



Eosinofilia nel viaggiatore

Louis Loutan

Introduzione

La scoperta di un'eosinofilia presso un viaggiatore deve far sorgere nel clinico una serie di domande.

C'è una vera eosinofilia ?

Gli eosinofili nel sangue periferico costituiscono normalmente il 3-6% dei leucociti e hanno un'emivita circolante piuttosto breve di 6-12 ore, con una distribuzione circadiana che raggiunge il massimo verso la sera e la notte e con un minimo il mattino. Gli eosinofili sono più abbondanti nei tessuti e la loro funzione è prevalentemente citotossica. Un'eosinofilia assoluta viene definita quando il valore è superiore ai 450-500/mm³. In modo arbitrario si suddividono le eosinofilie in lieve (<1000/mm³), moderata (1000-3000/mm³) e severa (>3000/mm³).

L'eosinofilia è in relazione con un viaggio ?

Bisogna innanzitutto ricordarsi che il 10% della popolazione presenta una qualche forma di atopia e che numerosi medicinali e altre malattie possono provocare un aumento degli eosinofili. Perciò è importante escludere una eosinofilia legata ad una possibile causa indipendente al viaggio. Molto utile in queste circostanze è avere a disposizione una formula sanguinea antecedente al viaggio.

Quali parassiti possono essere all'origine di un'eosinofilia ?

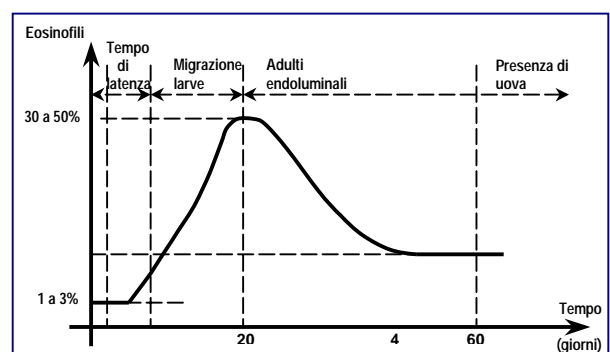
I protozoi (per esempio malaria, amebe) non sono normalmente associati ad una eosinofilia, anche se sono stati descritti rari casi di eosinofilia in infezioni da *Isospora belli*, *Dientamoeba fragilis* e toxoplasmosi. L'eosinofilia è invece associata alle infezioni da elminti ed è in relazione con il grado d'invasione dei tessuti da parte del parassita. L'eosinofilia severa la si riscontra nella prima fase dell'invasione, per esempio quando le larve dell'ascaride o dell'anchilostoma transitano attraverso i polmoni o la *Fasciola hepatica* penetra nel parenchima epatico. Una volta che la larva si è annidiata nel tubo digerente, l'eosinofilia tende a diminuire gradualmente sino a scomparire.

L'evoluzione dell'eosinofilia in funzione dell'andamento temporale dell'infezione d'ascaride è rappresentata nella figura 1. È importante ricordare che l'eosinofilia precede l'apparizione delle uova nelle feci

- il ciclo di sviluppo non è ancora completato - e quindi in un caso simile è imperativo ripetere un esame coprologico uno-due mesi più tardi.

Le infezioni da elminti associate a ripetute invasioni parenchimatose, come la toxocarosi, l'anguilliosi o la loasi sono generalmente associate a eosinofilie severe.

Figura 1: Evoluzione dell'eosinofilia nel corso di una primo-infezione da ascaride (adattata da ⁽¹⁾)



Approccio diagnostico

Se alcune forme di parassitosi sono cosmopolite (ascaridiosi, anchilostomatosi, tricocefalosi), altre sono legate ad una distribuzione geografica ben precisa, per es. la scistosomiasi, la loasi o la paragonimiasi. È quindi necessario un'anamnesi dettagliata delle regioni visitate, della durata del soggiorno e di certe esposizioni: bagni in acqua dolce (scistosomiasi), camminata a piedi nudi (anchilostomiasi, anguilliosi), consumazione di gamberi d'acqua dolce (paragonimiasi), di crescione (fasciolosi), di carne poco cotta (teniasi). Alcuni esempi sono riassunti nella tabella 1. La sintomatologia clinica può orientare la diagnostica: epilessia (cisticercosi), rigonfiamento sotto cutaneo (loasi), dermatite (oncocercosi), epatomegalia (fasciolosi), disturbi intestinali (ascaridiosi, tricocefalosi), prurito anale (ossiuriasi).

Diagnostica di laboratorio

In un primo tempo verranno effettuati:

- una formula sanguinea completa;
- due-tre esami delle feci (per mettere in evidenza uova di elminti localizzati nell'intestino, vie biliari o polmoni);
- nel caso di sospetto di scistosomiasi, un sedimento urinario completo (proteinuria? ematuria?) con filtrazione delle urine per ricerca delle uova.

Una serologia (ELISA) per scistosomiasi, anguilliosi e filariosi è appropriata in caso di eosinofilia marcata dopo soggiorno in zone endemiche.



In seguito vengono prese in considerazione ulteriori ricerche più specifiche come la ricerca di microfilarie nel sangue (filariosi linfatica, loasi), skin snips (oncercosi), tomogramma cerebrale (cisticercosi), sonografia epatica (distomatosi, echinococcosi), radiografia del torace e analisi dell'espettorato (paragonimiasi), e altre serologie per parassiti (fasciolosi, toxocariosi, cisticercosi, trichinosi, echinococcosi).

Una biopsia rettale può mettere in evidenza una scistosomiasi. Un'aspirazione duodenale può aiutare a mettere in evidenza un'anguilliosi (a causa della loro

invasività queste tecniche vengono poco utilizzate).

Bisogna iniziare un trattamento di prova ?

Si ricorda che una gran parte delle infezioni parassitarie, particolarmente quelle intestinali, si risolvono in maniera spontanea. Un trattamento di prova (albendazolo) può essere instaurato nel caso in cui non si è potuto stabilire una causa precisa. Un ricontrollo ulteriore degli eosinofili rimane mandatorio.

Tabella 1: Eosinofilia e parassitosi (elmintiasi)

Modo di contaminazione	Elmintiasi
Marcia a piedi nudi	Anchilostomiasi, anguillosi, <i>Larva migrans</i>
Contatto con acqua dolce:	Scistosomiasi (Bilanziosi)
Consumazione di : - gamberetti d'acqua dolce - sabbia contaminata (bambini) - carne cruda o poco cotta - pesce crudo o poco cotto - alimenti contaminati - vegetali acquatici crudi (crescione) - bacche selvagge	Paragonimiasi Toxocariosi Trichinosi, teniasi Botriocelofasi, anisakiasi, gnatostomiasi Ascaridiosi, cisticercosi, toxocariosi, tricocefalosi, ossiuriasi Fasciolosi Echinococcosi alveolare
Igiene difettosa	Ossiuriasi, toxocariosi, echinococcosi
Punture d'insetto	Filariosi linfatica, oncercosi, loasi

Informazioni pratiche

Esame delle feci	3 x fresche o meglio in SAF.
Ricerca anguillosi, distomatosi o scistosomiasi intestinale	3 x feci fresche, non fissate. Esami specifici.
Esame delle urine (scistosomiasi urinaria)	3 x urine complete prelevate entro mezzogiorno, con minzione forzata terminale.
Ricerca parassiti in sangue	3 ml di sangue EDTA.
Ricerca serologica parassitaria	2-3 ml di siero. La ricerca può essere fatta in maniera mirata o sotto forma di bilancio (depistaggio per elminti con o senza soggiorno tropicale).

In breve

Un'eosinofilia assoluta (>500/mm³) deve indurre il clinico a pensare alla possibilità di un'infezione parassitaria. L'eosinofilia è soprattutto presente nella prima fase d'invasione parenchimatosa da parte degli elminti.

La ricerca delle uova nelle feci è sovente negativa nel momento del picco dell'eosinofilia, per cui l'esame delle feci deve essere ripetuto a distanza di uno, due mesi.

La serologia specifica aiuta in maniera importante nell'identificazione diagnostica, ma aiuta meno per un decorso dopo trattamento.

Per ulteriori informazioni rivolgersi presso il responsabile del vostro laboratorio.

Bibliografia

⁽¹⁾ ■ Gentilini M. Médecine tropicale. Flammarion Médecine Science, Paris, 5^e éd, 1992.
■ Postgraduate Medicine. 1999; 105: 193-210.

■ Médecine tropicale 1998 ; 58 :421-512.
■ Hunter's Tropical medicine. Saunders, Philadelphia, 2000: 1062-1065.

Dr Louis Loutan, PD. Primario dell'Unità di Medicina di Viaggio e Medicina di Migrazione, Ospedale Cantonale Universitario di Ginevra. Consulente di parassitologia, Unilabs.

Tradotto da Barbara Mathis, Dr. M. Uhr.

Stampa parziale o integrale delle "Informazioni scientifiche" sono permesse solo con l'obbligo della citazione delle fonti bibliografiche © Unilabs. Editore: Unilabs, 12, place Cornavin - Case postale 2259 - CH-1211 Genève 1.