



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Viaggi e salute
Data 19 febbraio 2006 alle 18:09:00
Autore R Rossi

Ressa:

Capitolo più che utile questo, visto che in questi ultimi anni i pazienti che viaggiano in zone tropicali o in paesi del terzo mondo, per turismo, per affari o per altro, sono diventati sempre più frequenti e quindi è obbligatorio, per il medico di famiglia, conoscere da un lato l'epidemiologia di alcune malattie tipiche di quei paesi e dall'altro sapere quali consigli fornire prima del viaggio.

Personalmente ho un'ostilità preconcepita verso i viaggi (di impronta turistica) che escono dai confini della Penisola per il semplice motivo che una vita media non basta a vedere tutte le cose belle che abbiamo in Italia; la realtà, però, è diversa e l'imbarbarimento è tale che abbiamo soggetti che conoscono le Maldive a menadito ma non hanno mai visto Venezia.

Poi ci sono gli stakanovisti dei viaggi che si muovono ad ogni festività i quali, come disse Seneca, a mio parere vogliono fuggire dall'unica cosa da cui non possono: "se stessi".

Concludo dicendo che i viaggi in luoghi inospitali possono costituire una formidabile sfida diagnostica per noi medici, come quella mia estrosa paziente che si recò in Amazzonia col sacco a pelo e che mi ritorno con una febbricola e splenomegalia che si dimostrarono causate da una brucellosi (mi si accese una lampadina per puro caso).

Rossi:

Ci avrei giurato che facevi un pistolotto del genere. Anch'io, devo dire, amo di più girare per l'Italia e la vecchia e cara Europa.

Ma i viaggi sono ormai una parte del modus vivendi dei nostri pazienti e molti amano andare proprio in posti che magari a noi direbbero poco e così aumentano i rischi sanitari. D'altra parte "de gustibus..." con quel che segue. Di noi due per esempio direbbero che siano rimasti al paleolitico.

Ressa:

Andiamo avanti. Che tipo di pazienti possiamo trovarci di fronte?

Rossi:

Direi che possiamo trovarci di fronte a due tipologie di soggetti:

a) quelli che ci chiedono consigli prima di un viaggio in zone a rischio

b) quelli che si ammalano dopo il rientro da un viaggio

Ressa:
Quali sono le malattie più importanti a cui possono andar incontro i viaggiatori?

Rossi:

In primis viene in mente la malaria, ma non vanno dimenticate le infezioni intestinali (colera, dissenteria, il tifo), l'epatite virale, la febbre gialla, la filariosi, l'AIDS, ecc. Insomma l'elenco è lungo...

Ressa:

Cosa dobbiamo fare se un nostro paziente ci chiede quali rischi corre ad andare in un determinato paese dell'Africa sub-sahariana o del sud-est asiatico piuttosto che dell'America centrale o latina?

Rossi:

Diventerebbe troppo lungo elencare tutte le possibili malattie paese per paese. La cosa più utile è quella di consultare un testo ad hoc oppure richiedere informazione agli appositi uffici Igiene dell'ASL. Sconsiglierei invece di fidarsi troppo delle notizie fornite dalle agenzie di viaggio: spesso, per non spaventare i clienti, tendono a minimizzare i rischi.

Ressa:

Ho nel salone di casa un tappeto enorme, regalatomi da una paziente, alla quale in extremis consigliai la profilassi antimalarica, vincendo le sue resistenze, due suoi compagni di viaggio tornarono "inscatolati" per una malaria cerebrale fulminante.

Ci sono delle indicazioni generali che possiamo dare ai nostri pazienti per ridurre il rischio di prendersi qualche malattia indesiderata che, nel migliore dei casi, rovinerebbe la vacanza e nel peggiore potrebbe costituire un serio rischio per la salute?

Rossi:

Sì. Per quanto riguarda le bevande considerare sicure solo quelle sigillate oppure le bevande preparate con acqua bollita (tè e caffè), la birra e il vino. Evitare il ghiaccio che, ovviamente, viene fatto con l'acqua del luogo e che potrebbe funzionare come un cavallo di Troia per le infezioni. Per i cibi il discorso è un poco più complicato. Di solito i grandi alberghi offrono cibi abbastanza sicuri, comunque è preferibile assumere cibi cotti. Evitare verdure e frutta (a meno che non la si sbucci da sé), latte e latticini, creme e gelati, frutti di mare e pesce crudo, insaccati.

Ressa:
Direi che un gelato industriale con confezione integra lo possiamo permettere.

Per quanto riguarda le zanzare?

Rossi:

Le zanzare possono trasmettere la malaria e altre malattie. Utile utilizzare vestiti che non lascino scoperte gambe e



braccia, soprattutto tra il tramonto e l'alba, far uso di creme repellenti, portarsi da casa una buona scorta di insetticidi (spiralette, piastrine), dormire in letti con zanzariere (sarebbe utile che anche le finestre ne fossero provviste), azionare l'aria condizionata che, abbassando la temperatura, rende dura la vita agli insetti.

Ressa:

Malattie sessualmente trasmesse?

Rossi:

L'unico avvertimento utile è quello di astenersi dai rapporti sessuali con persone sconosciute o, se è il caso, utilizzare il preservativo e, per le donne, pretendere che il loro partner lo usi.

Questo consiglio vale però non solo per i paesi tropicali, ma ovviamente per tutte le parti del mondo, Italia compresa.

Ressa:

Peccato che pochi ne tengono conto sia in Italia che fuori.

Chi va in vacanza spesso lo fa per godere di un mare pulito e cristallino. Quali sono i rischi legati ai bagni di mare?

Rossi:

Beh, i rischi più frequenti sono quelli dovuti al contatto con le meduse che provocano delle lesioni cutanee che si possono trattare con l'applicazione di aceto. Raramente si può essere morsi da qualche pesce velenoso: in questi casi è consigliabile immergere subito la parte colpita in acqua molto calda e poi consultare un medico locale.

Consigliabile, quando ci si immerge, indossare scarpe di plastica protettive (ve ne sono in commercio di vari tipi a costi irrisori) per evitare di ferirsi camminando su fondali pietrosi o su coralli.

Ressa:

Le piscine sono sicure?

Rossi:

Convieni, prima di immergersi, controllare in generale le condizioni di pulizia dell'ambiente. Buoni condizioni igieniche sono una garanzia (relativa) che l'acqua della piscina viene regolarmente pulita e trattata con le apposite soluzioni disinfettanti.

Ressa:

Quali sono le vaccinazioni da fare quando ci si reca in paesi a rischio?

Rossi:

La vaccinazione contro la febbre gialla è obbligatoria quando ci si reca in un paese in cui la malattia è endemica: interno del Brasile e parte settentrionale dell'America del Sud, Africa sub-sahariana.

E' opportuno poi verificare che il soggetto sia in regola con la vaccinazione antitetanica (e nel caso effettuare un richiamo) e antipolio. La vaccinazione antitifica è raccomandata in quanto di facile somministrazione (per os) e fornisce una copertura che si ritiene duri un paio d'anni.

Caso per caso può essere utile valutare l'opportunità di eseguire le vaccinazioni antiepatite A e B (per esempio in soggetti che si recano spesso in paesi tropicali).

Ressa:

Ricordo anche la difterite di cui ci sono stati focolai anche in Russia.

Ci sono farmaci da viaggio da consigliare?

Rossi:

Oltre a quelli di uso personale e agli antimalarici direi che possiamo prescrivere un analgesico-antiperetico, un anticonvulsivo, un antibiotico a largo spettro e un antibiotico per la diarrea del viaggiatore (la scelta può cadere sulla rifaximina, su un chinolonico o sul cotrimoxazolo, su un macrolide di ultima generazione).

Ressa:

Passiamo alla profilassi antimalarica.

Rossi:

Il tipo di profilassi farmacologica varia in relazione al paese o alla zona in cui ci si reca.

In linea generale sono state distinte dall'OMS tre zone, definite zona A, B e C.

La zona A è una zona a basso rischio, in cui *P. falciparum* è assente oppure è sensibile alla cloroquina. Comprende Egitto, Medio Oriente e parte dell'Arabia Saudita, alcune zone dell'estremo oriente, Messico, parte dei Caraibi, America centrale, parte dell'America Meridionale. La profilassi, per soggiorni superiori ai 7 gg, prevede l'uso della cloroquina (2 cpr da 250 mg assunte una volta alla settimana, a stomaco pieno).

La zona B, che comprende essenzialmente l'India e l'Indonesia e zone adiacenti, ha un rischio basso di contrarre la malattia ma il *P. falciparum* presente talora è resistente alla cloroquina. Per questo, per soggiorni superiori ai 7 gg, si consiglia di associare, alla cloroquina, il proguanil (1 cpr da 100 mg ogni 12 ore).

Nella zona C, che comprende essenzialmente Brasile e alcune zone dell'America Meridionale, l'Africa e il Madagascar e la zona tra Thailandia, Cambogia e Birmania, la resistenza alla cloroquina è assoluta e viene consigliata la meflochina, 250 mg una volta alla settimana.

Se la meflochina non è tollerata oppure nella zona tra Thailandia, Cambogia e Birmania si usa la doxiciclina 100 mg/die che è attiva contro *P. falciparum* ma non contro *P. vivax*.

Ultimamente, nei casi di viaggi in paesi con cloroquina resistenza, si è cominciato ad usare anche l'associazione atovaquone/proguanil (250 mg + 100 mg) che è consigliato sempre più come farmaco di prima scelta, ha un'efficacia profilattica elevata e un buon profilo di sicurezza, con effetti collaterali gravi rari. Ha il difetto di essere costoso.

Ressa:

Quando iniziare la profilassi antimalarica?



Rossi:

La profilassi antimalarica va iniziata prima del viaggio, proseguita per tutto il soggiorno e fino a 4 settimane dopo il rientro. Per l'atovaquone/proguanil può bastare una settimana. Per la cloroquina si inizia due settimane prima del viaggio. Se si associa il proguanil questo si deve assumere tutti i giorni, per tutta la durata del viaggio.

Anche la meflochina si inizia due settimane prima di partire.

L'avvento dei last minutes ha reso problematica questa tempistica. Per fortuna che la doxiciclina e l'atovaquone/proguanil possono essere iniziati il giorno prima di partire.

Ressa:
Ci sono farmaci di riserva?

Rossi:

Alcuni consigliano di portarsi al seguito l'alofantrina o la sulfadossina-pirimetamina, da usare qualora comparissero sintomi sospetti di malaria nonostante la profilassi e non fosse possibile consultare subito un medico locale. I questi ultimi tempi ci si sta orientando per il co-artemether o l'atovaquone/proguanil che sono relativamente facili da assumere ed hanno effetti collaterali limitati.

Ressa:

Comunque, a parte le linee generali che hai dato, direi che conviene sempre controllare il rischio di cloroquinoresistenza su di un testo aggiornato o meglio chiedere agli appositi uffici provinciali oppure cercare informazioni aggiornate al sito del CDC di Atlanta (www.cdc.gov).

Un altro sito che consiglio perchè contiene linee guida aggiornate è il seguente: www.hpa.org.uk/ Per esempio ultimamente il sito segnala che in alcune zone dell'Africa meridionale (Namibia, Zimbabwe, Botswana) l'associazione cloroquina/proguanil non è più efficace per cui si consigliano meflochina, doxiciclina oppure atovaquone/proguanil. Quali sono gli effetti collaterali degli antimalarici?

Rossi:

Per la cloroquina soprattutto la nausea (assumere il farmaco a stomaco pieno), talora prurito e disturbi della vista. Il proguanil può dare disturbi gastrici.

La meflochina può dare vertigini e talora nausea, cefalea, dermatiti. Quest'ultima è controindicata nei soggetti affetti da malattie neurologiche o difetti di conduzione cardiaca.

Di seguito sono riassunte le varie opzioni per la profilassi antimalarica (tratte dalle linee guida presenti al sito www.hpa.org.uk/). Zone in cui non c'è cloroquina-resistenza

Cloroquina
- 2 cpr da 250 mg alla settimana
Proguanil 2 cpr da 100 mg al giorno

Zone di relativa resistenza alla cloroquina (profilassi poco efficace dove la resistenza è più marcata)

- Proguanil 2 cpr da 100 mg al giorno + cloroquina 2 cpr da 250 mg alla settimana

Zone in cui c'è resistenza assoluta del *P. falciparum* alla cloroquina

- Meflochina una cpr da 250 mg alla settimana (evitare in gravidanza e allattamento; evitare la gravidanza per 3 mesi dopo al sospensione; controindicata in caso di epilessia, depressione o gravi disturbi psichiatrici; cautela in soggetti con disturbi della conduzione cardiaca; appropriato per periodi fino ad un anno all'estero)

- Doxiciclina 1 cpr da 100 mg al giorno (controindicato in gravidanza, allattamento e sotto i 12 anni)

- Atovaquone/proguanil 1 cpr da 250 mg/100 mg al giorno (approvato per un uso fino a 28 giorni; non usare in gravidanza e allattamento; iniziare 1-2 giorni prima della partenza e fino ad una settimana dopo il ritorno)

Da notare che tutti gli antimalarici devono essere evitati in caso di gravi epatopatie. Nelle donne in gravidanza l'uso del proguanil deve essere associato a supplementazioni di acido folico.

Ressa:

Passiamo ora al caso di un viaggiatore che, di ritorno da un soggiorno in un paese a rischio, ci consulti per la comparsa di qualche sintomo. Quali sono le evenienze più comuni?

Rossi:

Direi che sono la febbre e la diarrea.

Ressa:

Cosa dobbiamo pensare di fronte ad un paziente con recente viaggio in paesi a rischio che presenti febbre?

Rossi:

Le tre cause più frequenti sono: epatite, febbre tifoide e malaria. A quest'ultima è bene pensare sempre, anche se è stata fatta la profilassi, in quanto questa riduce ma non azzerava il rischio.

Purtroppo non sempre la diagnosi o il sospetto sono tempestivi...

Ressa:

Il caso del povero Coppi insegna...ovviamente esiste anche l'eventualità opposta: ricordo un giovane paziente rientrato da località ad alto rischio con diarrea profusa che era dovuta a un morbo di Crohn.

Rossi:

La malaria rappresenta una vera e propria urgenza medica, la terapia deve essere il più precoce possibile. Ricordo che può insorgere anche a distanza di 3-4 mesi e addirittura fino ad oltre un anno dal soggiorno in area a rischio e, se non riconosciuta in tempo, può essere mortale. In caso di sospetto non si deve perciò esitare ad inviare il paziente ad un centro di malattie infettive o di malattie tropicali (se ve n'è uno vicino). La diagnosi si basa sulla individuazione del



plasmodio tramite emoscopia, cioè l'esame microscopico del sangue alla ricerca dei parassiti della malaria (da ripetere più volte se negativo e i sintomi sono sospetti) oppure sull'utilizzo di un test rapido per *P. Falciparum* o della PCR. E' opportuno che la terapia sia instaurata da un medico esperto. Ressa:

Le caratteristiche della febbre possono essere di aiuto per il sospetto diagnostico?

Rossi:

Le caratteristiche classiche dell'accesso malarico sono l' iniziale brivido scuotente per un paio d'ore, poi febbre elevata e cefalea per altre 4-5 ore, infine sudorazione intensa e rapido calo della temperatura. Questo accesso si presenta ogni 72 ore per il *P. Malariae*, ogni 48 ore per gli altri plasmodi. Sono state descritte recidive per il *P. vivax* e *P. ovale* anche a distanza di qualche anno e per il *P. malariae* fino a 20-30 anni.

Tuttavia vengono descritte anche forme confondibili con banali virusi.

Ressa:

Ricordo un paziente descritto nei casi del dottor Cretinetti (Quella strana malattia sessuale).

Rossi:

Io di malaria ne ho vista un solo caso, in un cinquantenne che era appena stato in un paese africano (di cui non ricordo il nome) per un mese a fare volontariato in una missione italiana. Dopo circa 3-4 settimane dal ritorno, e nonostante la profilassi con meflochina, è comparsa febbre ad andamento irregolare. Non ci ho messo un attimo a spedirlo a Malattie Infettive, nonostante la presenza di tosse facesse pensare ad una banale virusi respiratoria. L'emoscopia ha confermato trattarsi di malaria da *P. Falciparum*.

Ressa:

Ovviamente una febbre dopo un viaggio in un paese tropicale potrebbe essere dovuta a tantissime altre cause, anche una banale virusi. Però, come hai giustamente detto tu, in primis pensare sempre alla malaria, fino a prova contraria, e poi al tifo o all'epatite. Rossi:

Per quanto riguarda le epatiti rimando al relativo capitolo.

Il tifo può esordire come una banale forma influenzale, ma in seguito compaiono dolori addominali, diarrea semiliquida (cosiddetta "a purea di piselli") e, in un paziente su 3, un esantema rubeolico all'addome e al torace. Nelle forme gravi ci possono essere uno stato stuporoso, subittero, emorragia o perforazione intestinali.

Ressa:

E, caratteristicamente, una bradicardia relativa rispetto al grado della febbre.

Rossi:

In assenza di terapia portava all'exitus nel 10% dei casi circa. La diagnosi si fa con la coprocoltura (bisogna però tener conto che all'inizio è positiva solo nel 15% dei casi, in seguito, dopo circa 3 settimane, la percentuale di positività passa a circa il 30-35%) e con la reazione di Widal (positiva nel 90% dei casi dopo 8-10 giorni).

L'antibiotico di scelta è la ciprofloxacina da usare a 500 mgx2/die per circa 10 giorni; associare steroide IV se è presente lo stato stuporoso.

Ressa:

Ricorderei anche la brucellosi che si acquisisce con il contatto diretto con feci o urine di animali infetti (bovini, ovini, caprini, suini) oppure con l'ingestione di latte o latticini di animali infetti; è caratterizzata da febbre ad andamento ondulante che dura settimane, alternata a periodi di remissione; spesso guarisce spontaneamente in alcuni mesi. La diagnosi si basa sull'emocoltura e sulla reazione di Wright.

Spiccata è di solito la splenomegalia, come in quella mia paziente recatasi in Amazzonia con sacco a pelo.

Rossi:

Mai vista in quasi trent'anni di professione...

Ressa:

Veniamo invece al paziente che dopo un viaggio ci richieda una visita per diarrea. Rossi:

Si tratta di sicuro del sintomo più frequente accusato da un viaggiatore e può insorgere al rientro a casa ma anche durante il soggiorno all'estero. In caso di febbre elevata e presenza di muco-pus e sangue nelle feci si parla più propriamente di dissenteria mentre la vera diarrea non comporta di solito febbre e le feci sono di tipo acquoso senza muco-pus e/o sangue.

La presenza di sangue o di pus indica che vi è stato un danno ulcerativo della mucosa intestinale e dovrebbe far pensare all'amebiasi, alla shigellosi oppure allo schistosoma. In questi casi è utile far riferimento ad un reparto di malattie infettive per l'inquadramento e la gestione terapeutica.

In caso invece di diarrea acquosa la causa più frequente è la cosiddetta diarrea del viaggiatore (dovuta a colibacilli, campylobacter, salmonelle o rotavirus, di solito tende alla guarigione spontanea in circa 3-7 giorni). Più raramente può essere dovuta al colera che comporta emissione di feci liquide "ad acqua di riso", crampi addominali, disidratazione mentre, di solito, manca la febbre. I casi fatali sono dovuti alla grave disidratazione con shock ipovolemico e insufficienza renale. La terapia si basa prima di tutto sul ripristino dell'equilibrio idro-elettrolitico e poi sull'uso di antibiotici (tetracicline, cotrimoxazolo).

Ressa:

Concluderei fornendo dei consigli per viaggiatori particolari...

Rossi:

Cominciamo con gli anziani. E' opportuno, prima di un viaggio, effettuare un esame dell'apparato cardiovascolare e



respiratorio e valutare le reali condizioni di salute del soggetto. Inutile ricordare che gli anziani sono soggetti particolarmente fragili, soprattutto se hanno patologie associate di tipo cardiaco o respiratorio per cui è opportuno sconsigliare viaggi in zone particolarmente a rischio sanitario, a meno che non siano del tutto indispensabili.

Ressa:

Le donne in gravidanza?

Rossi:

Conviene sconsigliare viaggi in paesi in cui il livello dei servizi sanitari è scadente. Il problema con la gravidanza riguarda soprattutto la profilassi antimalarica: farmaci che si possono usare sono la cloroquina e il proguanile, da non usare la meflochina durante il primo quadrimestre di gestazione. Per altri particolari rimando alla tabella riassuntiva prima riportata. Per i vaccini sono da evitare quelli con virus vivi attenuati, la vaccinazione contro la febbre gialla va effettuata valutando caso per caso.

Ressa:

I bambini?

Rossi:

I problemi riguardano soprattutto i bambini molto piccoli, per i quali è opportuno sconsigliare viaggi nelle zone tropicali a rischio. La vaccinazione contro la febbre gialla non può essere effettuata prima dei 6 mesi di vita, la profilassi antimalarica non richiede in genere avvertenze particolari (si possono usare cloroquina e proguanile). E' opportuno avvertire i genitori di usare speciali precauzioni per i cibi, le bevande e per evitare le punture d'insetti; consigliabile un apporto idrico adeguato per scongiurare il rischio di disidratazione se si soggiorna in climi aridi.

Ressa:

Finiamo con i diabetici e i cardiopatici.

Rossi:

Il diabetico compensato può tranquillamente viaggiare senza problemi, ma è comunque opportuno evitare i paesi con strutture sanitarie scadenti e viaggi pericolosi. Il paziente si dovrà portare da casa un quantitativo sufficiente di farmaci, di stick per la glicemia e zucchero per le crisi ipoglicemiche.

Non ci sono controindicazioni per le vaccinazioni mentre la cloroquina deve essere evitata in caso di retinopatia. Per i cardiopatici le avvertenze variano a seconda della cardiopatia di base e dello stato di salute del soggetto. In generale è opportuno sconsigliare il viaggio in caso di recente scompenso cardiaco, di aritmie persistenti o di situazioni emodinamiche instabili. Se il soggetto ha un pace-maker dovrà segnalarlo all'aeroporto. Le vaccinazioni non sono controindicate mentre la meflochina non si deve somministrare se il paziente assume betabloccanti, digossina, calcioantagonisti o chinidina. Se il paziente è in trattamento con warfarin deve essere certo di poter effettuare gli opportuni controlli se il soggiorno si protrae oltre i 20 giorni, e portarsi appresso un flacone di vitamina K. Utile consigliare anche di portarsi la scorta necessaria dei farmaci di uso cronico.

Ressa:

Mi sembra che non ci sia altro da dire di importante: credo che con queste informazioni possiamo affrontare con più tranquillità la gestione del paziente che viaggia.