

## MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Novembre 2002

numero 9

## PEDIATRIA PER L'OSPEDALE

## Le malattie del viaggiatore

a cura di Giorgio Bartolozzi

---

vai alla parte seconda

vai alla parte terza

E' stato calcolato che ogni giorno nel mondo un milione e mezzo di persone si spostano da un Paese all'altro. Ogni anno circa 15 milioni di persone lasciano il nostro Paese per recarsi all'estero. Alle persone che si recano all'estero per ragioni di lavoro o per trovare la famiglia, si aggiunge ogni anno un numero sempre più elevato di viaggiatori che, in occasione per lo più di viaggi organizzati, hanno il solo scopo di conoscere Paesi stranieri ed esotici, diversi dal nostro e Società diverse dalla nostra. Con questi spostamenti viene aumentata la possibilità di ammalarsi di malattie infettive, peraltro rare o assenti nel nostro Paese, e quindi d'importare in Italia agenti patogeni, dei quali siamo assolutamente indenni.

Molti si recano in aree a rischio, spesso senza tanto riflettere sui possibili pericoli e molti di questi visitatori sono bambini, in buona parte di età inferiore ai 2 anni. Viene calcolato che dal 20 al 70% delle persone che intraprendono un viaggio da un Paese industrializzato a uno in via di sviluppo presenti una qualche malattia, associata al loro spostamento. Sebbene la maggior parte delle malattie acquisite durante il viaggio sia lieve, dall'1 al 5% dei viaggiatori ha una malattia abbastanza evidente da richiedere l'attenzione del medico, durante o subito dopo il viaggio. Lo 0,1% richiede un rimpatrio per ragioni mediche e 1 su 100.000 perde la vita (Steffen R. et al., 1987).

Per i lattanti e per i bambini che si accingano a intraprendere viaggi internazionali per prima cosa è necessario controllare se siano in regola con le vaccinazioni, obbligatorie e raccomandate (suddivisione ormai inaccettabile) in Italia, per la loro età. Se il soggiorno dovesse prolungarsi per molti mesi o per anni è bene provvedere, prima della partenza a praticare le vaccinazioni in scadenza.

In secondo luogo bisogna provvedere a considerare alcune malattie, come il colera, la febbre gialla, l'epatite A, la malattia meningococcica, la febbre tifoide, la rabbia, l'encefalite giapponese e l'encefalite da morso di zecca, per le quali esiste una vaccinazione specifica e per le quali è presente una legislazione particolare in numerosi Paesi; oltre a queste vanno considerate la vaccinazione contro l'epatite B, il morbillo, la polio, il tetano e la difterite. Fra queste la vaccinazione contro la febbre gialla va presa in particolare considerazione, perché la profilassi attiva contro questa malattia è obbligatoria in parecchi Paesi.

I viaggiatori in zone tropicali o subtropicali sono inoltre esposti al rischio di malaria, dengue e altre malattie per le quali

non esistono vaccini: in questi casi è necessario adottare le misure per la profilassi antimalarica, le precauzioni per le punture d'insetto e le misure preventive per il consumo di acqua e di cibi.

Una considerazione va fatta a questo punto: spesso la vaccinazione contro una malattia conferisce al vaccinato una sicurezza d'invulnerabilità che può rivolgersi tutta a suo danno; è necessario infatti sottolineare alla persona che si prepara per un viaggio all'estero in una regione a rischio, che la vaccinazione non deve eliminare affatto la necessità di rispettare le comuni norme igieniche per la prevenzione delle infezioni di qualunque tipo esse siano (G. Bartolozzi, 2002). E' solo dalla concorrenza della vaccinazione con l'applicazione di corrette norme igieniche che sarà possibile raggiungere lo scopo finale della difesa dell'individuo.

Termometro con custodia rigida

Fasce, garze sterili, cerotti

Disinfettanti cutanei, colliri

Crema solari a elevata protezione (> 24)

Zanzariera impregnata

Compresse per la sterilizzazione dell'acqua

Farmaci antimalarici

Preparazioni per soluzioni saline (per es. Dicodral 60)

Antipiretici (paracetamolo), diazepam per convulsioni febbrili

Antibatterici (cotrimossazolo, amoxicillina)

La prova alla tubercolina prima della partenza viene raccomandata per i viaggiatori che intendano risiedere nei Paesi in via di sviluppo per periodi medio-lunghi. Viene comunemente raccomandato di controllare tutti i soggetti che rientrino dalle zone endemiche.

Esistono molte pubblicazioni riguardanti i viaggi all'estero, la più importante delle quali è edita dall'Organizzazione Mondiale di Sanità e vede la luce ogni anno. Per conoscere i rischi legati al Paese verso il quale viene deciso di intraprendere un viaggio è utile leggere alcuni indirizzi internet, nei quali sono riportate tutte le situazioni a rischio e le modalità di prevenirle. Il testo è continuamente aggiornato.

<http://www.cdc.travel.gov>

<http://www.istm.org/geosentinel/main.html>

<http://www.tropnet.net>

Come abbiamo già detto, la prima cosa da fare di fronte a un lattante o ad un bambino che si debba recare all'estero, è quella di controllare che egli sia in regola con le vaccinazioni previste nel nuovo calendario nazionale (DM 7 aprile 1999), come la difterite, tetano e pertosse, antipolio, epatite B, Haemophilus influenzae tipo b, morbillo-parotite-rosolia. Va considerato nel singolo caso se non convenga, quando si

preveda che il soggiorno duri per qualche mese, anticipare alcune immunizzazioni, che sarebbero in scadenza entro poco tempo.

*Vengono di seguito prese in considerazione le manifestazioni cliniche e le diagnosi delle più comuni e importanti malattie infettive, che colpiscono le persone che hanno compiuto un viaggio nei Paesi in via di sviluppo.*

### LA FEBBRE

Circa il 3% delle persone che hanno eseguito un viaggio internazionale, per brevi periodi tornano a casa con la febbre (Ryan E.T. et al., 2002).

Vi sono alcuni punti che risultano essenziali per la diagnosi:

- La storia del viaggio;
- Il probabile periodo d'incubazione;
- Storia dell'esposizione;
- Segni e sintomi associati;
- Durata della febbre;
- Stato d'immunizzazione;
- Uso e non uso della chemioprolissi antimalarica;
- Grado di aderenza a un regime di chemioprolissi

La determinazione approssimativa della lunghezza del periodo d'incubazione può aiutarci a scartare alcune possibili cause di febbre. Per esempio se la febbre insorge dopo 21 giorni dal ritorno dal viaggio, alcune malattie, come il dengue, le infezioni da rickettsie, le febbri emorragiche (febbre gialla e febbre di Lassa) è difficile che siano presenti, a parte la storia stessa dell'esposizione.

Se sono utili per la diagnosi, possono essere intraprese, già inizialmente, delle indagini, come l'esame dello striscio periferico per escludere la malaria, la formula leucocitaria, la ricerca degli enzimi epatici, l'analisi delle urine, l'emocultura e quella dalle feci e dalle urine ed eventualmente alcuni specifici esami sierologici (per il virus dengue, rickettsie, schistosomi, leptospira e HIV). Talvolta può riuscire utile anche una Rx del torace.

### FEBBRE ISOLATA: MALARIA

La malaria è la causa più importante di febbre fra le persone che di recente hanno compiuto un viaggio nei Paesi tropicali. Poiché la malaria da *Plasmodium falciparum* può essere rapidamente fatale, deve essere rapidamente scartata in tutte le persone febbrili di ritorno da un viaggio in un Paese malarico. Negli Stati Uniti circa il 90% delle infezioni da *Plasmodium falciparum* sono acquisite nell'Africa sub-sahariana e circa il 90% delle persone infettate mostra i sintomi entro un mese dal loro ritorno. Al contrario oltre il 70% dei casi di malaria dovuta a *Plasmodium vivax* sono acquisite in Asia o in America latina; tuttavia solo il 50% dei viaggiatori infettati con *Plasmodium vivax* cominciano ad avere sintomi entro un mese dal loro ritorno; in circa il 2% la febbre si sviluppa oltre un anno più tardi. Le persone che visitano le famiglie e gli amici, mentre viaggiano all'estero, sono particolarmente a rischio e sono responsabili di circa il 40% dei casi di malaria negli Stati Uniti.

| Età dei pazienti | Numero dei casi |
|------------------|-----------------|
| 0-19 anni        | 91              |
| 20-39 anni       | 518             |
| 40 anni e più    | 252             |
| Non noto         | 125             |
| Totale           | 986             |

In Italia nel 2000 ci sono stati 986 casi di malaria, soprattutto nella classe di età fra 20 e 39 anni (vedi tabella 2). Si sono ammalati 730 maschi contro 256 femmine (rapporto di 3 a 1). Nella gran parte dei casi le persone ammalate provenivano dall'Africa (vedi tabella 3).

| Provenienza | Numero di casi |
|-------------|----------------|
| Africa      | 850            |
| Asia        | 44             |
| Americhe    | 31             |
| Oceania     | 3              |
| Non noto    | 57             |
| Totale      | 985            |

| Tipo di plasmodio | Numero di casi |
|-------------------|----------------|
| P. falciparum     | 797            |
| P. vivax          | 108            |
| P. malariae       | 14             |
| P. ovale          | 62             |
| Forme miste       | 5              |
| Totale            | 986            |

| Motivo dell'espatrio | Numero di casi |
|----------------------|----------------|
| Lavoro               | 116            |
| Turismo              | 140            |
| Residenza            | 22             |
| Missioni/volontari   | 56             |
| Visita a parenti     | 417            |
| Non noto             | 234            |
| Totale               | 985            |

E' in crescita costante la resistenza dei parassiti malarici ai farmaci specifici. Sebbene gli antimalarici comunemente consigliati siano efficaci, non garantiscono al cento per cento la protezione verso la malaria, per cui questa patologia rimane un'importante probabilità diagnostica nei viaggiatori con febbre, senza tener conto del fatto che essi abbiano assunto o meno dei farmaci antimalarici a scopo preventivo. Sebbene il comportamento della febbre sia di rado diagnostico, non bisogna dimenticare che una febbre che insorge a intervalli regolari di 48-72 ore, è virtualmente patognomica delle infezioni da *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* e *Plasmodium malariae*. Altri sintomi all'esordio sono la cefalea, la tosse, i problemi gastro-intestinali e molti altri, così tanti che nei viaggiatori con febbre la malaria deve essere considerata, senza alcun rapporto con la presentazione clinica.

L'esame dello striscio deve essere ripetuto almeno una volta dopo 12-24 ore dalla prima valutazione, se il primo striscio è stato negativo e se la malaria è ancora sospettata. Altri reperti caratteristici sono la trombocitopenia e la leucocitosi. Vi può essere splenomegalia.

Il decorso clinico della malaria da *P. falciparum* non è prevedibile, per cui i viaggiatori non immuni per questo tipo di malaria debbono essere ricoverati in ospedale per rendere più facile una terapia tempestiva e per il monitoraggio delle complicazioni.

I farmaci antimalarici vanno somministrati per via parenterale se ci sono le prove di una malaria grave (insufficienza renale, difficoltà respiratoria, perdita di conoscenza, convulsioni, stato di shock o grave anemia) o se i livelli di *P. falciparum* nel sangue superano il 4% dei globuli rossi esaminati in un paziente non immune.

### **Bibliografia**

- Bartolozzi G.: Vaccinazioni in situazioni particolari, in G. Bartolozzi: Vaccini e vaccinazioni, Masson Ed., Milano 2002, pag. 105-166
- Ryan E.T., Wilson M.E., Kain K.C.: Illness after international travel, *N Engl J Med* 347:505-16, 2002
- Steffen R., Rickenbach M., Wilhelm U. et al.: Health problems after travel to developing countries, *J Infect Dis* 156:84-91, 1987