dal volto al tronco e agli arti, gli elementi scompaiono alla pressione e talora assumono un'aspetto scarlattiniforme.**

Dopo 3/4 giorni l'esantema scompare insieme ai sintomi generali

Complicanze

- **Interessamento articolare:** raro nel bambino e nell'adulto compare nel 30% delle donne adulte. La sintomatologia varia a da modeste artralgie alle dita ai polsi e alle ginocchia, fino ad artriti simili a quelle provocate dalla malattia reumatica
- **Nevrassiti:** complicanza rara (1 caso su 6000) ma una elevata letalita' (20%)
- **Encefalite progressiva:** rara

rosolia









For reproduction of slides, acknowledgement of the editors and their clinical departments is appreciated.



For reproduction of slides, acknowledgement of the editors and their clinical departments is appreciated.







Morbillo

Classificato nella famiglia **Paramyxoviridae**
genere **Morbillivirus**

Virione sferico, diametro di 120-250 nm ,
contiene RNA, Poco resistente all'ambiente,
patogeno solo per l'uomo presente nel
faringe, nella congiuntiva, sangue, urine e
isolato su colture primarie di rene di uomo
o scimmia



Malato



Individuo
suscettibile

Non esistono portatori

Il virus viene eliminato per **via orofaringea** tramite **tosse, starnuti**, e penetra attraverso le **mucose delle vie aeree superiori o la congiuntiva**

La contagiosita' persiste da 5 giorni prima
Fino a 4/5 giorni la comparsa dell'esantema



INCUBAZIONE (9-12 giorni)

Non si rilevano segni particolari tranne la comparsa di un lieve esantema maculoso fugace (rash prodromico)

INVASIONE

febbre talora elevata e dall'interessamento delle mucose
coriza (sierosa e poi mucopurulenta)

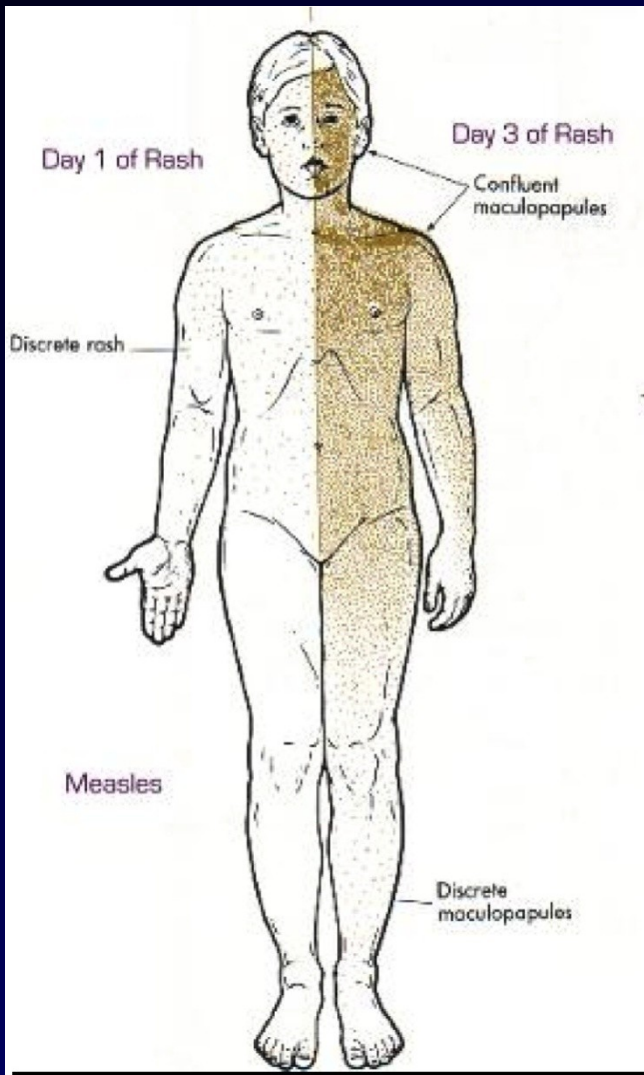
laringite e tracheite (tosse secca e stizzosa)

cheratocongiuntivite (fotofobia, iperemia secrezione)

80% dei casi segno di Koplik (enantema che si presenta sulla mucosa della guancia piccole chiazze irregolari con una zona centrale biancastra)

PERIODO ESANTEMATICO

Dal 14 giorno del contagio appare il tipico esantema



Esantema rappresentato da **maculo-papule** che **iniziano nella regione retroauricolare e alla fronte** per poi diffondersi al volto, al collo, al tronco e agli arti nei successivi **2/3 giorni**

Vengono risparmiate le palme delle mani e le piante dei piedi

I primi elementi sono rotondeggianti, rosa palido con il passare dei giorni assumo forma irregolare, Colore rosso cupo e tendono a confluire specie al volto dove e presente edema.

- Febbre elevata
- Tumefazioni linfoghiandolari
- Paziente agitato, astenico, fotofobia



Congiuntivite in corso di morbillo

RISOLUZIONE

Dopo 5/6 giorni la comparsa dell'esantema, la febbre diminuisce lo stato generale migliora, e l'eruzione cutanea si attenua, con progressione cranio-caudale fino alla completa scomparsa, può residuare una fine desquamazione, che risparmia piedi e mani

Forme particolari : **Morbillo emorragico** (oggi raro) che si presenta con emorragie cutanee e mucose, febbre elevatissima, spesso encefalite e polmonite; **Morbillo ipertossico** (bambini con deficit immunologici e nei paesi in via di sviluppo)

L'infezione nelle donne gravide sembra non essere causa di malformazioni fetali ma può causare aborto o parti prematuri

Complicanze del morbillo

- Laringite stenosante (croup)
- Otite
- broncopolmonite
- Bronchiolite
- miocardite
- - Encefalomielite
- Pancefalite subsclerosante acuta (dopo molti anni dopo)
- Sclerosi multipla (?)

Tabella 1- Complicanze più frequenti del morbillo

Diarrea	8 casi ogni 100
Otite media	7 casi ogni 100
Polmonite - tracheobronchiolite	6 casi ogni 100
Encefalite	1 caso ogni 1 000

Terapia e Profilassi

- Antibiotica (sovrainfezioni batteriche)
- Reidratazione ev
- Lavaggi nasali-oculari con fisiologica
- Aerosolica
- Antistaminica
- Notifica obbligatoria entro 48 ore
- Isolamento fino a 5 giorni dopo la comparsa dell'esantema
- Vaccinazione MPR a 12-15 mesi
- Richiamo a 5-6 anni
- Profilassi post-esposizione:
 - Vaccinazione entro 72 h dall'esposizione
 - Ig standard (0.5 mL/kg) entro 6 gg dall'esposizione
 - Bambini < 12 mesi di età
 - Gestanti non immuni
 - Immunodepressi

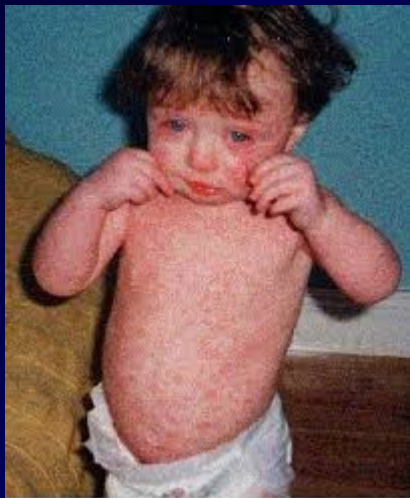
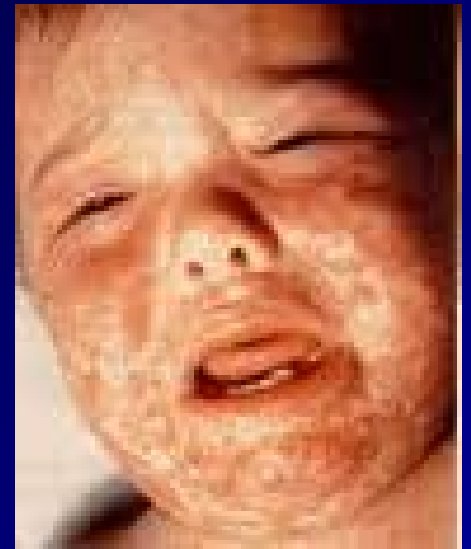
--



DOIA

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131-85-2727







(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131-85-2727





DOIA

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131- 85 - 2727



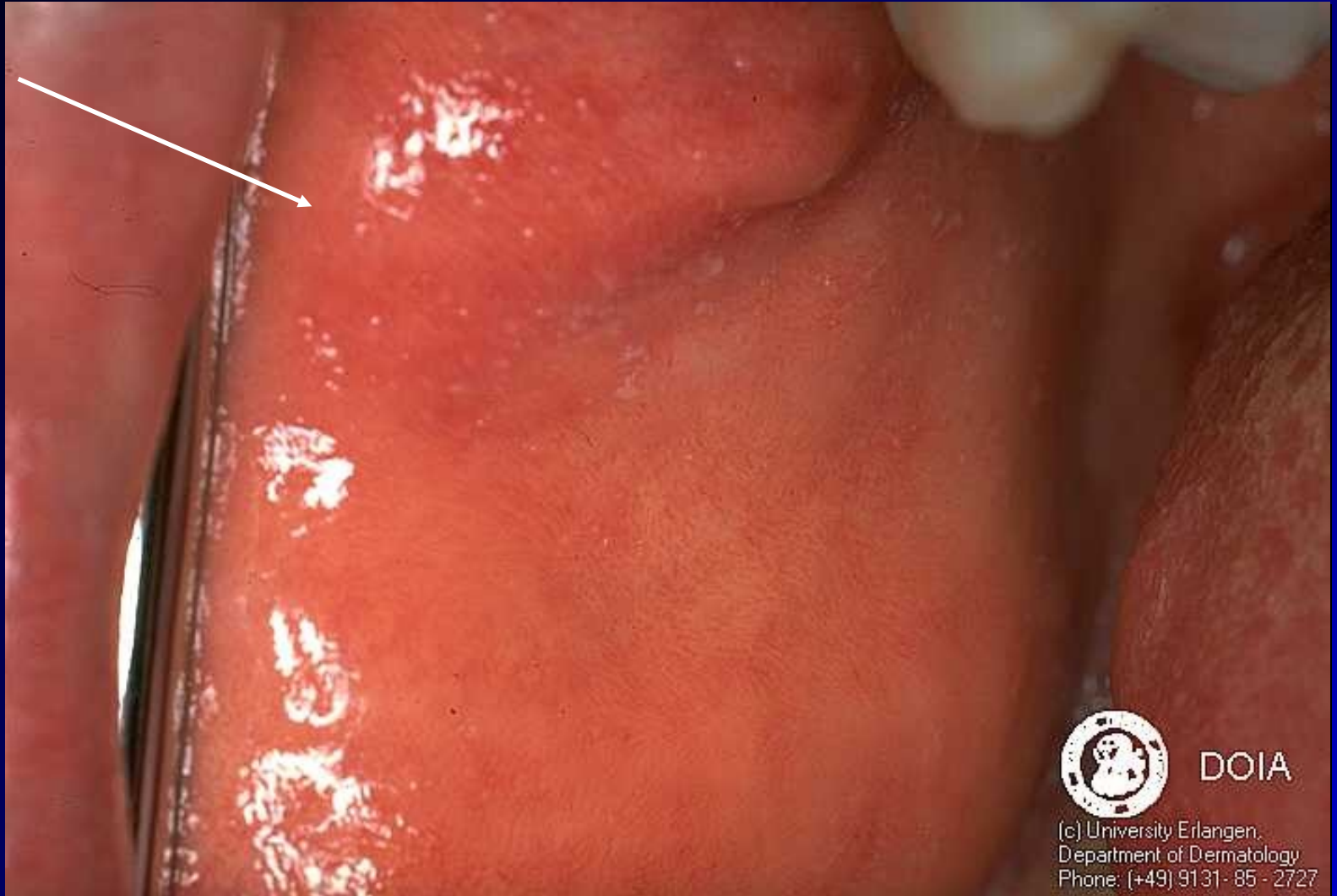








KOPLIK



KOPLIK



KOPLIK



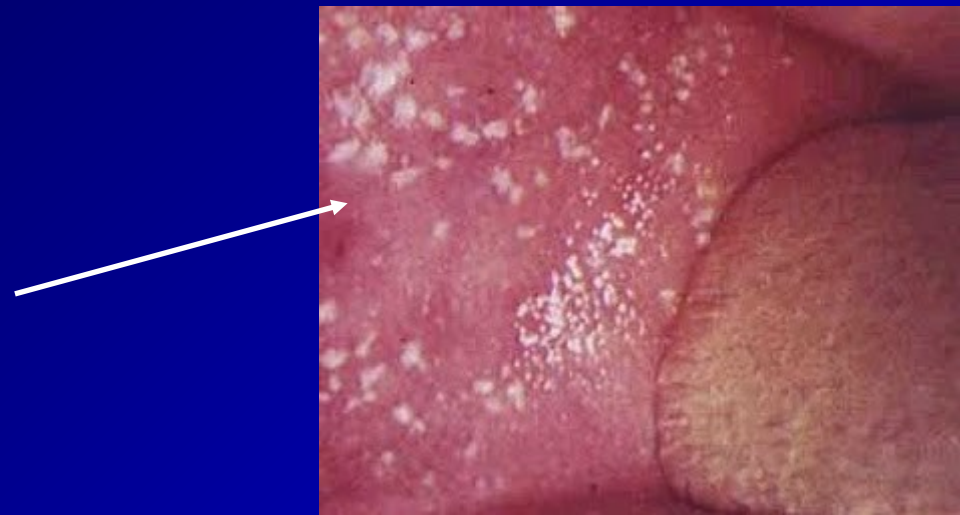
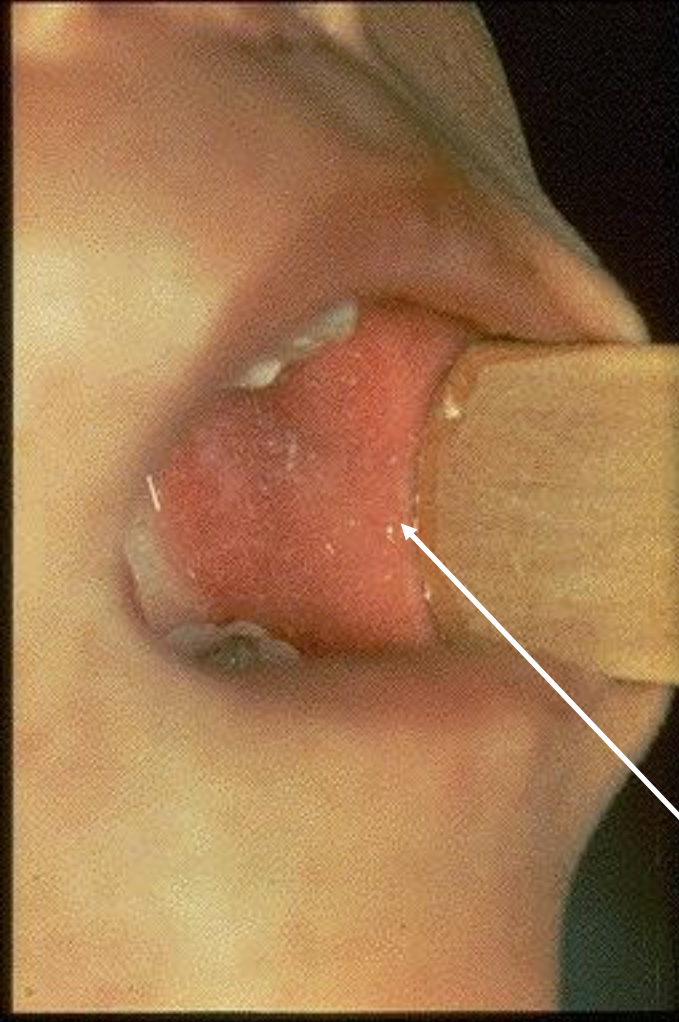
KOPLIK

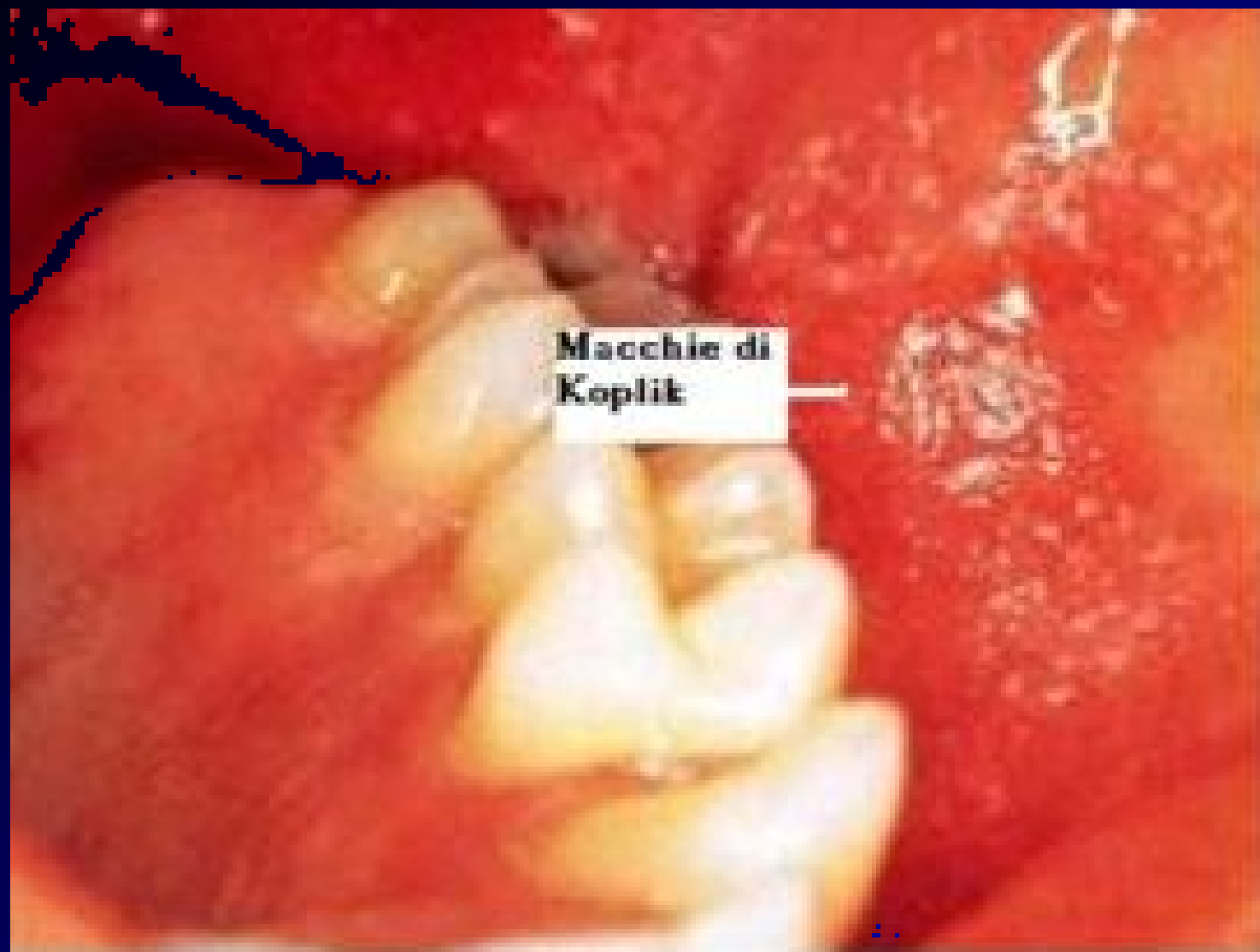




Koplik spots

Enanthem – an eruption on a mucosal surface





PARVOVIRUS B 19

Megaloeritema

V MALATTIA: MEGALOERITEMA

Eziologia: parvovirus B19 (DNA) individuato nel 1975; si moltiplica nelle cellule della serie rossa del midollo.

Contagiosità piuttosto bassa (25%)

Periodo di incubazione: 4-17 gg.

Periodo prodromico: cefalea, febbricola o febbre, mialgia.

Esantema: rosso, abbastanza rilevato, inizialmente a farfalla (aspetto di viso schiaffeggiato), poi diffonde in tutto il corpo con aspetto a festoni (simile ad una forma allergica). L'esantema puo' durare anche 1-2-3 settimane.

Complicanze:

- Anemie aplastiche

- Forme di artrite (nel 10% dei bambini, piu' spesso negli adulti)

Terapia: sintomatici (antipiretici)



Parvovirus B 19



Parvovirus B19

Krankheit:

Ringelröteln = Erythema infectiosum = Morbus quintus = 5. Krankheit













Anemia Parvovirus B19 indotta: meccanismi patogenetici

- Bersaglio principale dell'infezione da B19: linea di cellule eritroidi; virus lisa queste cellule portando ad una progressiva deplezione ed a un arresto transitorio dell'eritropoiesi
- tropismo delle cellule eritroidi correlato all'antigene del gruppo eritrocitario P che agirebbe da recettore del B19
- Influenza di patologie concomitanti (situazioni di emolisi cronica, malaria, immunodeficit) sul livello di gravità dell'anemia

- **bambini con condizioni di emolisi cronica ed aumentato turnover eritrocitario (ad es. sferocitosi ereditaria, malattia falciforme):**
arresto temporaneo nella produzione di eritrociti → grave anemia (crisi aplastica)
- **Bambini con immunodeficit (AIDS, terapie immunosoppressive):**
persistenza dell'infezione virale → grave aplasia serie rossa
Terapia: IVIg ad alte dosi (contenenti Ab neutralizzanti il virus)

Infezione da Parvovirus B19 congenita

- Idrope fetale e morte intrauterina incidenza dopo infezione materna: 5%
- Meccanismo patogenetico:
effetto citopatico del virus negli eritroblasti del midollo osseo, fegato e milza (sedi di eritropoiesi extramidollare)
- Anemia marcata, insufficienza cardiaca ad alta gettata ed idrope

VI° MALATTIA: ESANTEMA CRITICO

Eziologia: HHV-6, virus a DNA di tipo Herpes, isolato nel 1988

Epidemiologia: colpisce prevalentemente i primi 6-12 mesi. I soggetti sieropositivi sono molto frequenti (quindi: la malattia si presenta spesso con sintomi attenuati, cioè senza esantema).

Quadro clinico:

- febbre elevata (iperpiressia) per circa 3 giorni
- possibili convulsioni durante il rialzo febbrile
- sfebbramento rapido per crisi
- esantema maculopapuloso soprattutto al tronco dopo lo sfebbramento

Diagnosi differenziale: forme allergiche, morbillo, rosolia.



VI° malattia







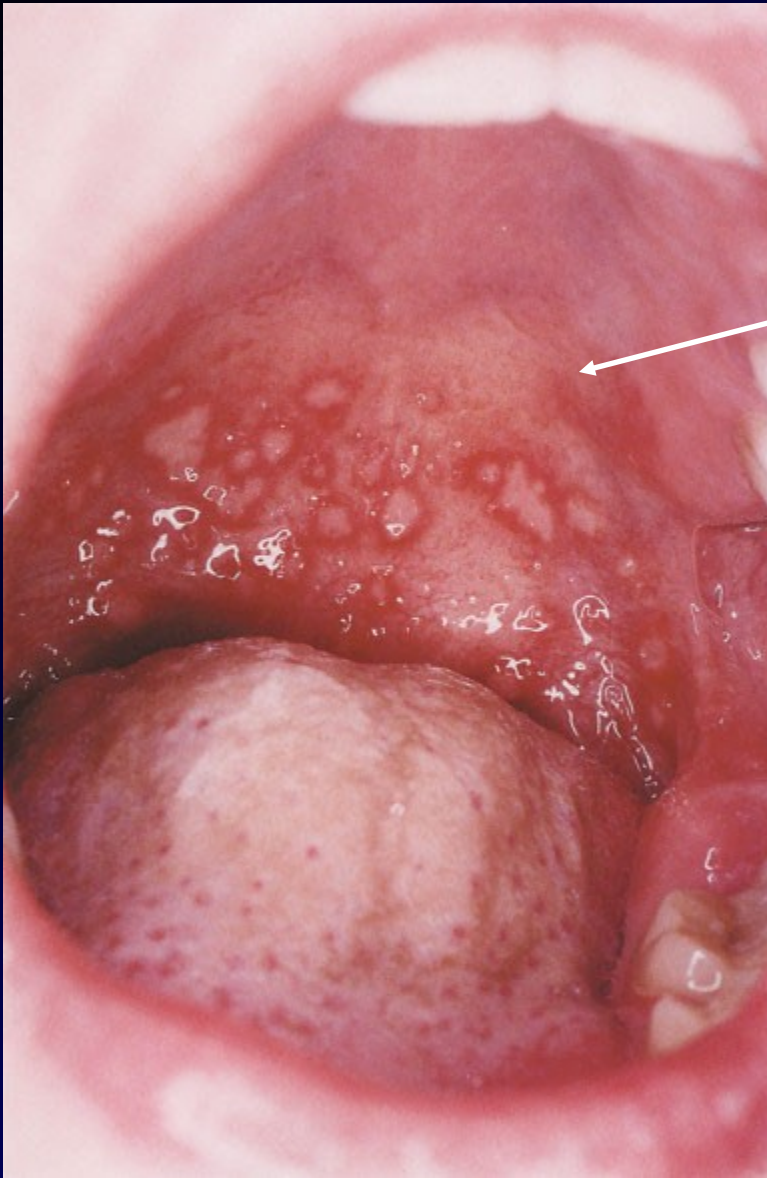
Herpangina

- Coxsackie A2, A6, A8, A10, raramente sierotipi B1, echovirus 3,6,9,16,17,25,30
- bambini di età compresa tra 3 e 10 anni
- febbre elevata, malessere generale,
- faringodinia, disfagia
- 10-20 vescicole del dm di 1-2 mm con alone eritematoso → rottura → ulcere rivestite da essudato
- pilastri tonsillari anteriori, palato molle, ugola
- adenopatia laterocervicale
- evoluzione in una settimana senza complicanze

Herpangina



HERPANGINA

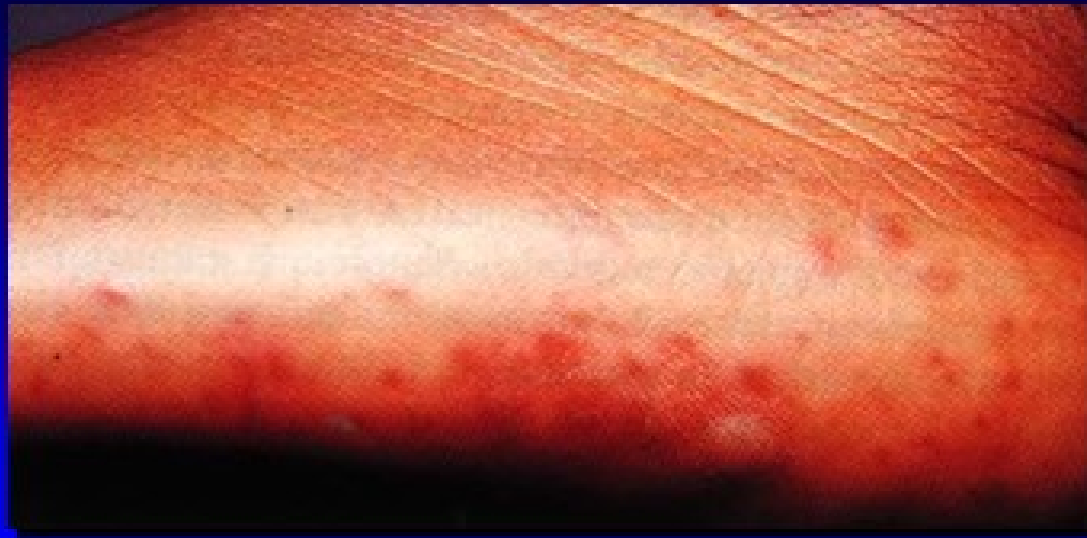


Malattia mano-bocca-piedi

- **Coxsackie B6**
- **enantema vescicoloso**
- **pochi elementi di >dimensioni rispetto a quelli dell'erpangina**
- **palato, mucosa orale, gengive, labbra e faringe**
- **vescicole cutanee: dorso delle dita delle mani e dei piedi, palmo delle mani, pianta dei piedi**
- **evoluzione benigna in una settimana**











Mano- bocca-piedi



Mano- bocca piedi





Mano-bocca-piedi







SFS







Esantema da echovirus tipo 9



Esantema maculopapuloso, morbilliforme,
maculare o petecchiale.
Meningite asettica

Mononucleosi infettiva

- EBV-virus a DNA-famiglia degli *Herpesvirus*
- Trasmissione: orofaringea (contatti stretti: bacio, scambi di saliva)
- Incubazione: da 10-60 gg
- Contagiosità: da 2 settimane prima delle manifestazioni cliniche a 6 mesi dopo la guarigione
- Clinica: febbre, angina, linfadenopatia, astenia, epatosplenomegalia, rash morbilliforme, orticarioide soprattutto in seguito ad assunzione di amoxicillina
- Leucocitosi con linfomonocitosi con presenza di viroci; ipertransaminasemia
- Sierologia (ricerca degli anticorpi contro gli antigeni viruscapsidici: VCAIgG-VCAIgM)





MONONUCLEOSI



Mononucleosi infettiva
Rash cutaneo maculo-papuloso



Scarlattina

Malattia infettiva acuta , contagiosa, causata da ceppi di streptococchi *pyogenes* (streptococchi di gruppo A) produttori di una particolare tossina esotossina pirogena.



Esotossina pirogena streptococcica e' costituita da proteine e da acido ialuronico. Oltre essere causa dell'esantema provoca la comparsa di febbre, ha potere citotossico e di blocco del sistema monocitico-macrofagico.

Periodo di incubazione: breve 2/5 giorni

Esordio: brusco con febbre elevata, cefalea, faringodinia

- spesso anche nausea e vomito

L'enantema può essere visualizzato a livello delle tonsille che appaiono edematose ed eritematose

- mucose orofaringea presenta fini punteggiature di colore rosso

- lingua coperta da un essudato biancasto da cui emergono le papille ingrossate ed arrossate (**lingua a fragola bianca**), successivamente si depitelizza ai bordi e alla punta e diventa a "**fragola rossa**"

- **Dopo 24/36 ore si manifesta l'esantema**

Radice arti ----> tronco ----> arti stessi ----> volto ove risparmia la zona circumorale naso e mento (maschera scarlattinosa)

Gli elementi sono piccoli macule papule e si effettua la digito-pressione sulla cute l'esantema scompare per lasciare una impronta giallastra

Dopo alcuni giorni la febbre diminuisce per lisi l'esantema si attenua e inizia la desquamazione furfucea al volto al tronco e agli arti

COMPLICANZE (rare) settiche

- otite media, ascesso tonsillare
- linfadenite, sinusite, mastoidite

Quelle dovute alla tossina

- miocardite precoce
- nefrite intestiziale

Complicanze a patogenesi immunologica dopo 20 giorni

- malattia reumatica
- glomerulonefrite intestiziale

TERAPIA

-Amoxicillina-acido clavulanico per 10 giorni

PROFILASSI:

-notifica obbligatoria

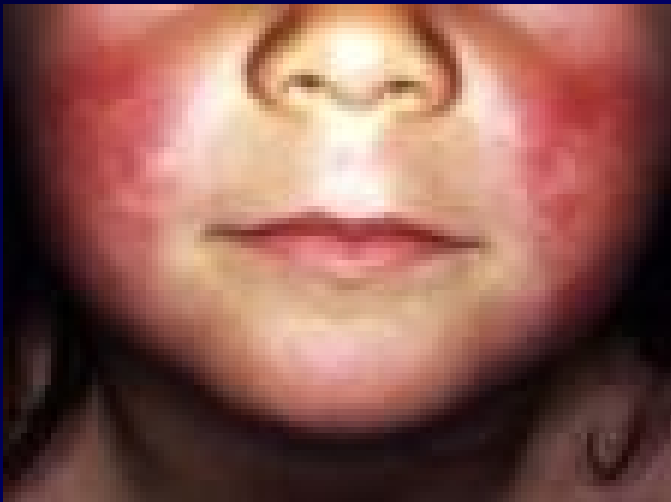
Isolamento del pz fino a 48 ore dopo inizio terapia



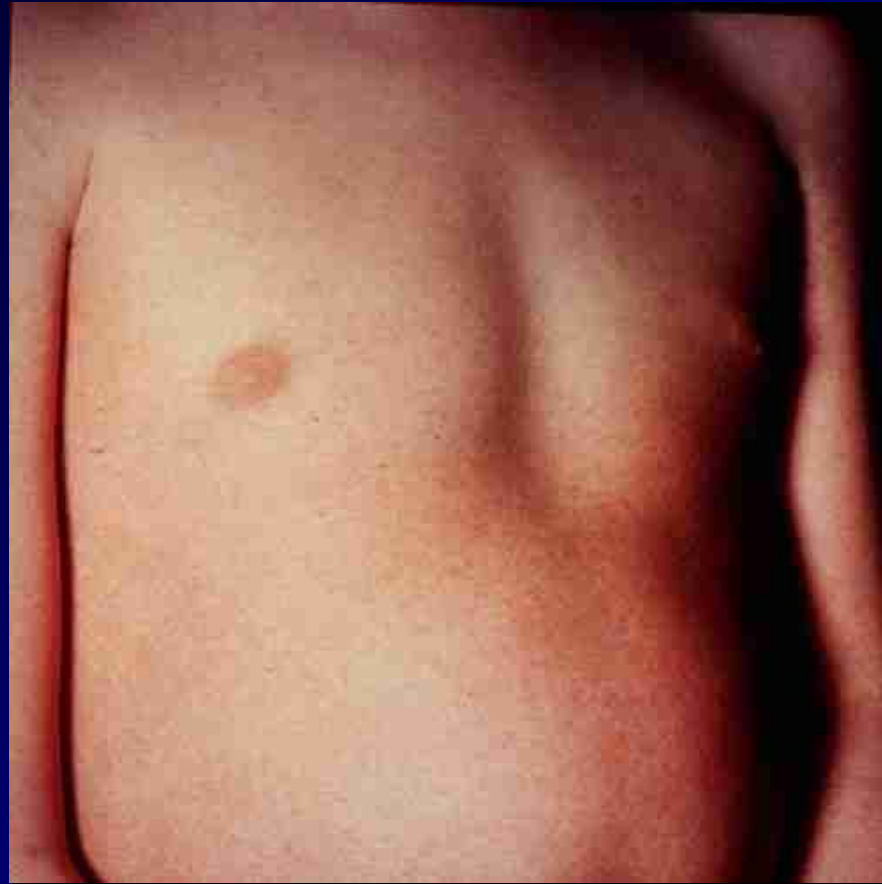
Esantema iniziale
alla radice degli arti

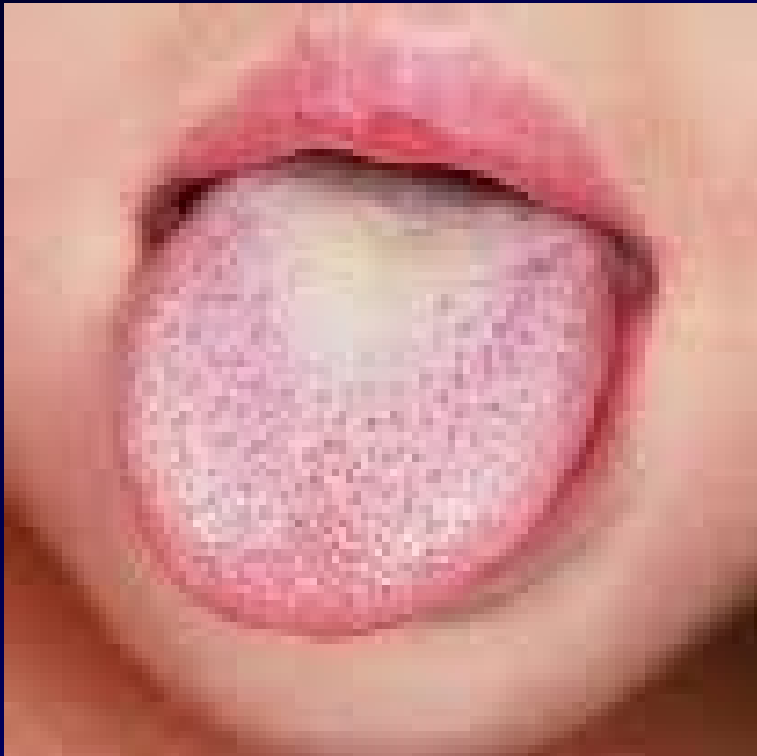
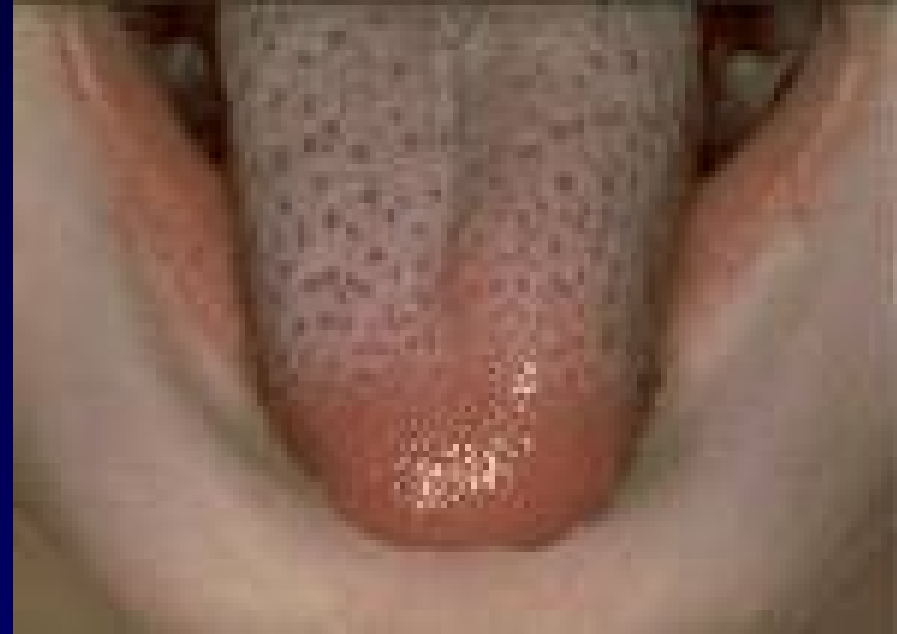


Successiva estensione al tronco
(possibile segno della “mano gialla”)



Risparmio zona circumorale, naso
e mento (“maschera scarlattinosa”)

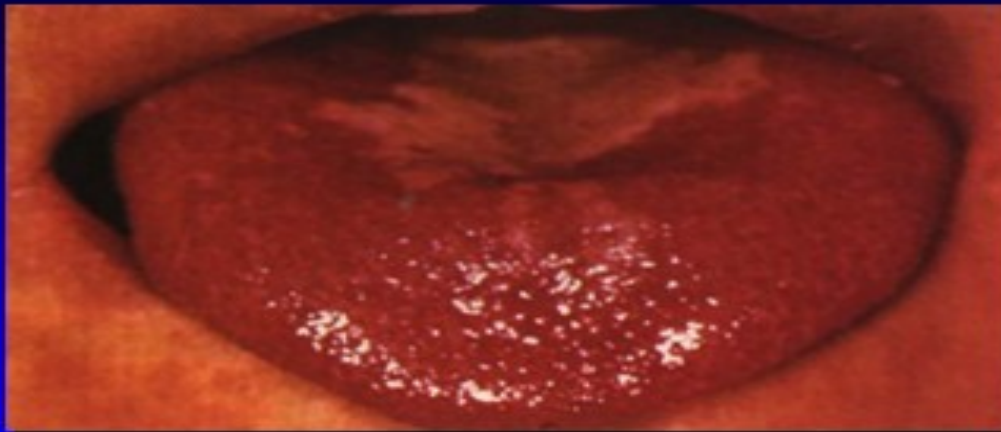
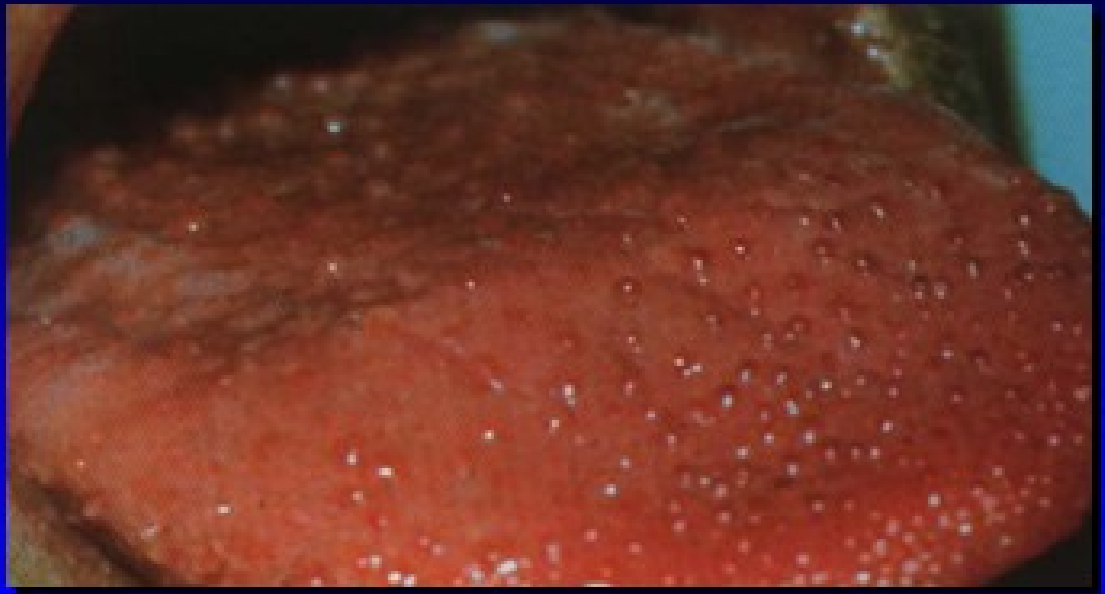


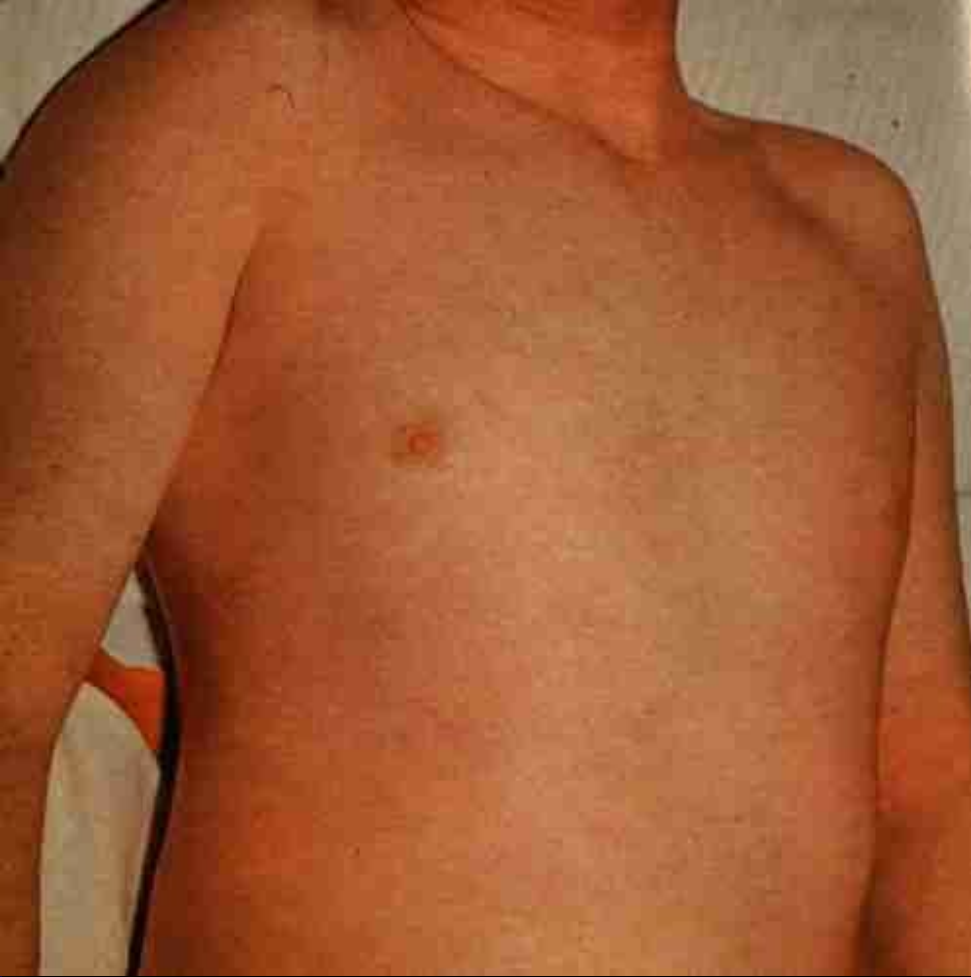


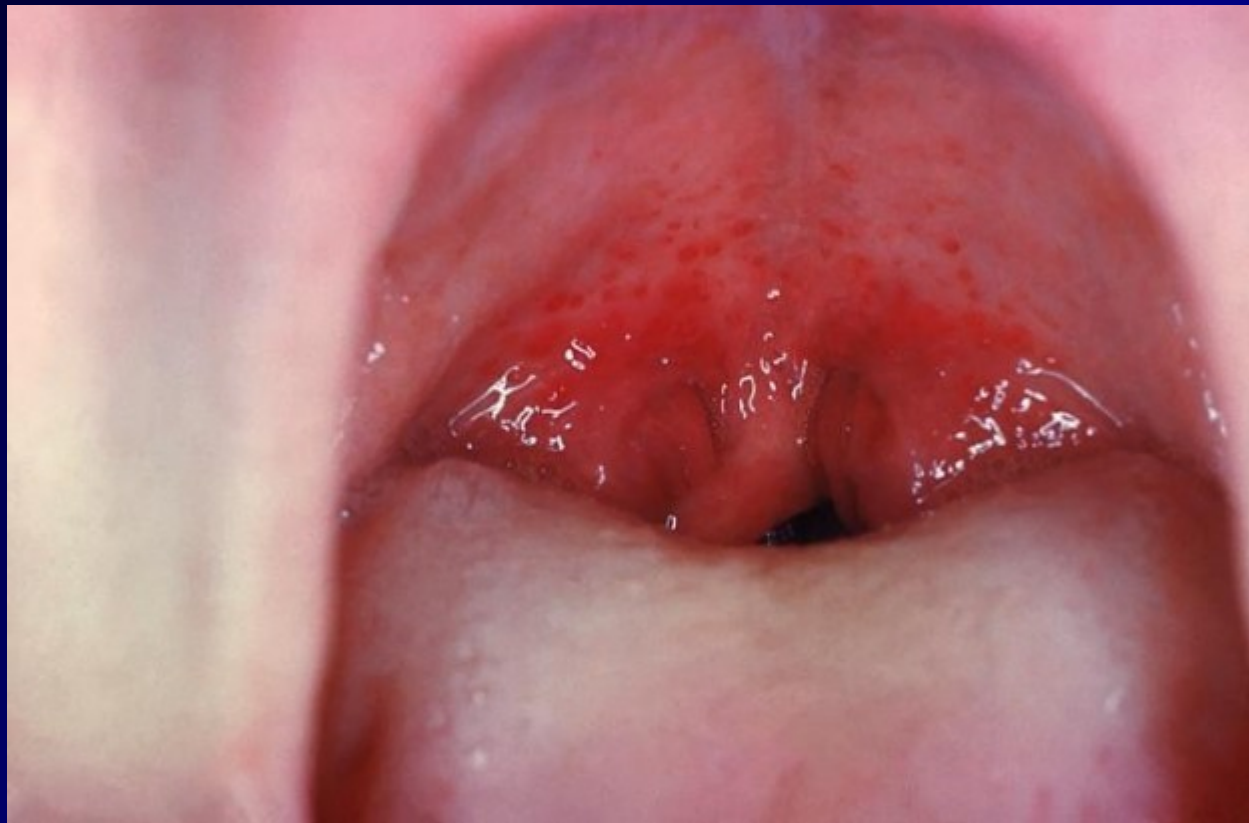




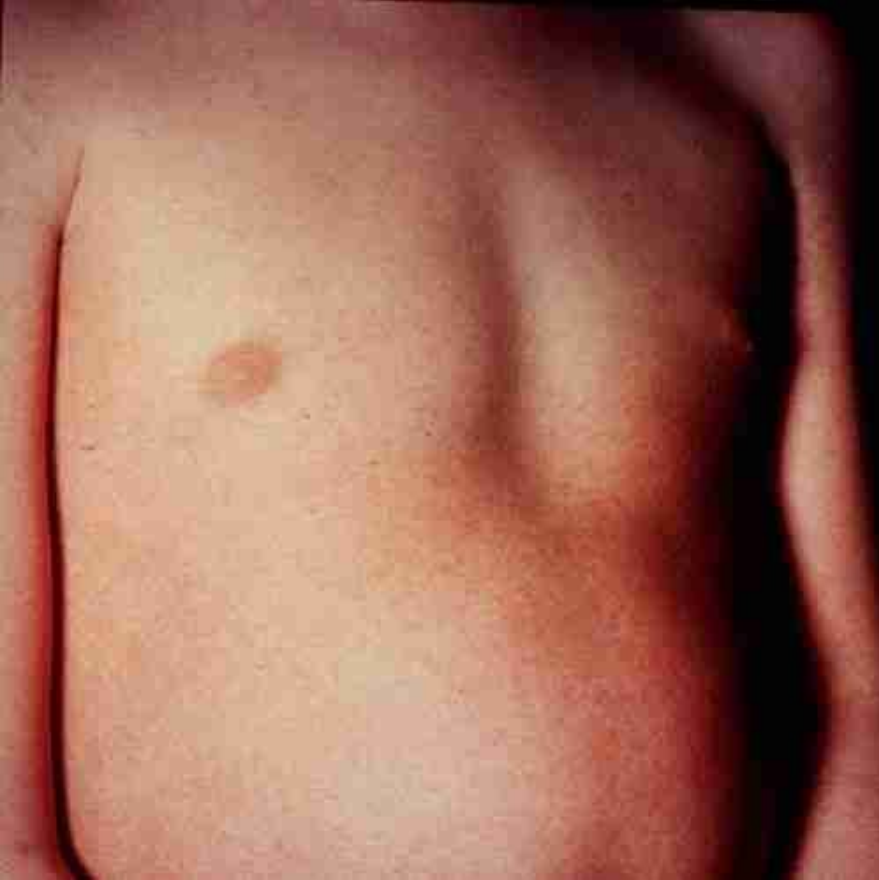












Malattia di Kawasaki

MALATTIA DI KAWASAKI

Vasculite acuta sistemica interessante i vasi di medio calibro di tutti i distretti dell'organismo ad eziologia ignota, caratterizzata da febbre elevata per almeno 5 giorni, e da 4 delle seguenti 5 condizioni:

- (1) Iniezione congiuntivale bilaterale generalmente non purulenta;**
- (2) Lingua a fragola, labbra rosse e fessurate, iperemia del faringe**
- (3) sintomi alle estremità': edemi, eritema palmo-plantare, desquamazione cutanea dei polpastrelli e fissurazioni ungueali (linee di Bow's);**
- (4) esantema polimorfo (maculopapulare, scarlattiniforme, eritematoso);**
- (5) adenite latero-cervicale.**

Forma incompleta

- Febbre
- Assenza di numero sufficiente di criteri diagnostici
- Alterazioni coronariche

Forma atipica

- Febbre
- Sintomi atipici (pancreatite acuta, polmonite a lenta risoluzione)
- Alterazioni coronariche

MALATTIA DI KAWASAKI

LABORATORIO: aumento della VES e della PCR, leucocitosi neutrofila, trombocitosi, aumento delle IgE, aumento delle alfa2 globuline.

COMPLICANZE: aneurismi coronarici (15-25% nelle forme non trattate con Ig) idrope della cistifellea, meningite asettica, artrite, gastroenterite .

Malattie da escludere:

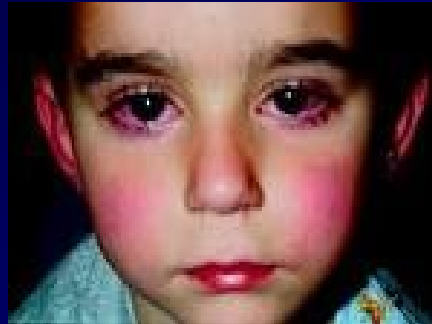
- (1) infezioni streptococciche;
- (2) morbillo;
- (3) rickettsiosi;
- (4) sindrome di Steven's Johnson;
- (5) reazioni allergiche a farmaci;
- (6) artrite reumatoide giovanile (forma sistemica).

TERAPIA: deve essere iniziata precocemente (entro 10gg) per ridurre le complicanze cardiache

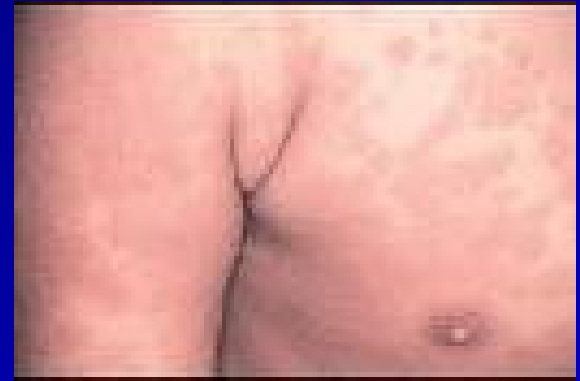
- (a) γ -globuline ad alte dosi: **2 gr/Kg/ in un'unica infusione.**
- (b) acido acetil-salilico (Aspirina) inizialmente ad alte dosi ad uso antinfiammatorio fino a quando la febbre non scompare (60-100 mg/Kg/die), successivamente si continua a basse dosi ad uso antiaggregante (3-5 mg/kg/die).



kawasaki









© 2009 American College of Rheumatology



© 2009 American College of Rheumatology

© ACR





Sepsi meningococcica



- *Neisseria meningitidis*
- GRAM-negativo
- febbre irregolare
- Stato tossico
- Artromialgie diffuse
- **Esantema purpurico:**
 - Tronco, parti prossimali degli arti
 - Petecchie
 - Porpora gangrenosa : estese manifestazioni emorragiche a d evoluzione necrotica
- shock settico
- CID
- Sindrome di Watherouse-Friderichsen



Skin lesions in acute meningococemia. Characteristic purpura with petechiae and ecchymoses in a patient with fulminant sepsis and meningitis due to *Neisseria meningitidis*. Courtesy of Professor W Zimmerli, University of Basel, Switzerland.







Meningococchemia - Purpura fulminans



MD Challenger Sample Photo











Figure 2. Purpura fulminans in meningococcal disease may progress to gangrene and require amputation.





Vaccini antimeningococco

Il vaccino coniugato contro il meningococco gruppo C

il vaccino tetravalente antimeningococco A, C, W 135, Y coniugato

Dal 14 gennaio 2013 l'EMA ha autorizzato l'immissione in commercio di un nuovo vaccino contro il meningococco di sierogruppo B (Bexsero®): vaccino multicomponente (4CMenB), composto da tre proteine antigeniche ricombinanti purificate di *Neisseria meningitidis* sierogruppo B e da vescicole della membrana esterna (OMV) del batterio, indicato per l'immunizzazione attiva di soggetti di età pari o superiore ai 2 mesi contro la malattia meningococcica invasiva causata da *Neisseria meningitidis* di gruppo B.

Vaccino coniugato contro meningococco C - tutti i **nuovi nati tra il 13° e il 15° mese** di vita. Questo vaccino è indicato, inoltre, per tutti gli **adolescenti** non precedentemente vaccinati. La vaccinazione è anche raccomandata, indipendentemente dall'età, ai bambini che frequentano l'**asilo nido**.

Vaccino coniugato tetravalente (A, C, W135, Y) - Questo vaccino è indicato per **soggetti** che potrebbero essere **esposti ai sierotipi A, C, W135 e Y**, per esempio per un **viaggio in una zona nella quale circola l'infezione**, o per gli **adolescenti di 12-16 anni** già vaccinati contro il meningococco C.

Vaccino coniugato contro meningococco B - Anche in questo caso il **numero di dosi è diverso secondo l'età** del bambino. Attualmente non esiste una raccomandazione per la vaccinazione di tutti i bambini sul territorio nazionale con questo vaccino.

Vaccino polisaccaridico tetravalente (A, C, W135, Y) – È indicato **oltre i due anni di età** per le persone che si recano in paesi dove i sierotipi A, C, W135 e Y sono causa di epidemie. La vaccinazione consiste in una **singola dose** ed è efficace per **tre anni**.

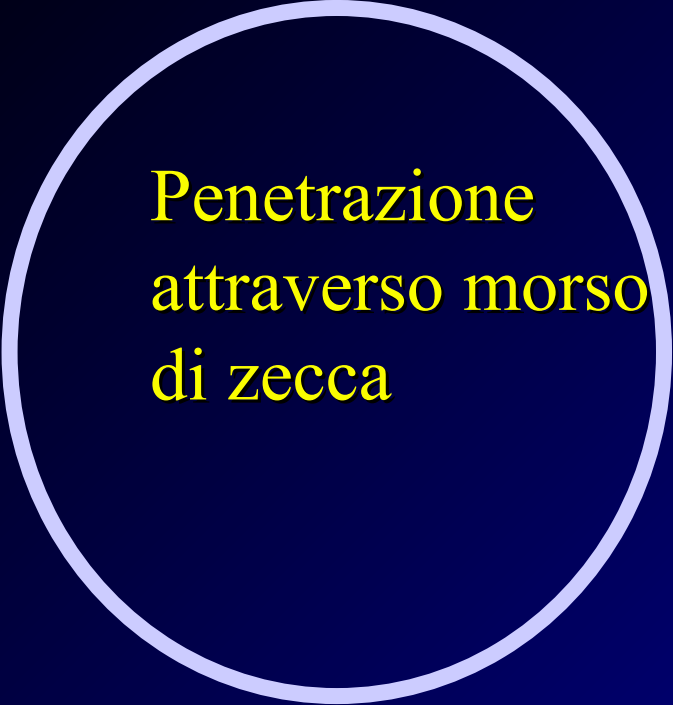
Febbre bottonosa

Febbre bottonosa

- Agente eziologico: *Rickettsia Conori*
- Serbatoio d'infezione:
 - cane
 - Conigli selvatici
 - Piccoli roditori
- Vettore:
 - zecca del cane:
 - *Ripicephalus sanguineus*

Febbre bottonosa : TRASMISSIONE

Penetrazione
attraverso morso
di zecca



Disseminazione,
invasione di cellule
endoteliali
(piccole arterie - capillari)



VASCULITE ACUTA GENERALIZZATA

Febbre bottonosa

Caratteristiche

:

- febbre
- esantema
- cefalea
- mialgie

- ◆ Stagionalità estivo-autunnale
- ◆ Decorso solitamente favorevole

❖ **tache noire**

Lesione cutanea in corrispondenza
Del morso di zecca (black eschar)



Febbre bottonosa : TACHE NOIRE

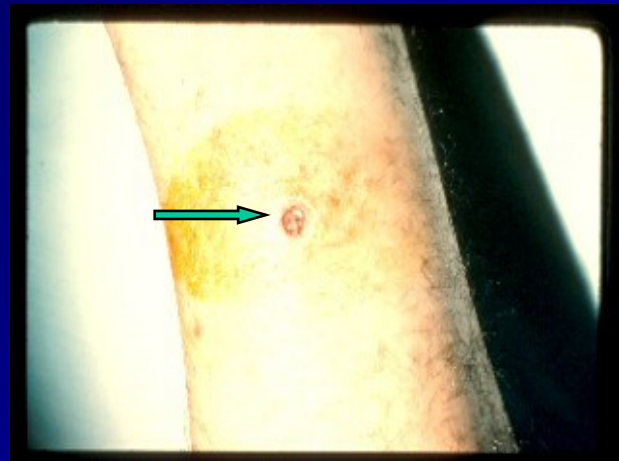
SEDI PIU' COMUNI PER LA PUNTURA DELLA
ZECCA :

- TRONCO,
- REGIONI ASCELLARI ED INGUINALI,
- ARTI INFERIORI
- CAPO (CUOIO CAPELLUTO, REGIONE
RETRO AURICOLARE)

Zecca “in situ” ...



TACHE NOIRE



TACHE NOIRE



TACHE NOIRE









Febbre bottonosa

febbre

cefalea

congiuntivite

fotofobia

mialgie

Dolore addominale

RASH (Maculo-papuloso) dopo
3-4 gg dall'inizio della malattia

(Rosso-vinoso, talora

emorragico, non pruriginoso)

Arti, tronco, **palmo delle mani,**
pianta dei piedi

- Epatoplenomegalia
- Rigidità nucale
- leucocitosi
- ALT+
- albuminuria
- microematuria
- piastrinopenia

RASH



Esantema ad impronta petecchiale, al dorso del piede



Diagnosi:

criteri clinico-epidemiologici

sierodiagnosi negative nelle fasi precoci di malattia

REAZIONE DI WEIL – FELIX: sfrutta la cross-reazione antigenica tra antigeni di rickettsia e proteus , poco sensibile aspecifica

Complicanze:

cardiache : Aritmie, miocarditi, pericarditi, ischemia

renali : Insufficienza renale acuta

SNC : Encefaliti, meningoencefaliti, C.I.D

PAZIENTI A RISCHIO:

> 60 ANNI

ETILISMO, DIABETE

INSUFFICIENZA CARDIACA

IMMUNODEPRESSIONE (HIV)

RITARDO DI DIAGNOSI

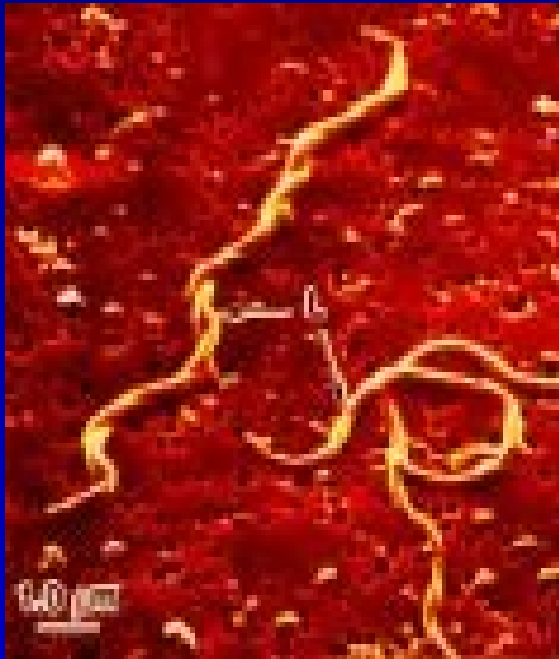
Terapia

- Antibiotica :
- Doxiclina 100 mg /die per 10 giorni
- Nel bambino:
Claritromicina: 15 mg/kg/die per 10 giorni
- Cloramfenicolo (CAF): 50 mg/kg/die in 4 somministrazioni (forme gravi)

Malattia di Lyme

- Malattia infettiva a decorso polifasico causata da una Spirocheta : *Borrelia burgdorferi*
- **Stadio 1:**
Lesione cutanea eritematosa in estensione dal punto di inoculo “ *erythema migrans*”
- **Stadio 2, 3 :** coinvolgimento di:
 - Sistema articolare
 - Apparato cardiocircolatorio
 - Sistema nervoso

Borrelia burgdorferi



Ixodes



larva
ca. 0,5 mm



ninfa
ca. 1,5 mm



maschio
2,5 - 3,5 mm



prima del
pasto 3,5 - 4,5 mm

femmine



dopo il
pasto ca. 10 mm

In Italia



- In Italia prime descrizioni nel 1984 (Liguria)
- Maggiore frequenza in Liguria, Veneto, Friuli-Venezia-Giulia, Trentino-Alto Adige.
- Mesi estivi-autunnali.
- Serbatoio d'infezione: cervi caprioli roditori
- Trasmissione: morso di zecche genere *ixodes*

Clinica

Fase precoce

- *1° stadio* : **eritema cronico migrante** (60% - 80% pz)
Lesione eritemato papulosa centrale che tende ad accrescersi → vasta lesione anulare (3- 65 cm) a bordi eritematosi lievemente rilevati tipo eritema marginato con al centro area di colorito acceso, vescicolare o necrotica.
Termotatto positivo, non dolorabilità.
Linfoadenopatia regionale.
Possibili lesioni cutanee secondarie (più caratteristiche nel 2° stadio)
Febbre, malessere generale, cefalea , artromialgie
Autorisoluzione in qualche settimana

Eritema crónico migrante



Eritema crónico migrante





Erythema migrans



Eritema cronico migrante



M.di Lyme: clinica(fase precoce)

2° stadio: (dopo giorni o settimane) **Interessamento sistemico**

- Possibili lesioni cutanee anulari secondarie (simili a primarie , ma più piccole, con centro meno infiltrato): svaniscono nel giro di 3-4 settimane (range 1gg – 14 mesi)
Cefalea , mialgie, febbre.
- SNC e SNP (~ 15%) quadri di poliradicolonevrite, meningoradicolonevrite, meningite a liquor limpido, \pm lievi note di encefalite, nevrite dei nervi cranici (VII) , mielite.
- Interessamento cardiaco (~ 8%); blocco A-V di grado variabile, \pm miocardite, pericardite.

Malattia di Lyme: clinica (fase tardiva)

- Fase tardiva \Rightarrow 3° stadio (~60%) \Rightarrow infezione persistente
- Dopo mesi: poliartriti grandi e piccole articolazioni della durata di settimane-mesi con erosione delle cartilagini articolari
- Decorso cronico con persistenza o intermittenza della sintomatologia
- Nel liquido sinoviale: pleiocitosi neutrofila e IC
- Attacchi ricorrenti meno frequenti nel corso degli anni

Malattia di Lyme :clinica (fase tardiva)

- Dopo mesi - anni
- Al SNC encefalomyelitis cronica progressiva con deficit VII, VIII (simile a sclerosi multipla) che interessa la memoria, l'umore, il sonno, il linguaggio
-
- Dopo anni
- Acrodermatite cronica atrofizzante (lesioni violacee che divengono sclerotiche e atrofiche)

Acrodermatite cronica atrofizzante



© Elsevier 2004. Infectious Diseases 2e - www.idreference.com

BORRELIOSI DI LYME

	COMPARSA IN	MANIFESTAZIONI
INFEZIONE PRECOCE LOCALIZZATA (stadio I)	giorni o settimane	Eritema Migrante, Artralgie migranti, Sintomi simil influenzali, Mialgie, Cefalea, Linfadenopatia, Febbre.
INFEZIONE PRECOCE DISSEMINATA (stadio II)	settimane o mesi	Artralgie, Mialgie, Miositi, Artrite, Miocardite, Turbe della conduzione cardiaca, Lymphadenosis benigna cutis, EM multipli, Meningite, Polineuriti, Encefalomyelitis, Paralisi del nervo Facciale, Congiuntivite, Coroidite, Retinite, Irite, Epatite, Nefrite, Vasculiti, Borsiti.
INFEZIONE TARDIVA O CRONICA (stadio III)	mesi od anni	Artrite ricorrente, Tenosinoviti, Acrodermatitis chronica atrophicans, Encefalite con perdita della memoria, Polineuropatie sensitivo - motorie, Disturbi del sonno e comportamentali, Atassia, Cardiomiopatia dilatativa.

Diagnosi

Sierologia:

Problemi di sensibilità e specificità

**Positività 40 % in fase acuta
 70 % dopo 4 settimane
 90 % dopo 6 settimane**

Elisa IgM e IgG + WB (test di conferma)

IgM positive nel 1° mese

Nella neuroborreliosi valutazione Ig specifiche Sangue/Liquor

PCR sensibile in artriti, ± in neuroborreliosi

FARMACI NELLA TERAPIA DELLA BORRELIOSI DI LYME

INFEZIONE PRECOCE LOCALIZZATA (1)

ADULTI:

Doxiciclina 100 mg per os, 2 volte al giorno (2)
Tetraciclina 250-500 mg per os, 4 volte al giorno (2) (3)
Amoxicillina 500 mg per os, 3-4 volte al giorno (3)

BAMBINI:

Amoxicillina 40-50 mg/kg/die per os, in 3 dosi frazionate
Penicillina G 25-50 mg/kg/die per os, in 3-4 dosi frazionate

INFEZIONE PRECOCE DISSEMINATA ED INFEZIONE CRONICA O TARDIVA (4)

ADULTI:

Ceftriaxone 2 g die e.v. oppure 1 g x 2 die e.v.
Cefotaxime 3 g, due volte al giorno e.v.
Penicillina G 20 milioni UI die e.v., in 6 dosi frazionate
Cloramfenicolo 50 mg/kg/die e.v., in 4 dosi frazionate

BAMBINI:

Ceftriaxone 75-100 mg/kg/die e.v.
Cefotaxime 90-180 mg/kg/die e.v., in 2-3 dosi frazionate
Penicillina G 300.000 UI/kg/die e.v., in 6 dosi frazionate

- (1) La durata della terapia va da 3 a 4 settimane; vi sono ragioni per ritenere che 10-14 giorni di terapia siano insufficienti.
- (2) Da non usare in gravidanza e durante l'allattamento.
- (3) Il dosaggio va determinato in base al peso del paziente.
- (4) La durata della terapia è da 2 a 4 settimane. A volte nei bambini il trattamento per os dell'artrite di Lyme può essere sufficiente.

Di fronte ad un esantema



- **Anamnesi comprendente dati epidemiologici:**
 - Presenza di altri sintomi (febbre, diarrea)
 - Soggiorno in città od in ambiente rurale, gita al parco
 - Contatto con pazienti con esantemi infettivi
 - Assunzione di cibi allergizzanti, di farmaci
- **Dove è iniziato l'esantema:**
 - Crani-caudale
 - Radice arti
- **Esame obiettivo completo:**
 - Epatosplenomegalia, angina, iperemia congiuntivale



GRAZIE