



**fimp**  
**Toscana**  
Federazione Italiana Medici *Pediatrici*

**LA SCABBIA:**  
impariamo a riconoscerla  
ed a curarla

Carlo Mazzatenta  
Andrea Bassi

Webinar  
**8 maggio 2024**  
**21:00 - 23:00**

**Dr. Carlo Mazzatenta , Dr. Andrea Bassi**

Dermatologia, Azienda Ospedaliera Toscana Nord Ovest, Lucca

# Acariasi umane NON scabbia

**Argas reflexus (zecca del piccione)**

**Acaro della gallina**

**Trombicula (selvaggiame), Acaro dei tarli, Acaro del gatto**

- Tutti questi acari possono aggredire l'uomo
- Danno origine a dermatosi molto pruriginose
- Possono essere causa (insieme agli insetti) di Strofalo
- Non ha senso trattarli con antiparassitari (non vivono sull'uomo).

# Gli acari della scabbia

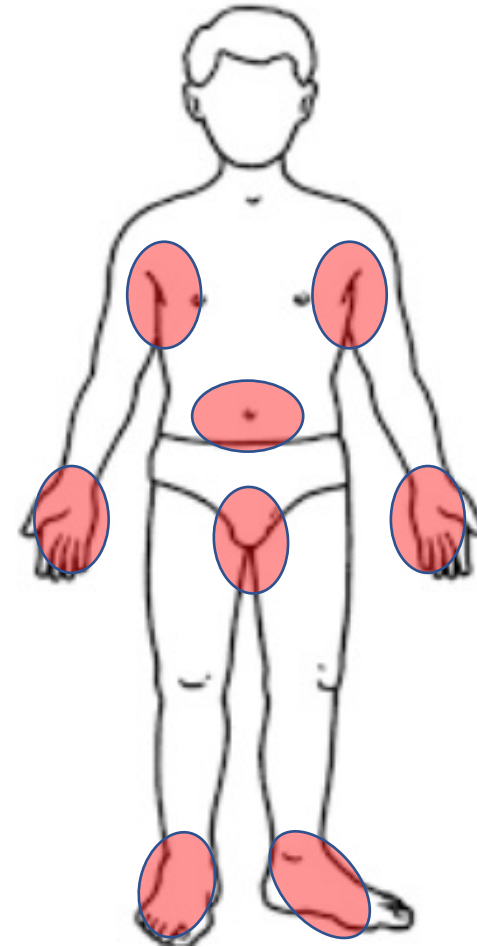
- Ad ogni specie il suo acaro (e la sua scabbia)



- *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*
- *Sarcoptes scabiei* var. *canis*
- *Sarcoptes scabiei* var. *cuniculi*
- *Sarcoptes scabiei* var. *Suis*
- .....
- *Notoedres cati*

# Interazione con l'ospite

- Nel corso della infestazione l'acaro **cerca attivamente** le sedi più adatte alla riproduzione
- Non sono chiari i segnali che guidano il sarcoptes verso queste sedi presumibilmente si tratta di un insieme di
  - Segnali chimici (sostanze volatili, ormoni, sudore, sebo)
  - Temperatura ed umidità
  - Spessore della pelle
  - Assenza di peli terminali



# *Storia naturale (in assenza di terapia)*

---

- 1) Infestazione
- 2) Incubazione
- 3) Prurito e dermatite progressivamente ingravescenti (Max num di acari 100 su tutta la superficie corporea. Media: 15)
- 4) Riduzione del prurito e del numero degli acari
- 5) Fase di infestazione cronica con presenza di pochi acari e poche lesioni sparse spesso di aspetto atipico

## *Scabbia classica: evoluzione clinica*

---

- L'infestazione è del tutto asintomatica
- Dopo 30-60 giorni dalla infestazione si sviluppa una reazione allergica alla saliva ed alle feci del *Sarcoptes* che rende ragione del prurito
- Il prurito prevalentemente notturno è il tipico sintomo associato alla infestazione
- Al prurito si associa un eritema che non è localizzato solo nelle aree di presenza dell'acaro.

# Scabbia classica

- Alle classiche lesioni ai polsi si associa una diffusa dermatite maculo eritematosa diffusa a tutto il tronco
- Sono interessate dall'esantema anche regioni in cui non è presente l'acaro



# Scabbia nodulare



- Evoluzione sovrapponibile alla forma classica
- Si caratterizza per la comparsa di noduli intensamente pruriginosi
- La prevalenza della presenza di noduli può essere un fattore confondente
- Nelle forme inveterate sono le lesioni prevalenti
- Le forme nodulari sono tipiche della prima infanzia con localizzazione alle pieghe ascellari ed inguinali
- Nell'adulto spesso segno di infestazione inveterata



# *La scabbia norvegese (crostosa)*

---

- Ha questo nome perché descritta per la prima volta in una casa di riposo in Norvegia
- In realtà si osserva ovunque
- Si manifesta tipicamente in pazienti
  - Immunodepressi
  - Immobilizzati
  - Con deficit neurologici
- Molto rara in età pediatrica (ancor più rara se immunocompetenti)

# Cosa chiedere ?

---

- Ha prurito?
- Ha avuto contatti **PROLUNGATI** con casi sospetti o certi di scabbia?
- Prurito prevalentemente o esclusivamente notturno?
- Da quanto tempo è comparso?  
(importante per DD con altre patologie infiammatorie meno acute)
- Si gratta solo il bambino o altri membri del nucleo familiare?

# Le chiavi del sospetto...

---

- Prurito ingravescente
- Il bambino entra in studio molto spesso grattandosi varie sedi
- Le sedi di grattamento sono spesso prive di particolari lesioni (fianchi, braccia)
- Il prurito peggiora a tarda sera e rende il sonno difficile

# Le chiavi del sospetto...

---

- Lesioni squamo crostose ad andamento curvilineo a livello
  - palmare
  - superficie laterale delle mani
  - Interdigitale
  - ascelle
  - glutei
  - plantare
- Lesioni vescico pustolose a livello palmo plantare
- Esantema maculare diffuso non necessariamente nelle aree di pertinenza degli acari
- Noduli eritematosi a livello dei cavi ascellari (quasi patognomonic) e del dorso

# Ma molte volte ....

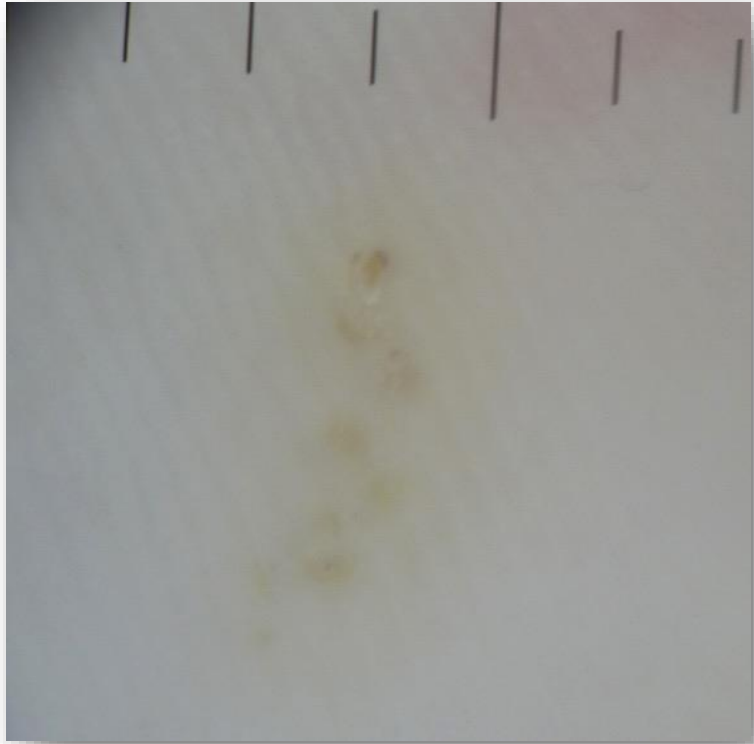
---

- Molti mesi di prurito...
  - Ingravescente
  - Notturmo
  - Resistente ad antistaminici e steroidi



# Diagnosi dermoscopia

---



- Con la dermoscopia è possibile osservare una immagine patognomonica della infestazione da Sarcoptes: la cosiddetta immagine del Jet

## Scabbia sospetta

- ✓ lesioni tipiche in sedi tipiche e 1 caratteristica anamnestica\*
- ✓ lesioni atipiche o in sedi atipiche e 2 caratteristiche anamnestiche\*

## Scabbia confermata

- ✓ lesioni (cunicoli) documentate dermoscopicamente  
e/o
- ✓ isolamento dell'acaro con esame microscopico

\* prurito \* storia positiva di contatti

Engelman D et al., *The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies*. Br J Dermatol. 2020

# Cosa è un contatto stretto:

---

- Individui che dormono nella stessa dimora
- Individui che condividono un letto (compresi i partner sessuali)
- Bambini nella stessa classe o che giocano a stretto contatto insieme
- Adulti con noto contatto pelle-pelle
- «Amici del cuore..» (ndr)

Engelman D et al., *The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies*. Br J Dermatol. 2020

# BJD

British Journal of Dermatology  
IMPROVING PATIENT OUTCOMES IN SKIN DISEASE WORLDWIDE



# Primo riassunto

1

- Molti acari possono dare patologia dermatologica
- La scabbia è data da infestazione da *S Scabiei var hominis*

2

- Tra l'infestazione e i primi sintomi passano molte settimane
- Il sintomo dominante è il prurito notturno ingravescente

3

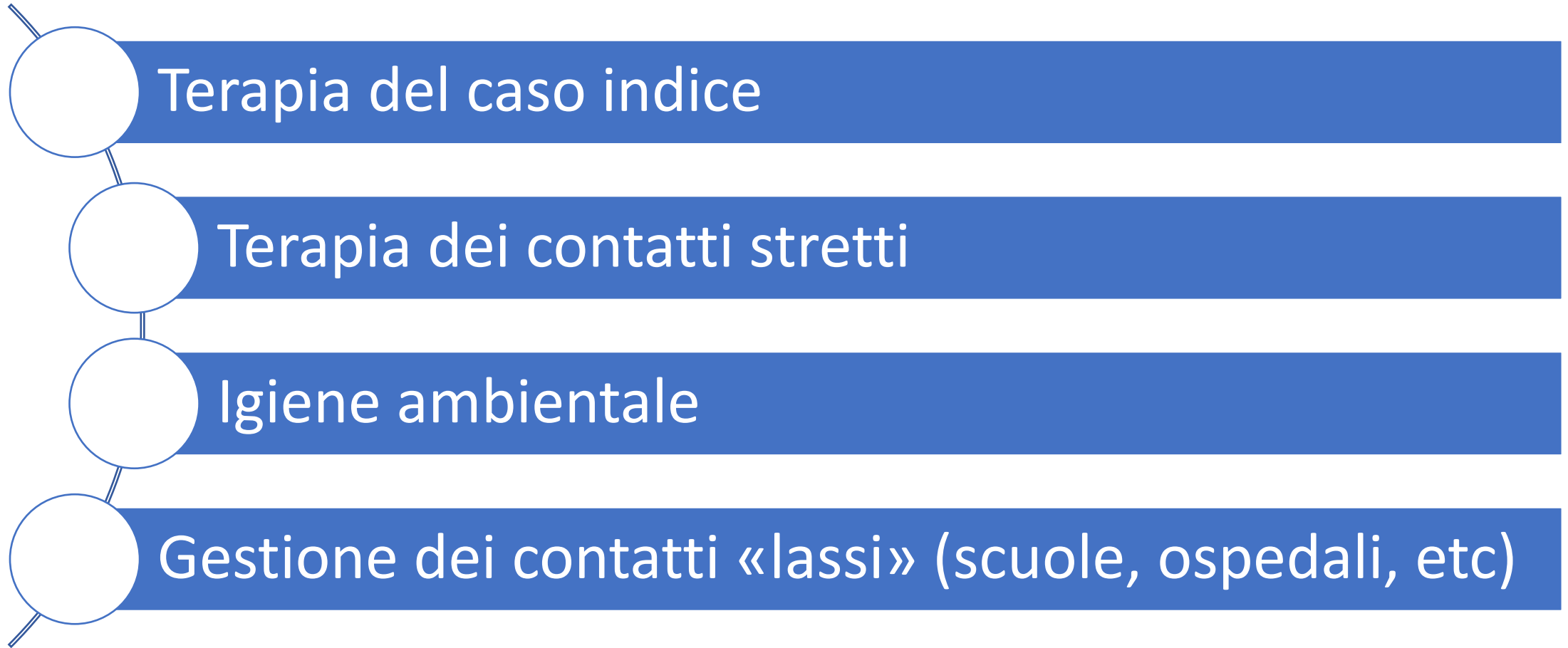
- Una accurata anamnesi ed una accurata valutazione clinica possono far sorgere il sospetto

4

- Il sospetto (diagnosi di sospetta scabbia) può essere confermato con dermatoscopio o microscopio

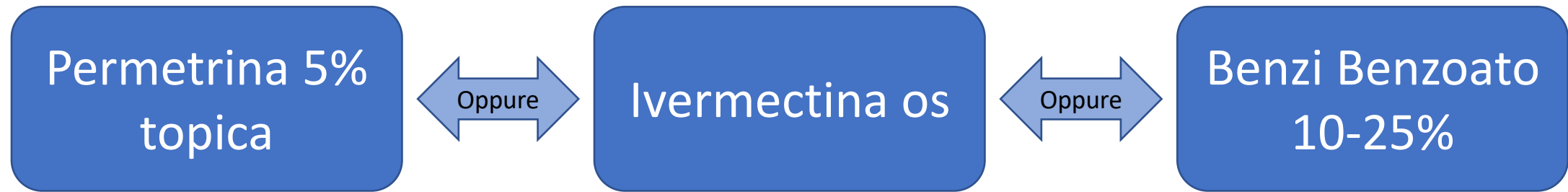
# La terapia della scabbia è «multidimensionale»

---

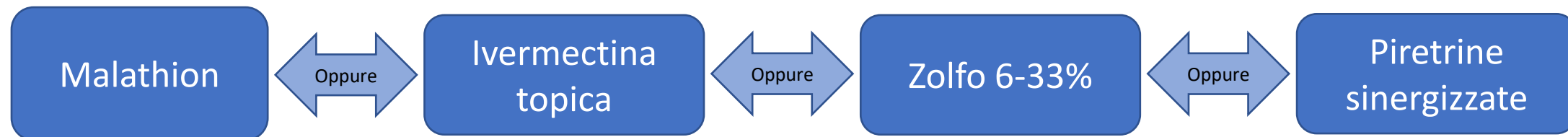


# Quindi ad oggi secondo tutte le linee guida

## PRIMA LINEA TERAPEUTICA



## Seconda linea terapeutica



# Secondo riassunto.....

1

- La terapia deve tener conto di molti aspetti
- Se non si gestiscono tutti, fallimenti terapeutici e recidive sono frequenti

2

- La **terapia di scelta** secondo le linee guida attuali si basa su **permetrina - BB - ivermectina**

3

- Molti dati clinici e sperimentali sembrano confermare una tolleranza del SS alla terapia con permetrina

4

- Possibile che **il gran numero di fallimenti terapeutici** sia dovuto al combinato disposto di **tolleranza alla permetrina** e altri fattori quali ad **ex mancato trattamento dei contatti**

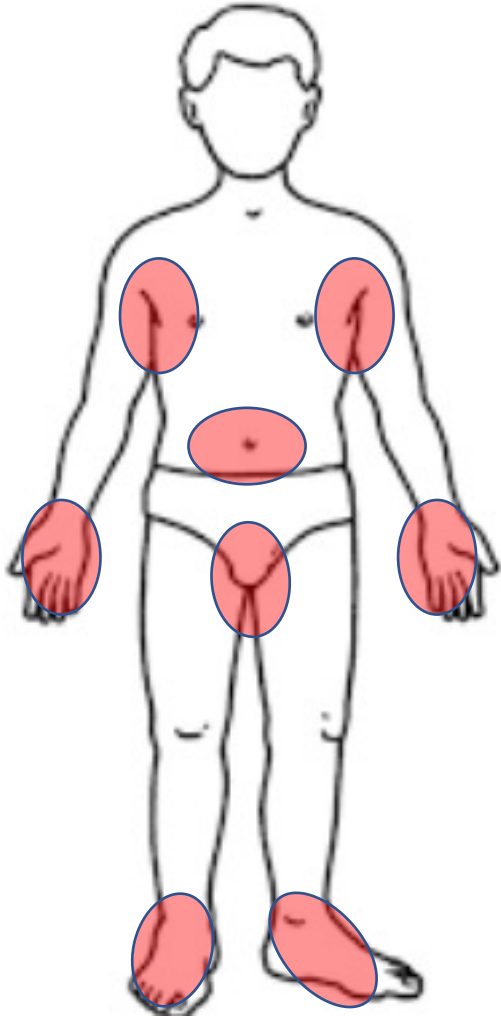
# Informazione ai pazienti

---

- E' necessario assicurarsi che i pazienti abbiano compreso le modalità di terapia di igiene ambientale e di terapia dei contatti
- E' importante quindi **dare istruzioni scritte su quanto fare**

(ndr auspicabile produzione di documenti multilingua da parte della Regione)

# Modalità di applicazione dei topici (indipendente dal prodotto)



- Applicare su TUTTA la superficie del corpo
  - incluso il cuoio capelluto fino a 12 mesi
  - escluso capo sopra 1 anno (con dovute eccezioni)
- Particolare attenzione alle **aree di localizzazione dell'acaro**
  - Genitali +++ nel maschio
  - Solchi interglutei
  - Spazi subungueali

# Trattamento dei contatti

---

- Contatti SINTOMATICI
  - Terapia topica identica al caso indice
  - **Terapia sistemica solo dopo conferma diagnosi**
- Contatti ASINTOMATICI
  - Terapia topica identica al caso indice
  - Non necessaria terapia sistemica

# Igiene dei fomite e degli ambienti

---

- Lavare **tutto il lavabile** (coprimaterassi, lenzuola, federe indumenti..) a **temperatura >50°C**
- Se non possibile (ex sintetici o lana) mettere in una busta chiusa e lavare normalmente dopo almeno 5 giorni



# Igiene dei fomite e degli ambienti

---

- NON è strettamente indicato trattare con vapore le superfici di materassi poltrone etc
- NON è indicato coprirli con nylon o similari

# Segnalazione agli uffici di Igiene competenti

- La scabbia è nell'elenco delle malattie da segnalare
- La segnalazione è un obbligo
- Ad oggi ben poco praticata



## Il flusso informativo

Il medico, sia ospedaliero sia di medicina generale o pediatra di libera scelta o medico che svolga attività privata, ha l'**obbligo di segnalare** al servizio di Igiene pubblica, competente per territorio, qualunque caso di malattia infettiva e diffusiva reale o sospetta, di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione.

# Isolamento e rientro in comunità

---

- Consigliato isolamento/non frequenza scuola del bambino almeno per tutta la durata del primo ciclo di terapia (prima settimana) \*
- Non è necessario un certificato del pediatra per rientro a scuola
- Una visita di controllo dermatologica deve essere eseguita almeno 2 settimane dopo la fine del secondo ciclo di terapia

\* In disaccordo con la Circolare n°4 del 13/3/98 (rientro a scuola il giorno successivo dell'inizio del trattamento)

# Terzo riassunto.....

1

- E' necessario **informare molto bene i pazienti sulle modalità di terapia**
- La mancata terapia dei contatti è uno dei fattori più importanti nel fallimento terapeutico

2

- L'applicazione dei prodotti deve avvenire con **estrema attenzione e su TUTTO il corpo incluso il cuoio capelluto nei lattanti**

3

- I contatti del paziente devono tutti essere trattati con lo stesso topico
- **Eventuale terapia sistemica dei contatti solo dopo conferma della diagnosi**

4

- **La misura igienica più importante è il lavaggio dei materiali lettereci e indumenti a temperature > 50°**

5

- **Secondo la norma il paziente può tornare in comunità il giorno successivo all'inizio della terapia**
- **Forse più opportuno fare almeno i primi 3 giorni di terapia topica**

# Alcune possibili terapie (che vedrete prescritte)

---

**Permetrina 5% in crema base per 3 giorni da ripetere dopo una settimana**

---

**Benzil benzoato 25% in crema (olio di mandorle) per 3gg da ripetere dopo una settimana**

---

**Zolfo unguento 17% da applicare, tenere in sede senza lavare per 72 ore, ripetere dopo una settimana**

---

**Ivermectina sistemica singola dose**

---

**Ivermectina sistemica due dosi a distanza di una settimana**

---

**Ivermectina sistemica 1 giorno + Benzil benzoato 25 % per 3 giorni da ripetere dopo una settimana)**

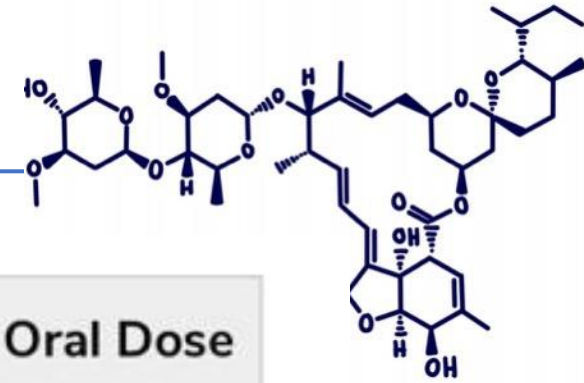
# Cosa facciamo noi

---

- TERAPIA COMBINATA  
IVERMECTINA SISTEMICA E  
BENZIL BENZOATO 25%
  - Ivermectina 1 dose da ripetere dopo una settimana
  - BB25% per 3 sere da ripetere dopo una settimana
- Trattamento associato topico di tutti i contatti stretti (anche non conviventi ex nonni)

Bassi A, Mazzatenta C, Piccolo V One shot combined therapy with Ivermectin combined with benzyl benzoate. *Travel Med Infect Dis* 2023

# Due parole sulla Ivermectina



## Somministrazione

- 200ug/kg
- 2 dosi a distanza di 8-15gg (non ovocida)
- Da assumere a stomaco vuoto (qualcuno dice a stomaco pieno)
- Non in gravidanza o allattamento
- In vendita in cpr da 3 mg
- **Off label <15kg**

Weight (kg)	Single Oral Dose
15-24	3 mg
25-35	6 mg
36-50	9 mg
51-65	12 mg
66-79	15 mg
≥ 80	200 µg/kg

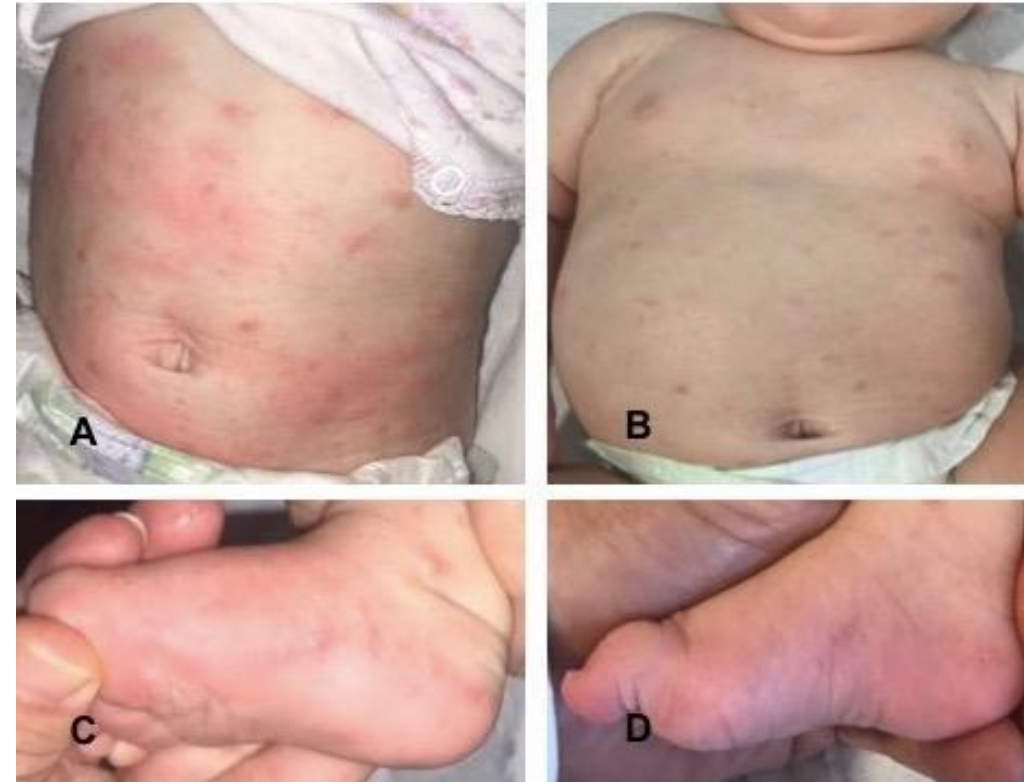
## *E quindi sotto i 15kg ?*

---

- Facciamo **terapia off label per os** **sulla base della letteratura** (una delle mille in età pediatrica..)
  - oppure....



- Paziente resistente a multiple applicazioni di permetrina
- **Ivermectina topica 1% in commercio in Italia con indicazione Rosacea**
- Due applicazioni a distanza di una settimana (incluso cuoio capelluto)



Bassi A, Piccolo V, Argenziano G, Mazzatenta C. Topical ivermectin: an off-label alternative to treat neonatal Scabies in the era of permethrin resistance. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Feb

# Quarto riassunto.....

1

- Non esiste un accordo sulle modalità di terapia (per altro nemmeno a livello internazionale)

2

- Ci sono vari schemi a disposizione (che vengono usati da diversi specialisti)

3

- Sulla **base della letteratura** (e della esperienza) la terapia a minor rischio di fallimento è la **terapia combinata Ivermectina orale + Benzil Benzoato 25%**

4

- **L'ivermectina si usa ad una dose di circa 200ug/kg.**
- **Non indicata sotto 15kg**

5

- **Gli effetti collaterali del farmaco sono modesti**
- **Eventuale uso off label sia sistemico che topico.**

# Riassunto dei riassunti

---

- Al momento è in corso una epidemia di scabbia
- Pazienti con prurito, soprattutto serale notturno, che non rispondono alle terapie standard sono tutti casi sospetti di scabbia
- Se avete un sospetto di scabbia potete
  - A) Confermate la diagnosi con dermatoscopio
  - B) Mandate da un dermatologo per la conferma
  - C) Trattare MA NON CON IL BRACCINO! Quindi trattate paziente e contatti come per diagnosi confermata!
- La terapia classica con permetrina al 5% è ad alto rischio di fallimento. Se la usate rivalutate bene il paziente

# Riassunto dei riassunti

---

- Una possibile terapia alternativa topica è con Benzil Benzoato 25% in olio di mandorle (da noi preferito perché si applica molto bene)
- Sono possibili anche altre formulazioni
- La terapia con ivermectina sistemica ha una buona efficacia senza particolari effetti collaterali
- Abbiamo documentato che la terapia associata Ivermectina os + BB 25% abbia una frequenza di fallimenti molto più bassa delle altre possibilità di terapia