



a cura di
Dr. Giovanni Bisignani
Direttore UOC Cardiologia
ed UTIC Ospedale Castrovillari

l'Ora della Salute

Chiedete allo specialista

Inviare le vostre domande a proposito dei temi trattati in questa pagina a giovanni.bisignani@calabriaora.it. Riceverete risposta per mail o, in forma anonima, nel prossimo numero del giornale.

LA TUBERCOLOSI: UNA MALATTIA RIEMERGENTE

Contrariamente a quanto previsto la Tuberculosis ritenuta solo come malattia dell'anziano ed in via di estinzione è riemersa, a partire dagli anni '80, manifestandosi in tutte le età, colpendo in particolare i soggetti che a causa di precarie condizioni socio-economiche e a causa di malattie e/o terapie immunosoppressive sono affetti da deficit del sistema immunitario.

La nostra realtà quotidiana di paese industrializzato è stata negli ultimi anni investita dal problema tubercolare in particolare a causa dei flussi migratori che, assieme alla patologia HIV, hanno rimesso in moto il contagio.

Nel 2003 nei primi 15 Paesi membri dell'Unione Europea 15 persone su 100.000 erano malate: nei paesi dell'ex Unione Sovietica sono aumentate a 100 persone su 100.000.

A dimostrazione della rilevanza del problema ricordo che la Tuberculosis dopo l'AIDS è la prima causa di morte per malattia infettiva nel mondo.

Nell'intero globo nel 2011 l'OMS ha stimato ben 8,7 milioni di casi, con 1,4 milioni di decessi.

In particolare in Africa subsahariana l'incidenza è di 250 casi/100.000 abitanti con tendenza a crescere dalla nascita in poi, raggiungendo l'apice verso i 35-40 anni e poi decrescere in età avanzata.

In Europa nel 2010 si sono verificati 309.648 casi con un'incidenza media di 34 casi/100.000 abitanti.

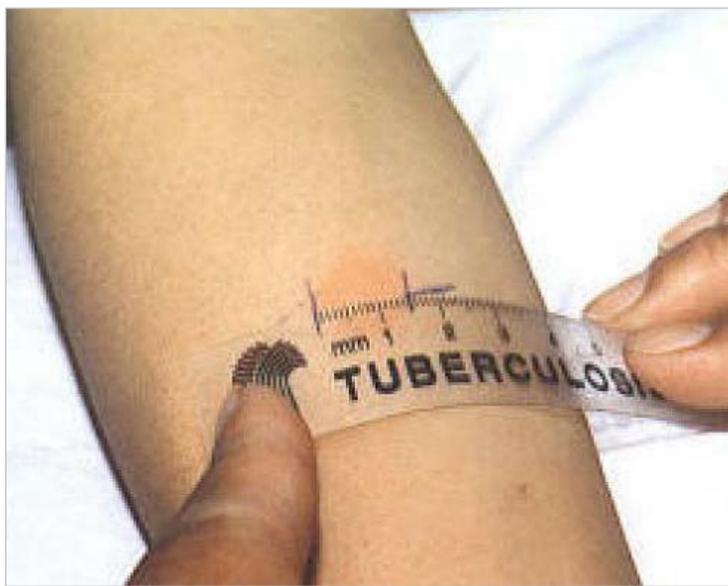
Sempre nel 2010 in Europa sono stati diagnosticati ben 29000 (13,7%) casi di Tuberculosis multiresistente cioè con capacità di resistere ai comuni farmaci antitubercolari: questo comportamento del bacillo costituisce un'altra causa di allerta e di applicazione di sforzi scientifici per evitarne l'incremento che sarebbe fonte di ulteriore diffusione dell'infezione e successivamente della malattia. Tornando all'andamento della TBC nei paesi europei industrializzati nelle varie fasce di età cresce progressivamente con impennate anche dai 55 anni in poi.

L'Italia è considerato un paese a bassa epidemia, cioè con un'incidenza inferiore a 10 casi/100.000 abitanti.

Nel 2008 i casi in Italia sono stati 4418 di cui il 73% nel Nord; il 10% nelle regioni del Sud e nelle isole ed il 25% a Milano e Roma.

In particolare nel nostro paese l'incidenza scende, come in Africa, nei soggetti con più di 65 anni; cresce, come in Europa industrializzata, fin dalla nascita, verso le fasce di età 0-14 anni, 15-24 anni, 24-65 anni.

La rilevante quota di immigrati



che ospitiamo nel nostro paese è responsabile dell'incremento dei casi fino all'età di 35 anni; mentre i casi registrati oltre 55 anni sono immessi dal serbatoio di casi TBC di nazionalità italiana.

Scendendo nella nostra realtà calabrese l'incidenza della TBC fra i nati in Calabria è di 2 casi/100.000 abitanti, mentre fra gli immigrati che ospitiamo è di 60 casi/100.000.

La nostra Divisione di Malattie Infettive è ben attrezzata per fronteggiare tale fenomeno tubercolare in quanto (e ciò costituisce una preziosa ed unica realtà strutturale nel nostro territorio regionale) è dotata di 5 stanze di isolamento respiratorio dotate di sistema di commutazione della pressione in negativo-positivo che consente di ricoverare i casi di TBC polmonare cavitaria diffusa.

Anche la patologia HIV costituisce terreno di immunodepressione sul quale può facilmente innestarsi la TBC: in Italia registriamo ben 20% di casi di infezione HIV in pazienti affetti da tubercolosi; nel Sud-Africa si giunge ad una percentuale del 50% di infezioni HIV in tubercolotici

DOVE SI ANNIDA, COME SI TRASMETTE E COME SI MANIFESTA LA TBC

Il bacillo di Koch cresce e si sviluppa in particolare dove regnano le scarse condizioni igieniche, in ambienti polverosi, umidi, lontano dalla luce solare in carenza di ossigeno (da qui la definizione di bacillo anaerobico oltre che bacillo acido-alcol resistente).

La via inalatoria è quella che ha maggiore rilevanza epidemiologica ed avviene tramite le secrezioni respiratorie espulse con la tosse dai

soggetti malati e bacilliferi.

L'espulsione può avvenire nel parlare, starnutire, tossire.

In genere l'espulsione è più facilitata con le vie aeree se nel polmone del malato esistono delle vere e proprie cavità (caverne) che contengono un gran numero di bacilli, per cui la spiccata carica batterica riveste un ruolo determinante per la trasmissione dell'infezione.

Il soggetto a contatto con la fonte dell'infezione è più recettivo se appartiene alla categoria degli immunodepressi, malati cronici, debilitati, pazienti sottoposti a terapie cortisoniche, immunosoppressive, HIV positivi.

Ma pur ammettendo siffatta debolezza del sistema immunitario, il contatto con la potenziale fonte d'infezione tubercolare deve essere stretto (a meno di un metro di distanza), regolare e ripetuto.

Per i soggetti immunocompetenti, dotati cioè di un sistema immunitario integro, un contatto fugace e non ravvicinato non costituisce occasione di contagio.

Il Medico di Fiducia o di PS o l'Infettivologo o Pneumologo che per primo esamina il paziente che a lui si rivolge deve porre sospetto di TBC polmonare nei seguenti casi:

Se c'è febbre associata ad una radiografia toracica con infiltrati apicali o escavazioni, adenopatia ilare o lesioni nodulari o miliariche (in HIV sono colpiti anche i lobi medi-inferiori).

Oppure se il paziente accusa tosse persistente da almeno 15 giorni o emottisi o febbre da almeno 7 giorni associati a sudorazioni notturne o sintomi respiratori o perdita di peso inspiegabile o dolore toracico nelle seguenti condizioni: che si manifesti

no in soggetti a stretto contatto con TBC attiva; che si manifestino in immigrati provenienti da paesi ad alta epidemia; che si manifestino in senza tetto, ospiti di case d'accoglienza, lungodegenze, case di detenzione; che si manifestino in malati cronici e/o affetti da deficit immunitari; che si manifestino in pazienti precedentemente affetti da TBC; che si manifestino in pazienti con positività alla intradermoreazione di Mantoux.

LA PAURA PER QUEL ROSSORE SUL BRACCIO!

Spesso su consiglio medico o per dovere medico in ambito dell'Igiene Pubblica e/o della Pubblica Amministrazione alcuni soggetti vengono sottoposti all'intradermoreazione di Mantoux (la vecchia tubercolina) che viene praticata sulla superficie volare dell'avambraccio: se dopo 48-72 ore nella sede dell'iniezione compare il rossore e/o la rilevatezza cutanea (si sollevano i margini dell'area) l'esito della risposta viene classificato positivo.

Tale risultato non deve essere interpretato come spesso accade con terrore semmai con prudenza: infatti il rossore fa capire che il soggetto è, anche in epoche precedenti, entrato in contatto col bacillo ed ha giustamente alzato i radar difensivi e sviluppato la memoria immunologica dell'incontro col bacillo.

Nella vita di ognuno di noi è facile incontrare il bacillo della tubercolosi, ma ricordiamo che sappiamo difenderci!

Nei casi dunque della positività della Mantoux bisogna affidarsi allo Specialista Infettivologo o Pneumologo tramite una visita specialistica ambulatoriale autorizzata: lo Specialista farà effettuare gli espettorati per BK (bacillo di Koch) diretti e colturali, l'Rx torace per gli adulti (se necessario per i piccoli deciderà il pediatra collaborando con i citati Specialisti), la ricerca di BK in urina.

Tali indagini devono essere effettuate per escludere esistenza di malattia tubercolare attiva.

Eventuale profilassi per i soggetti che stanno a contatto significativo o che hanno avuto contatto significativo con provate sorgenti di infezioni tubercolari o per il personale sanitario esposto al bacillo verranno decise dall'Infettivologo o Pneumologo.

Chi ha praticato vaccino antitubercolare in passato (a meno che non siano trascorsi più di 10 anni) può risultare positivo alla Mantoux.

Il vaccino antitubercolare (il BCG) è obbligatorio per i bambini inferiori a 5 anni cutinegativi che abbiano contatto significativo con TBC attiva e

per personale sanitario cutinegativo che svolga l'attività in ambiente a rischio TBC e per personale sanitario che in caso di cuticonversione non possa fare la chemioprophilassi.

LA REALTÀ DELLA NOSTRA PROVINCIA

Presso la Nostra Divisione di Malattie Infettive nel corso del 2011 abbiamo ricoverato 15 casi di Tuberculosis, nel 2012 16 casi di Tuberculosis.

Ricordo che la Divisione di Malattie Infettive dell'AO di Cosenza deve fronteggiare le patologie infettive della più numerosa popolazione di Provincia della Calabria che è quella di Cosenza che conta ben 780.000 abitanti.

La Provincia di Cosenza ospita intorno a 24.000 immigrati (Reggio Calabria 25.000 e Catanzaro 13.000): dal 2002 al 2010 è la Provincia che registra il maggior aumento percentuale di residenti stranieri, precisamente del 400%.

L'adeguato livello scientifico dei Medici della Divisione pone i pazienti nella sicurezza di distinguere fra guarigioni microbiologiche, cliniche, recidive, reinfezioni, risoluzioni definitive.

Assistere tali pazienti, spesso stranieri, esige prescrizioni, esami, visite che i Nostri sanitari quotidianamente svolgono secondo precisi appuntamenti ambulatoriali che durano anche per un anno e più.

E' grazie alla quotidiana collaborazione con l'ASP di Cosenza e Provincia che la Nostra Divisione potrà continuare a fronteggiare il riemergere dell'infezione tubercolare che i flussi migratori e le immunodepressioni hanno portato nuovamente alla ribalta.

Dr. Franco Cesario



Dr. Franco Cesario
Direttore UOC
Malattie Infettive
Ospedale Cosenza