



RETE REGIONALE MALATTIE INFETTIVE
DCA 540/2015
Coordinamento Operativo INMI Spallanzani

Protocollo di gestione dei pazienti adulti affetti da sindrome febbrile esantematica

Aggiornamento del 30 maggio 2017

Sommario

DEFINIZIONE E BREVE INTRODUZIONE	3
DIAGNOSI CLINICA IN RELAZIONE AL TIPO DI LESIONE.....	5
STRUMENTI OPERATIVI	6
CONCLUSIONE DELLA VALUTAZIONE.....	11
MISURE DI ISOLAMENTO.....	11
BIBLIOGRAFIA.....	12
ALLEGATO 1: DESCRIZIONE DELLE LESIONI CUTANEE.....	13
ALLEGATO 2: PRINCIPALI CARATTERISTICHE CLINICHE DELLE MALATTIE CHE NECESSITANO ISOLAMENTO	14
ALLEGATO 3: ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DEI CASI DI SOSPETTO MORBILLO	17

Definizione e breve introduzione

Il protocollo di gestione dei pazienti adulti affetti da sindrome febbrile esantematica fa riferimento a una sindrome caratterizzata da insorgenza acuta di febbre e rash maculo papulare, vescicolare o pustoloso, oppure attribuibile a una delle seguenti patologie: Morbillo, Rosolia, Quinta Malattia (Parvovirus B19), Sesta Malattia (HHV6B, HHV7), Varicella.

La definizione operativa di tale diagnosi sindromica, basata sui codici di malattia ICD9-CM è la seguente:

- 690-698 (Altre condizioni infiammatorie della cute e del tessuto sottocutaneo) escluso 692.7 (Dermatite da radiazioni solari)
- 782.1 (Rash ed altre eruzioni cutanee non specificate)

e paziente con **febbre**

oppure uno dei seguenti codici diagnosi:

052 (Varicella)

055 (Morbillo)

056 (Rosolia)

057.0 (Quinta malattia)

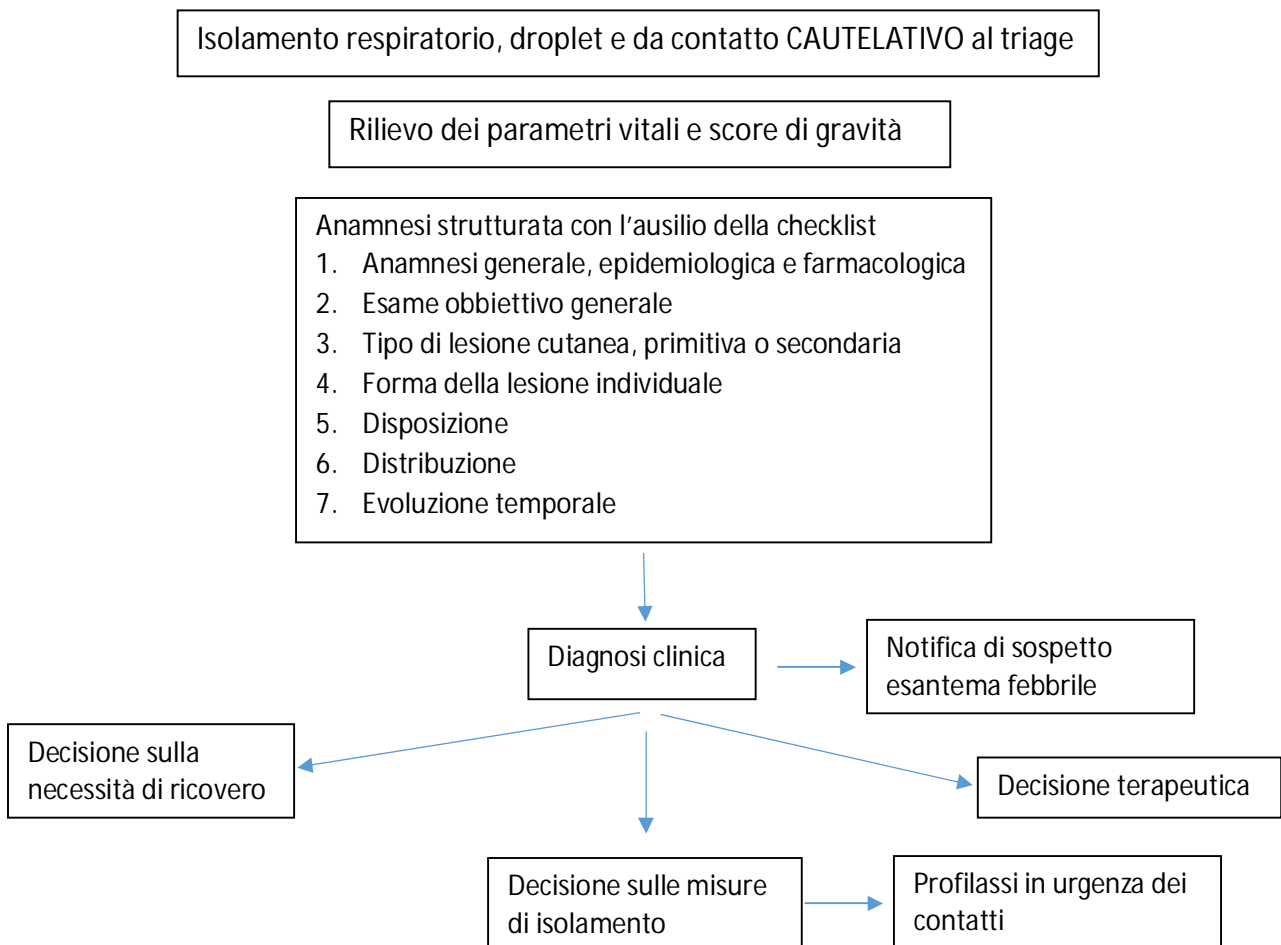
057.8 (Altri esantemi virali specificati)

La comparsa di febbre associata a un'eruzione cutanea è motivo di grande preoccupazione per il paziente, che immediatamente richiede un consulto sanitario, spesso al PS/DEA. La diagnosi di una febbre con eruzione cutanea è quindi una sfida per il medico, in quanto lo impegna in una diagnosi "visiva", prettamente clinica, che se non posta rapidamente può ritardare un trattamento efficace. Le manifestazioni cutanee, comunque, se riconosciute in modo appropriato, possono consentire di porre una diagnosi clinica, prima che gli esami di laboratorio siano disponibili. Su tale base può essere orientata la terapia iniziale e disposto l'isolamento per una malattia contagiosa, prevenendo anche la diffusione ad altre persone. Ai fini dell'ingresso nella rete di Malattie Infettive andranno considerate le complicanze d'organo e la necessità o meno di isolamento dalla comunità.

Si declinano i punti principali della sindrome esantematica febbrile:

1. LA DIAGNOSI CLINICA DELLE MANIFESTAZIONI ESANTEMATICHE E' BASATA SUI SINTOMI E SEGNI GENERALI
2. E SULL'IDENTIFICAZIONE DEL TIPO DI LESIONE CUTANEA
3. L'INGRESSO NELLA RETE E' SUBORDINATO ALLA PRESENZA DI COMPLICANZE CLINICHE E/O ALLA NECESSITA' DI ISOLAMENTO
4. IN FASE EPIDEMICA O DI RECRUDESCENZA SI PUO' PROPORRE L'ISOLAMENTO DEI CASI RICOVERATI IN REGIME DI COHORTING, ANCHE SOLO SULLA BASE DELLA DIAGNOSI CLINICA, COME MISURA ECCEZIONALE E SOLO QUANDO NON E' POSSIBILE ATTUARE UNA DIVERSA SOLUZIONE ORGANIZZATIVA, DOPO AVERNE VALUTATO ATTENTAMENTE IL RISCHIO

Flow chart: Gestione clinica del paziente con febbre e manifestazioni cutanee



*

Diagnosi clinica in relazione al tipo di lesione

1. Malattie che si manifestano con MACULE, PAPULE, NODULI

INFETTIVE:

Erisipela, Eritema migrante (Lyme), Infezione acuta da HIV, Eritema infettivo (Parvovirus B19), Infezione da CMV, Infezione da EBV, Esantema subitum (HHV6), Morbillo, Rosolia, Infezione da Enterovirus (ECHO e Coxackie), Infezione da Adenovirus, Febbre tifoide, Sifilide secondaria, Rickettsiosi, Dengue, Chikungunya, Zika, Lebbra (forma lepromatosa)

NON INFETTIVE

Reazione da farmaci, Eritema polimorfo, Eritema marginato, Eritema nodoso, Lupus eritematoso sistemico, Dermatomiocite, Sindrome di Sweet

2. Malattie che si manifestano con VESCICOLE, BOLLE o PUSTOLE

INFETTIVE:

Varicella, Herpes zoster, Herpes simplex, Eczema erpetico, Infezioni da Enterovirus, Staphylococcal Scalded Skin Syndrome, Impetigine, Gonococcemia

NON INFETTIVE:

Reazione da farmaci, Eritema polimorfo, Necrolisi epidermica tossica (TEN/Lyell), Dermatite allergica da contatto con le piante, Sindrome di Kawasaki, Pitiriasi lichenoidi varioliforme acuta (PLEVA), Pustolosi acuta esantematica generalizzata (AGEP), Psoriasi pustolosa, Malattia di Behçet

3. Malattie che si manifestano con MACULE, PAPULE o VESCICOLE PURPURICHE

INFETTIVE:

Batteriemia: Meningococco, Stafilococco, Gonococco, Pseudomonas
Endocardite batterica, Rickettsiosi, Infezione da Enterovirus, Lebbra (forma tuberculoide)

NON INFETTIVE:

Reazione da farmaci, Vasculite, Coagulazione Intravascolare Disseminata

4. Malattie che si manifestano con ERITEMA DIFFUSO +/- EDEMA seguito da DESQUAMAZIONE

INFETTIVE:

Scarlattina, dermatite bollosa/esfoliativa da stafilococco.

NON INFETTIVE:

Necrolisi epidermica tossica, Reazione da farmaci, Eritrodermia, Graft versus Host Reaction, Sindrome di Kawasaki, Psoriasi pustolosa

Strumenti operativi

Al fine di valutare l'indicazione del paziente all'ingresso nella rete di Malattie Infettive e la sua appropriata collocazione per gravità e contagiosità vengono utilizzati i seguenti strumenti:

- a) **Classificazione con Score di gravità della Sindrome Febbrile Esantematica per allocazione del paziente per intensità di cura.** A tal fine viene utilizzato per la valutazione clinica il Medical Early Warning Score (MEWS), strumento appropriato che tende ad uniformare la decisione clinica sulla corretta destinazione del paziente. La scheda del MEWS sarà compilata in ogni sua parte ed inviata, quale parte integrante della richiesta di teleconsulto, da parte del medico del PS/DEA al medico INMI.

Inoltre quest'ultimo per una migliore definizione del paziente critico potrà completare la valutazione impiegando una scheda opportunamente predisposta per la rilevazione dei parametri sentinella per la definizione del paziente critico.

Scheda valutazione paziente (MEWS secondo Subbe CP et al QJM 2001)

Data |__|__|__|__|__|__| Ora |__|__|__|__| Paziente

Data nascita |__|__|__|__|__|__| Età |__|__|__| Sesso: M F

DATI DEL PAZIENTE

- Malattie croniche:
- respiratorie ed in particolare asma in trattamento
 - cardiache renali epatiche tumori
 - diabete mellito abuso cronico di alcool malnutrizione
 - splenectomia malattie cerebrovascolari ospedalizzazione nell'ultimo anno
 - infezione da HIV immunodepressione

- età > 65
- isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora)
- donna in gravidanza
- obesità (BMI > 30)
- performance status > 2

Performance Status (legenda)

- attività normale senza restrizioni = 1
- limitate le attività intense, può svolgere quelle lievi = 2
- attività limitata, ma autosufficiente = 3
- attività limitata, limitata autosufficienza = 4
- confinato a letto/sedia, non autosufficiente = 5

DATI FISIOLGICI (indicare un solo valore per ogni fattore)

Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (atti/minuto)		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Frequenza cardiaca (battiti/minuto)		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Pressione sistolica (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		≥200	

Temperatura corporea (°C)		≤ 35 °C		35.1-38.4		≥ 38.4°C	
Sintomi neurologici				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde (GCS < 9)

PUNTEGGIO TOTALE |__|__| legenda MEWS: 0-2 paziente stabile, 3-4 instabile, ≥ 5 critico

Saturazione % O₂ ____ FiO₂ ____% Rapporto PaO₂/FiO₂ _____

E' raccomandato il ricovero del paziente con sindrome infettiva esantematica sulla base di segni o sintomi clinici di coinvolgimento d'organo/gravità e/o sulla base di criteri epidemiologici. Si propongono a continuazione differenti scenari di esantema complicato in adulto (>16 aa) che possono essere ricoverati in regime ordinario.

Paziente febbrile con esantema cranio-caudale **con MEWS >2 + uno dei seguenti parametri o fattori di rischio:**

1. Insufficienza respiratoria acuta (pO₂ < 60 mmHg in AA ad EGA)
2. Polmonite radiologicamente accertata
3. Coinvolgimento neurologico (stato confusionale, comizialità, convulsioni, allucinazioni, deficit focali, ecc.)
4. Interessamento epatico associato a segni e sintomi sistemici che possano far sospettare l'insorgenza di epatite (es. astenia marcata), e sindrome di interessamento d'organo: ittero, urine ipercromiche, feci ipo/acoliche
5. Coinvolgimento pancreatico sintomatico, associato a dolore addominale e sudorazione profusa
6. Rabbdomiolisi associata a mialgia intensa
7. Comorbidità cardiovascolare (IMA, cardiopatia ischemica, Ictus, scompenso cardiaco, vasculopatia), renale (insufficienza renale acuta o cronica, dialisi) o respiratoria (fibrosi, BPCO riacutizzata, bronchiectasie).
8. Immunodepressione : congenita, acquisita, neoplastica o da farmaci
9. Alterazione anche isolata di uno dei seguenti parametri di laboratorio: aumento delle transaminasi (>5 valore normale massimo, vn), deficit acquisiti della coagulazione (INR >vn), amilasi e lipasi (> 2 vn).

In caso di insufficienza respiratoria e di coinvolgimento neurologico andrà richiesta consulenza del rianimatore.

Il paziente con sospetto esantema infettivo non complicato **può essere non ricoverato o dimesso** dal PS/DEA, consigliando l'isolamento domiciliare fiduciario e affidando il paziente al medico di famiglia, ove questo sia logisticamente e socialmente possibile.

Gestione dei contatti

Nei casi di esposizione di soggetti appartenenti a categorie a rischio (donne in gravidanza, immunodepressi e minori di 6 mesi) è necessario valutare lo stato sierologico dell'esposto in relazione ai principali esantemi infettivi (morbillo, rosolia, varicella) allo scopo di porre prontamente in atto le misure di prevenzione e di immunoprofilassi necessarie come di seguito esplicitato:

Morbillo

Offrire attivamente la vaccinazione ai contatti suscettibili entro 72 ore dall'esposizione. Offrire comunque la vaccinazione anche dopo le 72 ore per recuperare i suscettibili eventualmente non contagiati.

Nei casi di esposizione a casi di morbillo di soggetti appartenenti a categorie a rischio si fa riferimento alla recente circolare della Regione Lazio del 18 aprile 2017 in merito alle indicazioni operative sulla donna in gravidanza con morbillo. In particolare si riportano le principali indicazioni di misure comportamentali e di profilassi:

1. Donna a termine di gravidanza con morbillo.
La donna deve essere ricoverata in PS/DEA in regime di isolamento respiratorio e preferibilmente trasferita in Ostetricia al Policlinico A. Gemelli per il ricovero ed eventualmente per il parto.
2. Donna in gravidanza con esposizione a caso di morbillo.
In caso di status sierologico ignoto per morbillo, la gravida esposta dovrà eseguire sierologia per morbillo prima della eventuale profilassi. La gravida esposta non immune riceverà Immunoglobuline ev alla dose di 400 mg/kg il prima possibile e comunque entro 6 giorni. Si consiglia contumacia a domicilio per 21 gg (per 28 gg in caso di uso di Ig).
3. Minori di 6 mesi esposti a caso di morbillo
I minori di 6 mesi esposti a morbillo dovranno ricevere IgVena 400 mg/kg il prima possibile e comunque entro 6 giorni. La contumacia del neonato sarà di 21 gg o 28 gg in caso di uso di Ig, a partire dalla data di esposizione al caso di morbillo. La vaccinazione anti morbillo dovrà essere effettuata 5-6 mesi dopo la somministrazione delle immunoglobuline.

Rosolia

1. Donna in gravidanza con esposizione a caso di rosolia.
In caso di status sierologico ignoto per rosolia, la gravida esposta dovrà eseguire sierologia per rosolia. La gravida esposta dovrà essere monitorata e sorvegliata per la comparsa di segni e/o sintomi compatibili.

Varicella

1. Bambini immunodepressi di età inferiore a 15 anni.
Se non hanno mai avuto la varicella o se non sanno di averla mai avuta e riferiscono un contatto di almeno un'ora con un caso di varicella: somministrare VZIG 125 IU/10kg ev (Varitect, dose massima 625 IU) entro 10 giorni dall'esposizione, meglio se entro le 96 ore. Seppur supportata da ampia evidenza scientifica, la prescrizione di VZIG in gravidanza è off-label in Italia e andrà acquisito il consenso della paziente a tal fine.
2. Donna in gravidanza con esposizione a caso di varicella.
In caso di status sierologico ignoto per varicella, la gravida esposta dovrà eseguire sierologia per varicella prima della eventuale profilassi. La gravida esposta non immune riceverà VZIG 625 ev il prima possibile e comunque entro 10 giorni. Si consiglia contumacia a domicilio. In caso di comparsa di lesioni cutanee compatibili con la diagnosi di varicella, vi sono evidenze in favore dell'uso dell'aciclovir per via orale (800 mg 5 volte al dì per 7 giorni) o endovena
3. Neonati.
Il neonato la cui madre ha presentato la varicella nei cinque giorni precedenti il parto o nelle prime 48 ore del postpartum deve ricevere VZIG (<2 kg: 62,5 IU ev; 2,1-10 kg: 125 IU ev)

E' raccomandata la consulenza del rianimatore/intensivista in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- Frequenza respiratoria < 8 oppure > 30/min
- Saturazione O₂ oppure pulsossimetria < 89%
- Frequenza cardiaca < 40 o > 130/min
- Pressione sistolica < 90 mmHg
- Temperatura corporea < 35 °C
- Ostruzione delle vie aeree con stridore
- Ingombro tracheale per secrezioni incontrollabili delle vie aeree
- Ipossemia definita da: PaO₂ /FiO₂ (con FiO₂ certa) ≤ 230 (rapporto non condizionato dall'età) oppure PaO₂ < 60 mmHg con 3 L/min O₂ o una FiO₂ > 0,4
- Ipercapnia in peggioramento o associata ad una acidemia (pH < 7,30)
- pH < 7,30
- in presenza di segni di insufficienza d'organo che complichino la malattia:
 - sviluppo di una oliguria con diuresi < 30 mL/ora;
 - alterazione dello stato di coscienza definita (GCS < 11);
 - crisi convulsive.

La scheda MEWS di valutazione del paziente inviata dal medico di DEA/PS sarà verificata ed eventualmente modificata dal medico di teleconsulto attraverso un'intervista strutturata al medico del DEA/PS, che si allega a continuazione.

Si segnala l'obbligo della notifica dell'esantema febbrile anche al semplice sospetto clinico come da normativa del Ministero della Salute

b) **Anamnesi strutturata/checklist** per la valutazione delle sindromi febbrili esantematiche complicate tramite procedure di telemedicina.

Età: |_|_| AA; Sesso M F; Tipo di occupazione:

Provenienza geografica :Data di arrivo in Italia |_|_|_|_|_|_|_|_|

Risiede in comunità SI NO

Esposizione a soggetto affetto da malattia esantematica sospetta o certa SI NO

In che data:; Modalità:

.....

Puntura di insetti: SI NO Quali

.....

Assunzione di farmaci SI NO Quali

.....

Tossicodipendente SI NO

Etilismo cronico SI NO

Fumatore SI NO

Isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora) SI NO

Vive con animali in casa SI NO

Altri comportamenti a rischio.....

.....

Malattie croniche : respiratorie ed in particolare asma in trattamento

cardiache renali epatiche

tumori diabete mellito malnutrizione

malattie cerebrovascolari splenectomia ospedalizzazione nell'ultimo anno

infezione da HIV immunodepressione obesità (BMI > 30) Psichiatriche

Altre malattie

.....

Donna in gravidanza : SI NO; Allergie a farmaci : SI NO;
se si indicare quali:

.....

Sintomatologia e parametri clinici

Febbre	SI NO	se si durata	_ _ gg
Tosse	SI NO	se si durata	_ _ gg
Congestione nasale/rinite	SI NO	se si durata	_ _ gg
Faringodinia	SI NO	se si durata	_ _ gg
Dispnea	SI NO	se si durata	_ _ gg
Rx torace: presenza di infiltrati	SI NO	se si data	_ _ _ _ _ _
Cefalea	SI NO	se si durata	_ _ gg
Artralgie	SI NO	se si durata	_ _ gg
Mialgie	SI NO	se si durata	_ _ gg
Diarrea	SI NO	se si durata	_ _ gg
Sudorazione	SI NO	se si durata	_ _ gg
Esantema	SI NO	se si durata	_ _ gg

Tipo di lesione e forma:

.....

Disposizione:

.....

Distribuzione:

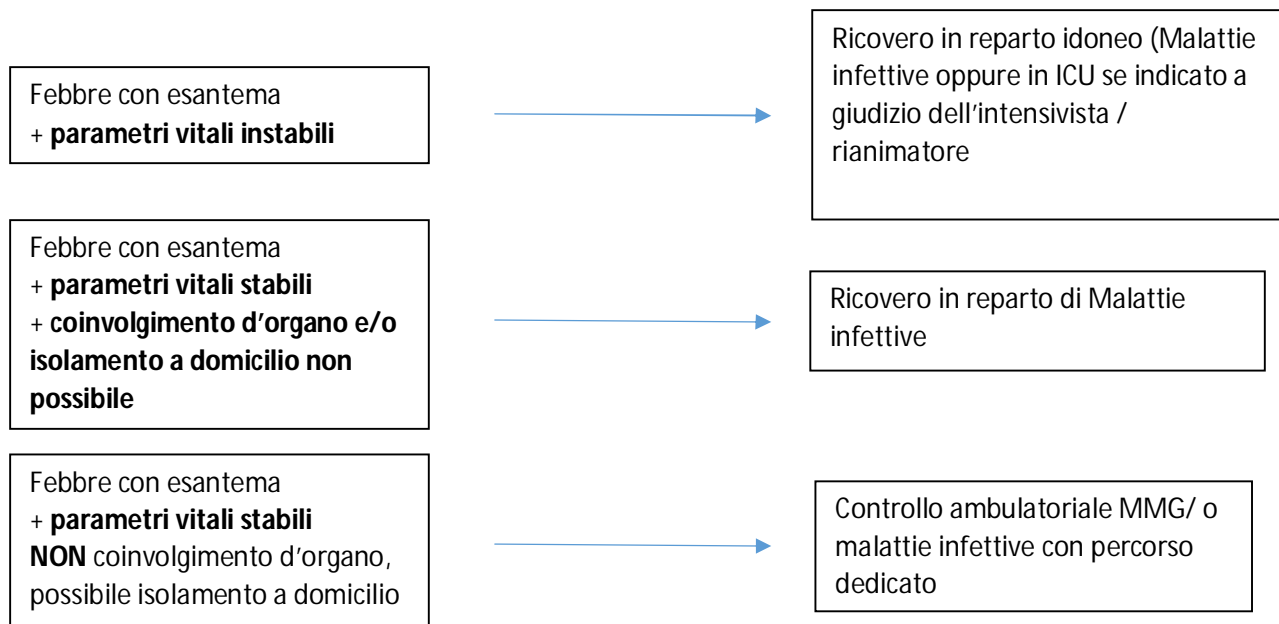
.....

Evoluzione nel tempo:

.....

FC : >140 <50/min	SI	NO;
FR: >28 <8 atti resp./min	SI	NO;
PAD: <40 >130 mmHg	SI	NO ;
T°: < 34.7 >39.2 °C	SI	NO;
GCS: ≤11	SI	NO;
SpO ₂ in aria ambiente > 95% (adulto senza co-morbilità):	SI	NO
SpO ₂ in aria ambiente <92% ; (< 89% nel BPCO) :	SI	NO
Diuresi >0,5ml/Kg/h (> 900 ml die):	SI	NO

Conclusione della valutazione



Misure di isolamento*

Malattie infettive con esantema maculopapuloso	Morbillo	A+S
	Rosolia	D
	Scarlattina	S (D bambini x 24 h da inizio terapia)
	<i>Roseola infantum</i> (VI malattia)	S
	Eritema infettivo (V malattia)	S
	Mononucleosi infettiva	S
	Enterovirus (ECHO, Coxackie)	S (C bambini)
	Sifilide	S
	Rickettsiosi	S
Malattie infettive che si presentano con vescicole, bolle o pustole	Varicella	A+C
	Herpes zoster	C (+ A se disseminato o immunodeficit)
	Herpes simplex	S (C se disseminato)
	Impetigine	C (x 24 h da inizio terapia)

A: Aereo; C: Contatto; D: Droplet; S: procedure igieniche Standard

* In caso di situazione epidemiologica di recrudescenza o epidemia di una malattia esantematica infettiva e valutate le condizioni di rischio della soluzione organizzativa, il medico infettivologo e il medico di PS/DEA possono disporre l'isolamento in regime di cohorting in stanza doppia dei casi sospetti della stessa patologia esantematica, anche in assenza della conferma di laboratorio. In ogni caso il ricorso all'isolamento in regime di cohorting deve essere attuato come misura eccezionale, quando non è possibile attuare una diversa soluzione organizzativa (l'isolamento in stanza singola è la norma), dopo aver valutato attentamente il rischio.

Bibliografia

1. BOLOGNIA J.L. - DERMATOLOGY - 3° EDITION - ED. ELSEVIER
2. BRAUN - FALCO'S - DERMATOLOGY - 3° EDITION – ED. SPRINGER
3. Fitzpatrick, TB; Polano, MK; Suurmond, D. Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. Mc Graw Hill Ed; 1983
4. FITZPATRICK'S - DERMATOLOGY IN GENERAL MEDICINE - 8° EDITION - ED. MC GRAW HILL
5. Heymann, DL. Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili. 18° Edizione, 2004
6. SAURAT – DERMATOLOGIA E MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE - ED. MASSON
7. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings
<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
8. Faccini-Martínez AA, García-Álvarez L, Hidalgo M, Oteo JA. Syndromic classification of rickettsioses: an approach for clinical practice. *Int J Infect Dis.* 2014 Nov; 28:126-39.
9. Meireles M, Magalhães R, Guimas A. [Mediterranean Spotted Fever: Retrospective Review of Hospitalized Cases and Predictive Factors of Severe Disease]. *Acta Med Port.* 2015 Sep-Oct; 28(5):624-31.
10. Goodson JL, Seward JF. Measles 50 Years After Use of Measles Vaccine. *Infect Dis Clin North Am.* 2015 Dec;29(4):725-43.
11. García-Vera C, de Dios Javierre B, Castán Larráz B, Arana Navarro T, Cenarro ,Guerrero T, Ruiz Pastora R, Sánchez Gimeno J. Scarlet fever: A not so typical exanthematous pharyngotonsillitis (based on 171 cases). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015 Nov 13. pii: S0213-005X(15)00347-X.
12. Kang JH. Febrile Illness with Skin Rashes. *Infect Chemother.* 2015, Sep;47(3):155-66.
13. Bouche FB, Ertl OT, Muller CP. Neutralizing B cell response in measles. *Viral Immunol.* 2002;15:451-71
14. Griffin E. The Immune Response in Measles: Virus Control, Clearance and Protective Immunity. *Viruses* 2016;8 pii: E282.
15. Allerberger F. Eliminating measles and rubella in Europe. *Clin Microbiol Infect.* 2017. pii: S1198-743X 30213-6.

Allegato 1: Descrizione delle lesioni cutanee

Le lesioni cutanee si distinguono in LESIONI ELEMENTARI PRIMITIVE e LESIONI ELEMENTARI SECONDARIE :

LESIONI ELEMENTARI PRIMITIVE (esprimono sul piano morfologico il processo lesionale, del quale consentono di sospettare il meccanismo):

- **MACULA**: macchia non rilevata né infiltrata
- **PAPULA**: lesione sporgente circoscritta, non contenente liquido, diametro < 1 cm
- **NODULO**: lesione rotonda sporgente, diametro >1 cm
- **VEGETAZIONE**: escrescenza papillomatosa che realizza un rilievo circoscritto
- **CHERATOSI**: lesione secca, spessa, rilevata rispetto alla cute circostante
- **VESCICOLA**: sollevamento circoscritto dell'epidermide contenente una sierosità chiara, diametro < 0,5 cm
- **BOLLA**: sollevamento circoscritto dell'epidermide contenente un liquido chiaro, siero purulento o emorragico, diametro > 0,5 cm
- **PUSTOLA**: sollevamento circoscritto dell'epidermide contenente pus

LESIONI ELEMENTARI SECONDARIE (rappresentano l'evoluzione di una lesione iniziale):

- **SQUAMA** : lamella che si distacca dallo strato corneo dell'epidermide
- **CROSTA** : concrezione per coagulazione di essudato sulla superficie cutanea
- **ESCORIAZIONE** : soluzione di continuità dell'epidermide
- **FISSURAZIONE, RAGADE**: soluzione di continuità lineare epidermica che si affonda nel derma
- **ULCERAZIONE**: perdita di sostanza interessante il derma profondo
- **GANGRENA**: necrosi tissutale
- **ATROFIA**: assottigliamento della cute con perdita degli annessi
- **CICATRICE**
- **SCLEROSI**

L'esame obiettivo di un malato con sindrome febbrile e manifestazioni cutanee deve riguardare anche le mucose e gli annessi (unghie, capelli, peli e sopracciglia).

Una volta identificato il tipo di lesione cutanea vanno rilevati:

- 1) La forma della lesione: rotonda, ovale, poligonale, policiclica, anulare, a coccarda, serpiginosa, ombelicata
- 2) La disposizione di multiple lesioni:
 - Raggruppate: erpetiformi, zosteriformi, arciformi, anulari, reticolari, lineari, serpiginose
 - Disseminate: disperse (es. a cielo stellato), o diffuse (senza un limite identificabile)
- 3) La distribuzione delle lesioni:
 - Estensione: isolate, localizzate, regionali, generalizzate, universali
 - Pattern: simmetriche, sulle aree esposte, ai siti di pressione, localizzate ai follicoli, alle pieghe, random
 - Pattern tipici: sifilide secondaria, candidosi, vasculiti

Allegato 2: Principali caratteristiche cliniche delle malattie che necessitano isolamento

Morbillo

- Incubazione 10-14 gg
- Esordio dell'esantema 3-5 gg dopo l'inizio dei sintomi
- Durata 7-10 gg
- Contagiosità da 4 gg prima dell'esantema a 4 gg dopo
- Mucosite (macchie di Koplik sino al 2° giorno dell'esantema), tosse, rinorrea, congiuntivite
- Macule e papule eritematose che iniziano sul viso, ad evoluzione cefalo - caudale e centrifuga
- Complicanze : bronchiolite, polmonite interstiziale, broncopolmonite a focolai disseminati (superinfezione batterica), laringite, enterite, nevrasite; tardiva (a distanza di anni) PESS

Rosolia

- Incubazione 14-17 gg
- Esordio dell'esantema 1-2 gg dall'inizio dei sintomi
- Durata 1-3 gg
- Contagiosità da 1 sett prima a 4 gg dopo l'esordio del rash
- Macule e papule rosa e rosse che iniziano sul viso
- Si diffondono al collo al tronco ed agli arti entro 24 h
- Linfadenopatia dolente (retronucleare ed occipitale tipica)
- Segno di Forchheimer: enantema caratterizzato da discrete macchie di colore rosa sul palato molle, che possono confluire in una macchia rosa ed estendersi alle fauci
- Complicanze : artralgia / artrite, nevrasite

Eritema infettivo o Quinta malattia (Parvovirus B19)

- Incubazione 4 – 20 gg
- Esordio dell'esantema 2-5 gg dall'inizio dei sintomi
- Durata 5-10 gg con possibili recidive
- Contagiosità: se solo rash la contagiosità è maggiore prima della sua comparsa e nulla dopo l'esordio; in caso di infezione cronica e grave anemia può durare mesi o anni
- Inizialmente sulle gote con un colore rosso acceso (aspetto di volto schiaffeggiato)
- Dopo 1-4 gg scompare dal viso
- L'eruzione inizia poi al tronco ed agli arti, eritematosa e simmetrica, spesso reticolare
- Linfocitosi e lieve eosinofilia
- Complicanze: crisi aplastiche transitorie in soggetti con anemia falciforme, anemia grave in soggetti immunodepressi

Roseola, Esantema critico, Esantema subitum o Sesta malattia (HHV6B o HHV7)

- Incubazione circa 10 gg
- Esordio dopo 3-5 gg di febbre elevata che cede per crisi (esantema critico)
- Durata 5-7 gg
- Contagiosità durante il periodo febbrile
- Macule e papule rosa con alone bianco
- L'eruzione inizia al tronco e si diffonde al collo ed alla porzione prossimale degli arti
- Bambini al di sotto dei 2 anni
- Complicanze: (rare) meningoencefalite, convulsioni, epatite fulminante

Scarlattina

- Incubazione breve 1-3 gg
- Esordio al 2° giorno di febbre
- Durata 4-10 gg
- Contagiosità: casi non trattati e non complicati 10-21 gg ; se non trattati e complicati (secrezione purulenta) settimane o mesi; se trattati con penicilline 24 h; portatori faringei trattati drastica riduzione in 2-3 settimane
- Mal di gola e febbre
- L'eruzione inizia alla radice degli arti e poi si estende al tronco
- Elementi piccoli di colore rosso scuro ravvicinati e lievemente rilevati ; sbiancamento alla pressione
- Pallore periorale (maschera di Filatow); lingua a fragola
- Strie rubre nelle pieghe cutanee (segno di Pastia)
- Leucocitosi neutrofila; tampone faringeo positivo per Streptococco β emolitico
- Complicanze: immediate (otite media, ascesso peritonsillare), successive (glomerulonefrite acuta, febbre reumatica), tardive (malattia reumatica cardiaca, corea di Sydenham)

Impetigine

- Generalmente senza febbre
- Iniziale comparsa di vescicole ripiene di liquido chiaro
- Principalmente su viso, braccia e gambe
- Le vescicole si rompono e si forma una crosta bruno giallastra che si stacca facilmente
- La pelle adiacente alla crosta può arrossarsi particolarmente e provocare forte prurito
- L'impetigine può a questo punto estendersi su altre zone del corpo
- E' molto comune tra i bambini in età pre - scolare
- Fattori di rischio : cattiva igiene, presenza di altre lesioni cutanee (eczemi, micosi, punture di insetti, pediculosi, herpes)
- Eziologia: streptococcica, stafilococcica
- Se compaiono bolle: impetigine bollosa
- Complicanza: glomerulonefrite 3 sett dopo infezione cutanea

Varicella

- Incubazione 14-16 gg, sino a 3 sett
- Esordio/periodo prodromico 1-3 gg
- Durata circa 5 gg
- Contagiosità da 1-2 gg prima del rash fino a quando tutte le vescicole sono in fase crostosa (5 – 7 gg dopo la sua comparsa)
- Prodromi aspecifici, inizio brusco
- Comparsa di macule e papule rosse che evolvono in poche ore in vescicole
- L'evoluzione si conclude con la trasformazione delle vescicole in croste
- Caratteristica evoluzione asincrona (esantema a cielo stellato)
- Inizialmente scarsi elementi, talora pruriginosi, sparsi su tutto il corpo
- Predilezione parti coperte e cuoio capelluto
- Abituale risparmio delle palme delle mani e delle piante dei piedi
- Complicanze: polmonite (virale e batterica), infezioni batteriche secondarie,

Herpes zoster

- Incubazione: nozione di varicella pregressa
- Esordio brusco
- Durata circa 10-15 gg
- Contagiosità: circa 7 gg dopo l'esordio (per contatto con liquido vescicole o respiratoria se Zoster multidermatomero o disseminato)
- Dolore che nella maggior parte dei casi precede l'eruzione cutanea
- Topografia radicolare (dermatomeri); unilaterale
- Dolore urente (fuoco di Sant'Antonio)
- Disturbo della sensibilità superficiale (iperestesia o anestesia)
- Placche eritematose lievemente rilevate violacee separate da zone di cute integra
- Successiva comparsa di papule miliari che si trasformano rapidamente in vescicole
- Caratteristica evoluzione sincrona in croste
- Complicanze: sovrainfezione batterica; herpes zoster multidermatomero o disseminato; nevralgia posterpetica

Allegato 3: Istruzioni operative per la valutazione diagnostica dei casi di sospetto morbillo (v 1 del 12/05/2017)

In considerazione del fatto che siamo di fronte ad una forte recrudescenza dei casi di morbillo (l'ultimo bollettino del 16/05/2017 del Sistema di Sorveglianza Integrata Morbillo e Rosolia dell'ISS riporta 2.395 casi dall'inizio dell'anno), si rende necessario esplicitare le seguenti misure per la valutazione diagnostica dei casi di sospetto morbillo

La diagnosi di laboratorio del morbillo è basata sulla ricerca nel siero delle IgM specifiche nelle fasi precoci dell'esordio clinico. Le IgG specifiche possono comparire contemporaneamente o successivamente alle IgM. Nelle fasi precoci, il test sierologico potrebbe essere non dirimente in quanto è possibile che il paziente non abbia ancora sviluppato una risposta anticorpale rilevabile (IgM e/o IgG negative). In tal caso è necessario effettuare il test sierologico su un secondo prelievo a distanza di due-tre giorni.

Il Laboratorio di riferimento regionale, al fine di venire incontro alle esigenze legate alla gestione clinica (ricovero, cohorting, isolamento, ecc.), ha intensificato la cadenza degli esami sierologici, con sedute analitiche giornaliere nei giorni feriali da lunedì a sabato, consentendo quindi di avere risultati di norma entro le 24 ore dall'arrivo del campione.

Di seguito le indicazioni sul campione ottimale sul quale effettuare la diagnosi sierologica.

Tipologia di campioni	Tempi di raccolta	Tipologia di prelievo	Esame da effettuare
Sangue venoso	4-28 gg da esordio esantema	Provetta di sangue senza anticoagulanti	Ricerca IgM e IgG specifiche

La RT-PCR viene effettuata sulle urine per la ricerca e la caratterizzazione del genoma virale prevalentemente a scopo di sorveglianza, e non è sostitutiva dell'esame sierologico.

Restano valide le direttive emanate dalla Regione Lazio in merito alla sorveglianza epidemiologica e di laboratorio dei casi morbillo e rosolia.

Bibliografia

Bouche FB, et al. Neutralizing B Cell Response in Measles. *Vir Immunol* 2002

Griffin E., et al. The Immune Response in Measles: Virus Control, Clearance and Protective Immunity. *Viruses* 2016