

MALATTIE ESANTEMATICHE

- MORBILLO
- ROSOLIA
- VARICELLA
- SCARLATTINA
- MEGALOERITEMA O V MALATTIA
- ESANTEMA CRITICO O VI MALATTIA

www.fisiokinesiterapia.biz

MORBILLO

Morbillo= piccolo morbo (per distinguerlo nel medioevo dai grandi morbi: peste, colera, vaiolo, febbre gialla).

EZIOLOGIA

Paramixovirus (RNA-virus)

Mortalità in Africa: 20 %.

Mortalità in Europa (ante vaccinazione): 0,2 %

Provoca depressione del sistema immunitario colpendo linfociti B e T con riduzione anche della blastizzazione e della sensibilità ritardata.

Contagio diretto dal 7° giorno di incubazione al 5° giorno dopo la comparsa dell'esantema.

Indice di contagiosità: 95 %

Periodo di incubazione: 8-12 giorni.

Immunità per tutta la vita; gli anticorpi materni conferiscono una protezione parziale per buona parte del 1° anno di vita.

MORBILLO

CLINICA

1° fase: incubazione 8-12 gg (soggetto asintomatico).

2° fase pre-esantematica:

(2-4 gg)

febbre elevata (remittente)

enantema: macchie di Koplik
(puntini bianchi come spruzzatura di calce sulle guance)

mucositi: rinite, congiuntivite (lacrimazione e fotofobia),
laringite (tosse secca insistente), bronchite.

3° fase esantematica:

(4-6 gg)

Miglioramento con defervescenza

Ripresa della febbre

Comparsa di **esantema maculo-papuloso** di colore rosso scuro-violaceo, grandezza da 1 a 5 mm, leggermente rilevate sul piano cutaneo che tendono a confluire lasciando piccole isole di cute integra.

Inizia dalle regioni retroauricolari e si diffonde a volto-testa-collo-tronco-arti (senso cranio-caudale).

Durata: 5-6 giorni

Scomparsa secondo l'ordine di apparizione con residua fine desquamazione furfuracea



**Macchie di
Koplik**





COMPLICANZE DEL MORBILLO

■ Per localizzazione tipica del virus:

Polmonite interstiziale (1-6%)

■ Da sovrainfezione batterica:

a) Polmonite batterica (per depressione immunitaria da Stafilococco, Pneumococco, H. influenzae)(1-2 %)

b) Otite media acuta (7 %)

■ Neurologiche:

a) Nevrassite → Meningoencefalite virale

(convulsioni fino al coma e morte 1:1000 casi)
dovuta a reazione immuno-allergica.

La mortalità elevata (20%), spesso, reliquati neurologici.

b) Pan Encefalite Sclerosante Subacuta (PESS) → rara (1:100.000)

forma degenerativa con latenza di 7 anni.

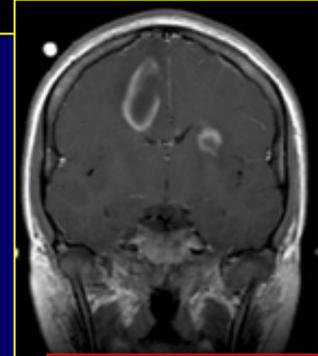
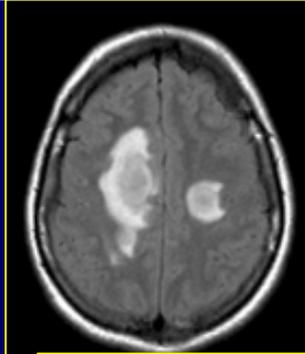
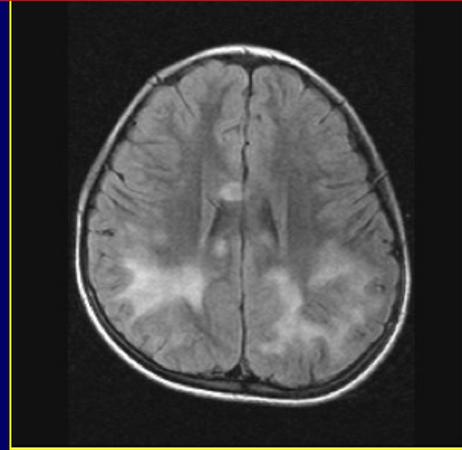
Determina un progressivo scadimento delle funzioni neurologiche (paralisi spastica) ed intellettive fino a morte

ADEM

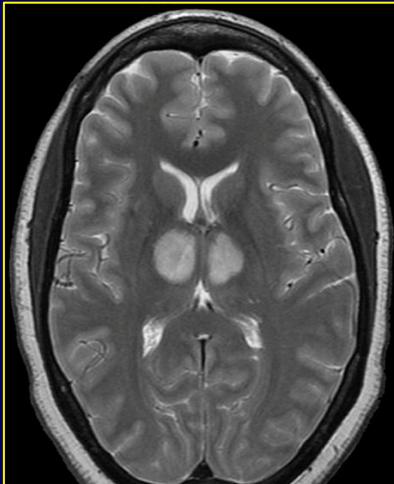
1) Lesioni piccole (< 5 mm)



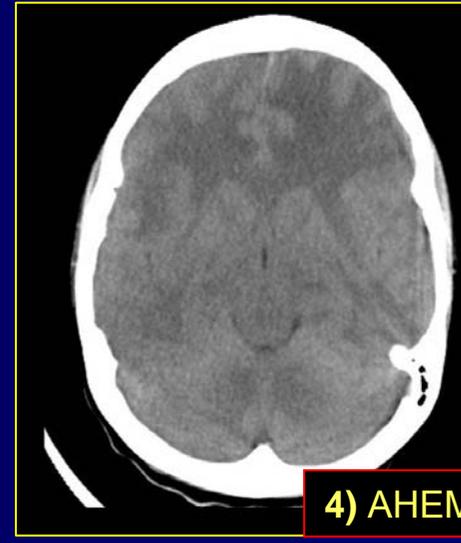
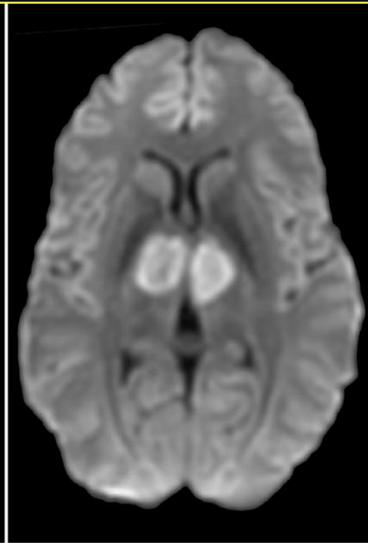
2) Lesioni grandi, confluenti o simil-tumorali



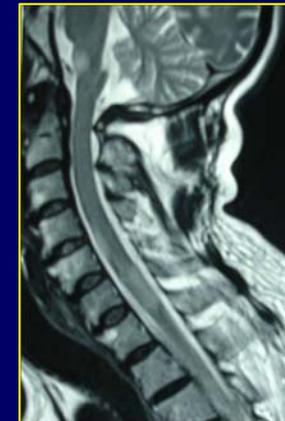
5) Gadolinio



3) Lesioni bitalamiche



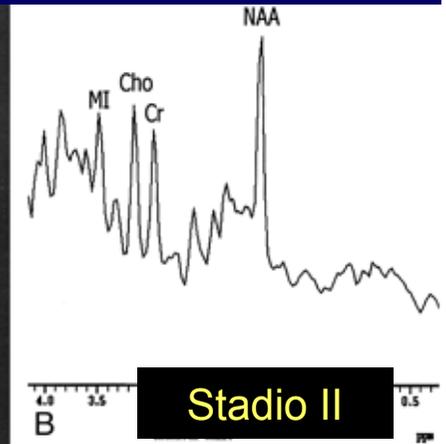
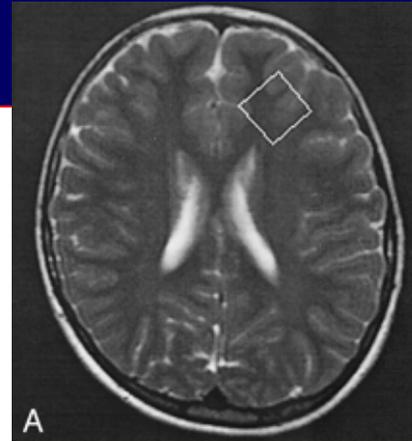
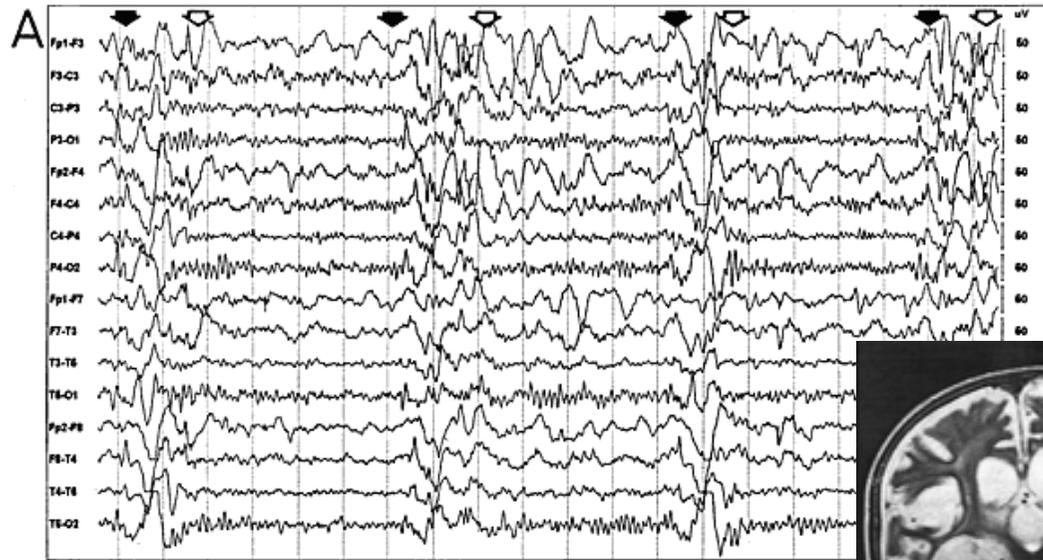
4) ADEM



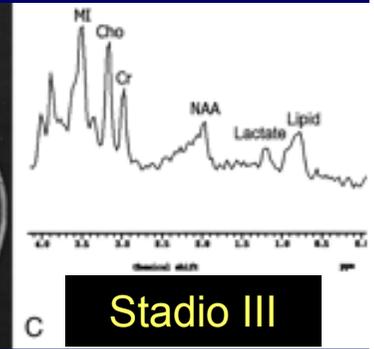
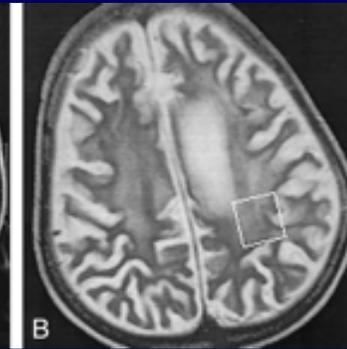
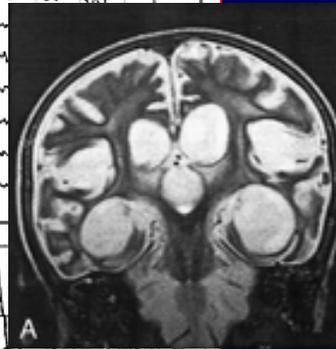
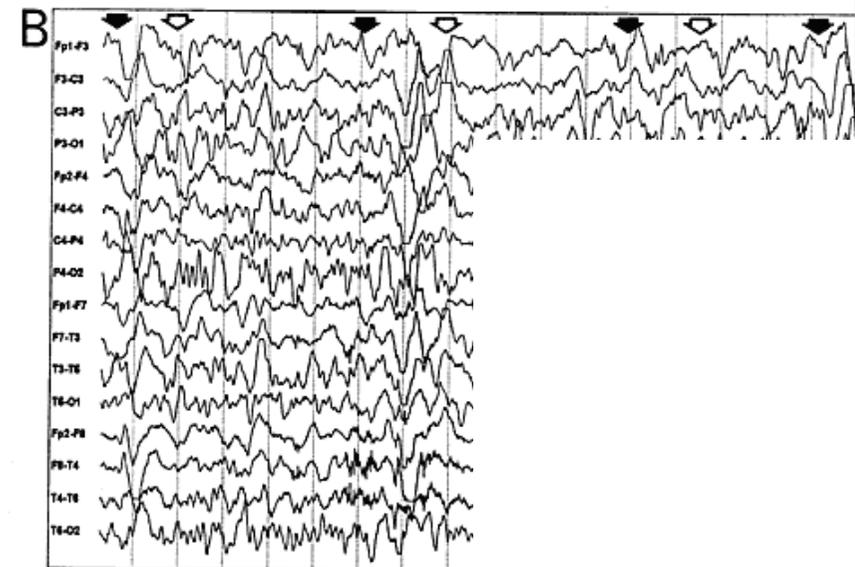
6) Midollo spinale

ALTRE TECNICHE di NEUROIMAGING --> MRS = - NAA; + lattato; = colina
DWI, PWI, PET, SPECT = diminuzione metabolismo; ipoperfusione

Panencefalite subacuta sclerosante [SSPE]



Stadio II



Stadio III

QuickTime™ e un decompressore TIFF (Non compresso) sono necessari per visualizzare quest'immagine.

Stadio IV

MORBILLO

TERAPIA SINTOMATICA

ANTIPIRETICI
MUCOLITICI
ANTITOSSE
TRATTAMENTO COMPLICAZIONI

PROFILASSI

DISPOSIZIONI
LEGISLATIVE



DENUNCIA OBBLIGATORIA
ISOLAMENTO DEL MALATO

IMMUNIZZAZIONE
PASSIVA



CON IgG SPECIFICHE (0,25 mg/Kg)
NEGLI IMMUNODEPRESSI

IMMUNIZZAZIONE
ATTIVA



VACCINAZIONE CON VIRUS VIVO
ATTENUATO (DAL 15° MESE DI VITA)

ROSOLIA

▶ **ROSOLIA POSTNATALE** → **BENIGNA**

▶ **ROSOLIA CONGENITA** → **FORMA GRAVE EMBRIONALE**
FORMA ± GRAVE FETALE

ROSOLIA POSTNATALE

Eziologia: virus a RNA

Contagio: diretto con gocce di saliva da una settimana prima della comparsa dell'esantema fino a 5 giorni dopo comparsa dell'esantema.

Incubazione: 14-21 giorni

CLINICA

Periodo prodromico (1-5 giorni): linfadenomegalia retronucleare e laterocervicale, modica splenomegalia, febbre

Esantema: maculopapuloso, non confluyente o modestamente confluyente, diffuso su tutto il corpo, leggero (meno intenso di quello del morbillo), inizia al viso e procede verso il basso. Non sempre è presente.







ROSOLIA POSTNATALE

DIAGNOSI

- Quadro clinico
- Indagini di laboratorio: leucopenia
linfocitosi relativa
aumento delle plasmacellule
- ricerca degli anticorpi specifici (Rub test): IgM specifiche

PROFILASSI

- ▶ Passiva: γ -globuline specifiche (0,2-0,3ml/Kg)
- ▶ Attiva: vaccino vivo attenuato in una unica dose
 - Vaccinazione a tutte le bambine in età puberale (GUNEVAX SCLAVO)
 - Vaccinazione trivalente al 15° mese: anti-morbillo, rosolia e parotite (TRIVIRATEN)

TERAPIA: NESSUNA

ROSOLIA CONGENITA o Sindrome della rosolia congenita (SRC)

TRASMISSIONE PER VIA TRANSPLACENTARE IN CORSO DI INFEZIONE MATERNA

- Infezione nel I trimestre di gravidanza → SRC nel 70% dei casi
- Infezione nel II trimestre di gravidanza → SRC nel 15% dei casi
- Infezione nel III trimestre di gravidanza → % SRC trascurabile

QUADRO CLINICO

Triade di Gregg: 1) cardiopatia congenita (pervietà del dotto arterioso di Botallo)
2) cataratta
3) sordità

Alla nascita può essere presente un **quadro settico**: ittero, porpora trombocitopenica, epatosplenomegalia.

Altri segni: Basso peso, malformazioni scheletriche, dismorfie.

DIAGNOSI

- ISOLAMENTO DEL VIRUS nell'urina e nel secreto naso-faringeo
- DIMOSTRAZIONE DI ANTICORPI SPECIFICI
 - Ricerca di Ig M specifiche nel liquido amniotico, sangue cordonale
 - Ricerca di Ig G tardive e loro persistenza dopo 6 mesi dalla nascita
 - Ricerca di Ig G materne

ROSOLIA CONGENITA - PROFILASSI

PRIMA DELLA GRAVIDANZA → Ig ANTIROSOLIA → < 1: 8 → **VACCINAZIONE**

DURANTE LA GRAVIDANZA
(PRIMA VISITA OSTETRICA)

ESPOZ. AL CONTAGIO

1. Ig SPECIFICHE ENTRO 48 h
(120.000 UI i.m.)

2. CONTROLLO MOVIMENTO
ANTICORPALE

IgM a 0 e a 15gg

SE TITOLO AUMENTATO

PERICOLO

ROSOLIA CONGENITA - TERAPIA

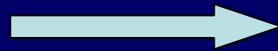
IN RAPPORTO CON I SINGOLI ORGANI IMPLICATI

ANEMIA - TROMBOCITOPENIA



TRASFUSIONI

CATARATTA



INTERVENTO PRECOCE

DIFETTI Uditivi



ESAMI AUDIOMETRICI

CARDIOPATIE



CORREZIONE SE POSSIBILE

VARICELLA

EZIOLOGIA: Virus Varicella-zoster (VZ), un DNA-virus appartenente alla famiglia degli Herpesviridae.

CONTAGIOSITÀ: elevata (indice di contagiosità: 90%), con incidenza più elevata nei bambini di età compresa tra 5 e 9 anni.

INCUBAZIONE: 12-21 gg.

SORGENTE DI INFEZIONE: vescicole cutanee e secrezioni respiratorie.
Risulta contagiosa da un giorno prima a circa 6 giorni dopo l'esordio dell'eruzione cutanea .

I neonati possono acquisire la malattia dalla madre che contrae la varicella alla fine della gestazione.

RAPPORTI FRA VARICELLA ED HERPES ZOOSTER

Varicella e herpes zoster possono occorrere insieme nella stessa famiglia e nello stesso bambino dando un'immunità crociata.

La varicella può essere considerata la forma acuta, mentre lo zoster il risultato della riattivazione dalla fase latente del virus nei gangli spinali.

VARICELLA-QUADRO CLINICO

PERIODO PRODROMICO: febbre e malessere generale della durata di circa 24 ore; subito dopo compare l'esantema.

ESANTEMA si manifesta inizialmente alla parte superiore del tronco quindi al volto, al cuoio capelluto ed alle estremità.



Le lesioni inizialmente sono maculo-papulari che evolvono in vescicole di 2-3 mm. di diametro, circondate da un alone eritematoso, a contenuto dapprima liquido ed in seguito torbido (pustole); entro 4-6 giorni queste lesioni si trasformano in croste che in seguito cadono senza lasciare cicatrici evidenti (a volte cicatrici appena visibili).

“Rash cutaneo a cielo stellato” → nella fase di stato sono presenti elementi in tutti i diversi stadi evolutivi, cioè esistono gittate successive.





VARICELLA

DIAGNOSI

- Quadro clinico
- Esami di laboratorio → **test di Tzanck**

Test di Tzanck

Materiale cellulare viene prelevato dal fondo e dalle pareti della vescicola, strisciato e colorato con soluzione di Wright o colorazione di Giemsa: **Cellule giganti multinucleate** sono presenti nell'herpes simplex, nell'herpes zoster e nella varicella.

COMPLICANZE

- ▶ Sovrainfezione delle vescicole da stafilococco o altri germi
- ▶ Polmonite (soprattutto negli adulti)
- ▶ Manifestazioni neurologiche:
 - **encefalomielite** (molto rara): compare dopo 1-2 settimane dalla fine della malattia con segni cerebellari, atonia, tremori, convulsioni, coma
 - **sindrome di Reye** → (aspirina come antipiretico!)

VARICELLA

TERAPIA

Antistaminici

Antipiretici (paracetamolo e non aspirina)

Nei neonati con complicanze e nei soggetti immunodepressi:

Aciclovir, farmaco antivirale attivo sugli Herpesvirus (dose 15 mg/Kg/die e.v.).

Riduce l'intensità e la durata del quadro clinico e contrasta la disseminazione viscerale dell'infezione.

PROFILASSI

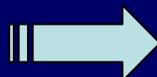
DISPOSIZ. LEGISLATIVE

DENUNCIA

ISOLAMENTO PER 7 gg DA INIZIO ESANTEMA

IMMUNIZZAZ. PASSIVA

Ig SPECIFICHE (HUMAN VZIG) entro 48 h dal contagio in casi particolari:



- **MADRI CON VARICELLA PERIPARTUM (insorta tra 5 gg prima e 2 gg dopo il parto)**
- **IMMUNODEPRESSI**
- **GRAVIDANZA**
- **NEONATI ESPOSTI AL CONTAGIO**

SCARLATTINA

EZIOLOGIA: Streptococco β -emolitico di gruppo A (S. Pyogenes) produttore della cd. **tossina eritrogenica**.

TRASMISSIONE: per via respiratoria, attraverso le goccioline di saliva, o da alimenti contaminati

INCUBAZIONE: 2-5 giorni.

CONTAGIOSITA': cessa dopo 1-2 gg di terapia antibiotica

SCARLATTINA

CLINICA

FASE PRODROMICA: faringotonsillite (angina) con febbre elevata, cefalea, dolori addominali, vomito.

La febbre (se non si usa adatta terapia antibiotica) dura 3-6 giorni. In caso di adatta terapia antibiotica la febbre scompare dopo 12-24-36 ore.

ESANTEMA TIPICO: maculopapuloso costituito da **microelementi a capocchia di spillo, rosso vivo**, fittissimi con aspetto vellutato per la tendenza a confluire senza lasciare zone di cute indenne.

Inizia alla radice degli arti e al bacino e diffonde a tutta la cute in modo uniforme, risparmiando la zona periorale (**maschera di Filatov**).

Co-esiste **enantema**: lingua inizialmente bianca patinosa, poi arrossata con papille ipertrofiche → “**a lampone**”.

Linfoadenomegalia laterocervicale dolente.

DESQUAMAZIONE LAMELLARE soprattutto alle mani e ai piedi dopo 1 settimana (attualmente si osserva raramente per la somministrazione della terapia antibiotica).







SCARLATTINA

Altri segni caratteristici

- **Segno della mano gialla:** spingendo con la mano sull'addome l'esantema scompare e rimane l'impronta gialla.
- **Strie di Pastia:** strie rubre nella regione flessoria degli arti (per fragilità vasale)
- **Dermatografismo bianco:** strisciando l'unghia sulla pelle rimane un segno bianco.

DIAGNOSI

- ▣ Quadro clinico
- ▣ Tampone faringeo
- ▣ Esame di laboratorio: ↑ VES e TAS, leucocitosi neutrofila e eosinofilia.

SCARLATTINA

COMPLICANZE

Precoci di tipo settico:

- Otite
- Osteomielite
- Artrite
- Miocardite
- Nefrite

Tardive:

- Malattia reumatica
- Glomerulonefrite

SCARLATTINA

Diagnosi differenziale

Morbillo:

- Nel quale sono presenti le mucositi (rinite, congiuntivite, laringite, bronchite);
- L'enantema nel morbillo precede l'esantema;
- L'esantema maculo-papuloso nel morbillo tende a rimanere con elementi staccati senza confluire.

TERAPIA

- Penicillina o meglio penicilline semisintetiche (amoxicillina o acido clavulanico) alla dose di 50-100 mg/Kg/die per 10 giorni;
- oppure macrolidi (eritromicina, ecc) alla dose di 30-40 mg/Kg/die per 10 giorni

***IV MALATTIA
(SCARLATTINETTA)***

Non rappresenta altro che una forma lieve di scarlattina.

V MALATTIA O MEGALOERITEMA

EZIOLOGIA: parvovirus B19 che si moltiplica nelle cellule della serie rossa del midollo.

CONTAGIOSITA': piuttosto bassa (25%)

TRASMISSIONE: goccioline di saliva

PERIODO DI INCUBAZIONE: 4-17 gg.

CLINICA

PERIODO PRODROMICO: cefalea, febbre o febbre, mialgia.

ESANTEMA: rosso, abbastanza rilevato, inizialmente a farfalla (**aspetto di viso schiaffeggiato**), poi diffonde alla superficie estensoria delle estremità e al tronco con aspetto a festoni (simile ad una forma allergica).

RISOLUZIONE LENTA, l'esantema può durare anche 1-2-3 settimane.







V MALATTIA O MEGALOERITEMA

COMPLICANZE

► **ANEMIE APLASTICHE** (anemia aplastica temporanea dopo contatto con Parvovirus B19 nei soggetti con condizione emolitica cronica);

► **FORME DI ARTRITE** (nel 10% dei bambini, più spesso negli adulti).

TERAPIA: sintomatica (antipiretici)

PROFILASSI: nessuna

VI MALATTIA O ESANTEMA CRITICO

EZIOLOGIA: Herpes virus tipo 6 (HHV-6)

EPIDEMIOLOGIA: colpisce esclusivamente i bambini tra 6 mesi e 2 anni di vita

TRASMISSIONE: aerogena, tramite le goccioline di saliva

INCUBAZIONE: 7-14 giorni

QUADRO CLINICO:

Periodo pre-esantemático

- febbre elevata (iperpiressia) per circa 3 giorni
- possibili convulsioni durante il rialzo febbrile
- sfebbramento rapido per crisi

• Periodo esantemático

- esantema fugace roseoliforme o morbilliforme, maculopapuloso soprattutto al tronco dopo lo sfebbramento (durata massima 48 ore).

TERAPIA: sintomatica



ALTRI ESANTEMI INFANTILI

Oltre alle cosiddette **malattie esantematiche classiche**, vi sono altre malattie che possono decorrere con esantema, quali:

⇒ **MONONUCLEOSI INFETTIVA**

⇒ **MALATTIA DI KAWASAKI**

⇒ **COXSACKIOSI**

⇒ **ALTRE VIROSI**

MONONUCLEOSI INFETTIVA

EZIOLOGIA: virus di Epstein-Barr (EBV) della famiglia degli Herpes-virus.

E' anche l'agente eziologico del linfoma di Burkitt, un linfoma maligno che colpisce i bambini negri dell'Africa e del carcinoma nasofaringeo dei cinesi.

Il virus infetta i linfociti B fondendo il suo DNA con quello della cellula e determinandone la moltiplicazione all'infinito (linfoblasti: fenomeno dell'immortalizzazione).

La cellula contiene l'antigene nucleare EBNA.

EPIDEMIOLOGIA: è una malattia diffusissima e la siero-conversione aumenta con l'età. Gli adulti sono quasi tutti siero-positivi.

TRASMISSIONE: con le goccioline di saliva (**malattia del "bacio" o dei "college"**).

CONTAGIOSITA': da 2 settimane prima delle manifestazioni cliniche a 6 mesi dopo la guarigione

INCUBAZIONE: 10-60 giorni.

MONONUCLEOSI INFETTIVA

CLINICA:

- ◆ anoressia, astenia, vomito, dolore agli arti;
- ◆ febbre alta di durata molto variabile (pochi giorni o anche un mese);
- ◆ angina rossa (o pseudo-membranosa o lacunare “a placche”);
- ◆ linfadenopatia cervicale posteriore;
- ◆ epatomegalia e splenomegalia;
- ◆ nel 5% dei casi edema palpebrale
- ◆ esantema maculo-papuloso (10 %) simile a quello della rosolia o del morbillo.





MONONUCLEOSI INFETTIVA

DIAGNOSI

◆ CLINICA

- ◆ **EMOCROMO: leucocitosi con linfomonocitosi assoluta** con aumento sia dei mononucleati normali sia per la comparsa in circolo di alcuni linfociti atipici detti “attivati”: sono linfociti T che non contengono il virus e che si oppongono (insieme ai linfociti NK) alla proliferazione dei linfociti infetti.
- ◆ **Aumento modesto delle transaminasi** (quasi costante)
- ◆ **Reazioni sierologiche:**
 - reazione di Paul-Bunnell delle agglutinine eterofile (aspecifica, ma precoce);
 - titoli anti-VCA di tipo IgM;
 - gli anticorpi anti-EBNA che sono gli ultimi a comparire e indicano per lo più un'infezione non più recente.

MONONUCLEOSI INFETTIVA

PROGNOSI: è buona.

Rarissime le complicanze: respiratorie (broncopolmonite interstiziale);
ematologiche (piastrinopenia, anemia emolitica, rottura di milza);
cardiache (miocarditi);
neurologiche (meningo-encefaliti, sindrome di Guillain-Barrè).

Possibile gravità in soggetti immunodefedati: sovrinfezioni gravi, tumori.

TERAPIA:

Sintomatica: antipiretici (paracetamolo), ma non l'Aspirina (rischio di sindrome di Reye).

Secondo Alcuni nei casi più gravi e prolungati: cortisonici.

MALATTIA DI KAWASAKI

La **malattia di Kawasaki o sindrome linfo-muco-cutanea** è una vasculite sistemica ad eziologia ignota, che colpisce i bambini piccoli sotto i 5 anni.

EZIOLOGIA: ignota, per alcuni virale, o secondo alcuni Autori, è su base immuno-allergica.

CLINICA: caratterizzata da un decorso suddiviso in tre stadi:

- 1) Fase acuta infettiva (circa 10 giorni)
- 2) Fase subacuta (10-35 giorni) caratterizzata da reazione immunitaria iperergica
- 3) Fase di convalescenza della durata di mesi

CRITERI DIAGNOSTICI

- (1) Febbre elevata per più di 5 giorni, resistente ad antibiotici e antipiretici;
- (2) Congiuntivite;
- (3) Lesioni del cavo orale (labbra secche, screpolate; lingua a lampone, enantema);
- (4) Lesioni delle mani e dei piedi: edemi, eritema palmo-plantare, desquamazione cutanea dei polpastrelli e fissurazioni ungueali (linee di Bow's);
- (5) esantema polimorfo al tronco;
- (6) adenite latero-cervicale non purulenta.

Per formulare la diagnosi sono necessari almeno cinque dei sei criteri riportati.



adam.com



adam.com



MALATTIA DI KAWASAKI

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

DECORSO: per lo più benigno

COMPLICANZE: interessamento cardiaco a livello delle coronarie (**aneurismi e trombosi**), 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-salicilico (Aspirina) inizialmente ad alte dosi ad uso antinfiammatorio fino a quando la febbre non scompare (50-80 mg/Kg/die), successivamente si continua a basse dosi ad uso antiaggregante (3-5 mg/kg/die).

INFEZIONI DA VIRUS COXSACKIE

I coxsackie sono enterovirus ubiquitari responsabili di malattie che in genere hanno un decorso bifasico:

- 1° fase: localizzazione alla mucosa respiratoria o intestinale e ai linfonodi;
- 2° fase: disseminazione con localizzazione cutanee, polmonari, cardiache, muscolari, nervose.

EPIDEMIOLOGIA: si trasmettono per lo più con meccanismo feci → mano → bocca.

QUADRI CLINICI:

- **malattia febbrile indifferenziata:** febbre, mialgie, rash cutaneo maculo-papuloso;
- **herpangina:** febbre per 3-7 giorni, esantema vescicolare in gola;
- **sindrome mano-piede-bocca:** cosiddetta per le zone colpite dalle vescicole;
- **pleurodinia:** febbre e dolori toracici;
- **miosite**
- **epatite**
- **miocarditi e pericarditi**
- **meningo-encefaliti**
- **broncopolmoniti**