

SCABIA NORVEGIANĂ - CAUZĂ RARĂ DE ERITRODERMIE - PREZENTARE DE CAZ -

MARIA ROTARU¹, GABRIELA IANCU²

^{1,2}Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie: scabia norvegiană, *Sarcoptes scabiei*

Rezumat: Scabia este o problemă de sănătate publică, ce poate afecta pacienți cu orice statut socio-economic. O formă particulară de scabie este scabia norvegiană ce apare mai frecvent la pacienții imunocompromiși, malnutriți, HIV pozitivi. Pacient de 79 de ani se internează în Clinica de Dermatologie Sibiu pentru apariția unei erupții eritemato-scuamoase generalizată, intens pruriginoasă și zone eroziv-ulcerative fesier drept. În cursul internării erupția a devenit eritrodermică, cu scuamocruste aderente, grăsoase, murdare, cu tendință de refacere rapidă. În evoluție cazul s-a complicat cu stare toxico-septică cu *Stafilococ aureu hemolitic* MRSA și dezechilibre hidro-electrolitice. Prin coroborarea aspectului clinic, parazitologic și histopatologic am stabilit diagnosticul de scabie norvegiană. Schema terapeutică a fost complexă: antibioterapie sistemică, reechilibrare hidro-electrolitică, terapie topică scabicidă, cu vindecarea afecțiunii. În concluzie, scabia norvegiană poate să pună probleme de diagnostic diferențial cu întârzierea tratamentului specific scabicid ce poate duce la agravarea erupției cu apariția unor complicații (eritrodermizare și/sau stare toxico-septică). De asemenea, scabia nedignosticată la timp, în special la pacienții instituționalizați, poate fi sursa unor focare infecțioase pentru anturaj.

Keywords: Norwegian scabies, *Sarcoptes scabiei*

Abstract: Scabies is a public health problem that can affect patients of any socio-economic background. A particular form of scabies is the Norwegian scabies, which appears more frequently in patients who are immunocompromised, malnourished or HIV-positive. We report a case of 79-year-old patient admitted to our Dermatology Department on the grounds of a generalized erythematous-squamous rash, intensely pruritic and with infected erosive-ulcerative areas in the right buttock. During hospitalization, the rash became erythrodermic with very abundant, sticky, greasy, dirty-looking scales, and demonstrated a rapid reoccurrence trend. The case was complicated by severe a toxic-septic status and electrolyte disturbances. By collating the clinical, parasitological and histopathological aspects, we established the Norwegian scabies diagnosis. The therapy included: systemic antibiotherapy, hydroelectrolytic rebalance and local scabicide treatment, which then led to the healing of the disease. In conclusion, this article argues that the Norwegian scabies may pose problems of differential diagnosis with specific treatment delay. This can lead to a worsening of the rash and the appearance of some complications (erythroderma and/or toxic-septic status). In addition, undiagnosed scabies, especially in institutionalized patients, can be a source of infectious outbreaks in the surrounding environment.

INTRODUCERE

Scabia este o problemă de sănătate publică, ce poate afecta pacienți cu orice statut socio-economic. Subdiagnosticarea și întârzierea tratamentului precum și o educație sanitară deficitară contribuie la o prevalență crescută a acestei boli. O formă particulară de scabie este *scabia norvegiană* ce apare mai frecvent la pacienții imunocompromiși, malnutriți, HIV pozitivi. Termenul de scabie norvegiană a fost folosit pentru prima dată în 1848 pentru a descrie o formă particulară de scabie ce a apărut la un pacient cu boala Hansen (lepră). Calea predominantă de transmisie este prin contact direct. Scabia norvegiană este o formă mai puțin frecventă de scabie, dar extrem de contagioasă, ce se caracterizează prin prezența unui număr mare de *Sarcoptes scabiei* în stratul cornos al epidermului.(1) Ca reacție, stratul cornos se îngroașă și

formează cruste verucoase. În cele mai multe cazuri, aceasta este asociată cu anumite patologii subiacente și afectează, de obicei, pacienții imunocompromiși (2) pe care îi poate predispuce la suprainfecții bacteriene.(3) De asemenea, răspunsul gazdei poate fi modificat în caz de terapii imunosupresoare.

CAZ CLINIC

Pacient în vârstă de 79 de ani se internează în Clinica de Dermatologie pentru o erupție eritemato-scuamoasă generalizată, intens pruriginoasă (figura nr. 1 a, b) și zone eroziv-ulcerative la nivelul fesei drepte suprainfectate, manifestare debutată cu câteva săptămâni în urmă. Pacientul s-a prezentat cu stare de nutriție precară, cu edeme carentiale importante ale membrilor inferioare, erupție diseminată eritemato-scuamoasă și zone eroziv-ulcerative fesier.

¹Autor corespondent: Maria Rotaru, B-dul Mihai Viteazul, Nr. 25, Sibiu, România, E-mail: mrotaru07@gmail.com, Tel:+40269 235541

Articol intrat în redacție în 25.08.2013 și acceptat spre publicare în 08.10.2013

ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2013;2(4):111-113

Figura nr. 1 a, b. Aspectul clinic la internare



În cursul internării erupția a devenit eritrodermică, eritemato-scuamo-infiltrativă, cu scuamo-cruste foarte abundente, aderente, grăsoase, cu aspect murdar, cu tendință de refacere rapidă, dispuse mai frecvent pe zonele de extensie.

În evoluție, cazul s-a complicat cu stare toxico-septică (febră 39,1°C, hemoculturi pozitive pentru SAH – MRSA), punctul de plecare fiind ulcerația fesieră dreaptă suprainfectată pentru care a fost necesară o antibioterapie susținută.

Investigații de laborator au arătat leucocitoză (L 16560/mm³), anemie intrainfecțioasă (Hb 9,7g/dl, Ht 30,6%), sindrom inflamator (VSH 30mm/h, PCR 62,5U/l), hipoproteinemie (PT 5g/dl), tulburări hidroelectrolitice (K 2,81mEq/l, Na 139,6mEq/l).

Diagnosticul diferențial s-a făcut cu toate stările eritrodermice inclusiv postmedicamentoase (a negat administrarea vreunei substanțe medicamentoase anterior debutului erupției), eczemă generalizată sau eritrodemizat, psoriazis generalizat sau eritrodermizat, dermatită seboreică (în cazul nostru erupție foarte severă, generalizată), boala Darier, histiocitoză, pitiriazis rubra pilaris sau eritrodermii de cauză hematologică (leucemii, limfoame).

Examenul micro-parazitologic prelevat din scuame a evidențiat parazitul *Sarcoptes scabiei*, iar examenul histopatologic (figura nr. 2) a confirmat prezența de resturi de *Sarcoptes scabiei* la nivelul stratum corneum (structuri tubulare organoimoidale), confirmând astfel diagnosticul de Scabie norvegiană.

Pacientul a urmat tratament scabicid cu aplicații de benzoat de benzil, tratament sistemic antibiotic, reechilibrare hidro-electrolitică și susținere volemică, vitaminoterapie cu vindecarea erupției cutanate și a stării septică (figura nr. 3 a, b).

Figura nr. 2. Aspectul histopatologic confirmă diagnosticul de scabie

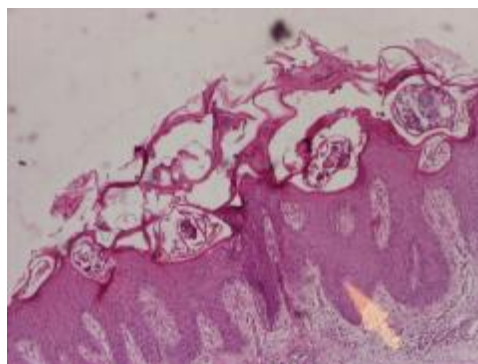


Figura nr. 3 a, b. Aspectul clinic la externare



DISCUȚII

Incidența scabiei este în creștere în întreaga lume. Datorită caracterului foarte contagios al scabiei norvegiene și a apariției mai frecvente la pacienții în vârstă și/sau imunodeprimați (în special la pacienții HIV-pozitivi) este importantă diagnosticarea precoce a bolii.

Clinic apar leziuni scuamo-crustoase, hiperkeratozice, inițial localizate la nivelul zonelor de extensie, palmo-plantar, cu extensie ulterioară spre forme generalizate. Aspectul clinic, în cea mai mare parte atipic al scabiei norvegiene (psoriazis-like sau eczema-like) poate ridica probleme de diagnostic. Din punct de vedere imunologic se pot înregistra valori foarte ridicate ale nivelurilor serice de IgE și IgG dar răspunsul imun secundar nu determină imunitate.

Predispoziția genetică pentru susceptibilitate sau rezistența la infecția cu *Sarcoptes scabiei* la om, se presupune a fi corelată cu creșterea IgE (ca răspuns al IMC prin Th 2 în bolile severe) și cu predominanța interferonului γ (ca răspuns al IMC prin Th 1). S-a demonstrat că eozinofilele, mastocitele și bazofilele sunt responsabile pentru răspunsul Th 2.(3) Secțiunile bioptice de la nivelul leziunilor de scabie au evidențiat un număr crescut de infiltrate limfocitare și eozinofile la nivelul dermului (1), coroborate cu eozinofilia și creșterea nivelurilor de Ig E din sânge.

În forma clasică de scabie s-a demonstrat prezența la nivel cutanat a infiltratelor limfocitare, preponderent cu CD4. În scabia norvegiană s-a constatat predominanța limfocitelor CD8.

În cazul prezentat de noi diagnosticului de certitudine s-a stabilit prin coroborarea aspectului clinic cu evidențierea resturilor de *Sarcoptes scabiei* la nivelul scuamelor (examen parazitologic) și la nivel cutanat (biopsie cutanată). Apariția

ASPECTE CLINICE

acestei forme de scabie a fost favorizată de terenul imunodeprimat al pacientului (pacient vârstnic, cu malnutriție protein-calorică, neglijat). Gravitatea cazului rezidă din complicația scabiei norvegiene cu stare toxico - septică cu SAH MRSA și eritrodermizare ce a impus excluderea celorlalte cauze de eritrodermie. În literatură sunt citate suprainfecțiile cu Stafilococ Aureus ca o complicație a scabiei norvegiene care poate determina creșterea morbidității și a mortalității prin boală.(4)

Complicația cazului cu eritrodermie și sepsis cu SAH-MRSA cu punct de plecare cutanat a necesitat o schemă terapeutică complexă (reechilibrare H-E, antibioterapie susținută, aport de albumină umană). După stabilirea diagnosticului, terapia clasică cu benzoat de benzil a permis vindecarea leziunilor.

Datorită contagiozității mari a scabiei norvegiene, terapia acesteia necesită aplicații repetate de topice scabicide sau tratamentul simultan cu un alt agent topic, cum ar fi permethrin și uneori terapie orală cu ivermectin.

Au fost raportate cazuri de eșec ale tratamentului, inclusiv la permethrin și lindan. Dezvoltarea unui vaccin care vizează enzima S-transferaza glutatione a *Sarcoptes scabiei* este o opțiune potențială, promițătoare.(5)

Chiar și atunci când tratamentul este eficient, scabia se poate complica cu o dermatită alergică (acarienii pot determina manifestări eczematoase din cauza unei reactivități încrucișate între antigene). Într-un studiu de 25 de pacienți cu scabie, testele prick la acarienii din praful de casă au fost pozitive și nivelurile de IgE mult crescute față de pacienți fără scabie.(6)

Focarele de scabie din instituțiile comunitare pot atinge dimensiuni mari. Scabia norvegiană este extrem de contagioasă și poate fi încadrată în infecțiile nosocomiale.

Un studiu publicat de Journal of the German Society of Dermatology pe un lot de 500 de persoane expuse contactului infecției cu *Sarcoptes scabiei* (pe baza unei epidemii de scabie apărute într-un atelier din Nordul Bavariei) a permis dezvoltarea unei strategii de control multilaterală a scabiei. Conceptul lor de eliminare a scabiei a fost un succes și a inclus: formarea unei echipe de management, înregistrarea tuturor pacienților expuși, examinarea clinică simultană a tuturor persoanelor contacte, sincronizarea tratamentului de actualitate, decontaminarea și instituirea măsurilor de carantină, follow-up-ul investigațiilor și repetarea schemei de tratament. Concluzia acestui studiu a fost că gestionarea focarelor de scabie în instituții mari necesită un grad ridicat de abilități de comunicare, motivare și perseverență.(7)

CONCLUZII

Scabia norvegiană, ca formă particulară de scabie poate să pună probleme de diagnostic diferențial, cu întârzierea tratamentului specific scabid urmat pe de o parte de agravarea erupției. Pe de altă parte, scabia nefiind diagnosticată poate fi sursa unor focare de infecție pentru anturaj, cu atât mai mult pentru persoanele instituționalizate sau internate, cu riscul de transmitere a bolii, inclusiv personalului medical. În plus, cu cât infecția este mai veche, cu atât tratamentele urmate anterior pot modifica aspectul erupției, astfel că pentru confirmarea diagnosticului este necesar efectuarea atât a examenului parazitologic direct, cât și a biopsiei cutanate cu evidențierea parazitului în examenul histologic ca în cazul nostru.

Un element de subliniat este faptul că în panelul de investigare al etiologiei eritrodermiei trebuie să fie inclusă și eritrodermia de etiologie parazitară, scabioasă, în special pentru forma particulară de scabie crustoasă. În plus, una din complicațiile frecvente posibile ca în cazul prezentat este suprainfecția bacteriană, în special stafilococică.

Stafilococică este nosocomială cu Stafilococ MRSA, atunci severitatea este crescută, cu risc de evoluție spre stare toxicoseptică, particularitatea cazului nostru.

REFERINȚE

1. Cordoro KM, Wilson BB, Kauffman CL – Dermatologic manifestations of scabies, <http://emedicine.medscape.com/article/1109204-overview>, 2012.
2. Fernandez-Sanchez M, Saeb-Lima M, Alvarado-de la Barrera C, Reyes-Teran G. Crusted scabies-associated immune reconstruction inflammatory syndrome, *BMC Infect Dis* 2012;12:323.
3. Walton SF. The immunology of susceptibility and resistance to scabies, *Parasite Immunol* 2010;32:532-540 [PubMed]
4. Vorou R, Remoudaki HD, Maltezou HC. Nosocomial scabies. *J Hosp Infect.* 2007;65(1):9-14. [PubMed]
5. Riveau G, Poulain-Godefroy OP, Dupre L, Remoue F, Mielcarek N, Loch C, Capron A. Glutathione S-transferases of 28kDa as major vaccine candidates against schistosomiasis, *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, 02/1998; 93, Suppl 1:87-94.
6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
7. Stoevesandt J, Carlé L, Leverkus M, Hamm H Department of Dermatology, Venereology and Allergology, University Hospital Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg, Germany. Stoevesandt_J@klinik.uni-wuerzburg.de *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology: JDDG* 2012;10(9):637-647.