

CASO DI SCHISTOSOMOSI GENITO-URINARIA CARATTERIZZATA DA UN'ELEVATA CARICA DI MIRACIDI DI SCHISTOSOMA HAEMATOBIMUM

G. Camarlinghi², E.M. Parisio², M. Nardone², S. Moneta¹, R. Mattei²

¹S.C. MALATTIE INFETTIVE E EPATOLOGIA LUCCA USL NORD-OVEST TOSCANA

²S.C. ANALISI CHIMICO CLINICHE LUCCA AZIENDA USL NORD-OVEST TOSCANA

INTRODUZIONE

Le schistosomiasi sono la seconda malattia tropicale a maggiore prevalenza del mondo. Lo *Schistosoma haematobium* è l'agente etiologico della schistosomosi vescicale, malattia che colpisce circa 100 milioni di individui concentrati soprattutto in Africa. Riportiamo il caso di un uomo di 25 anni, originario del Mali, residente in Italia da 24 mesi che riferisce di avere da alcuni anni disuria ed ematuria ricorrenti. Prima del ricovero presso l'ospedale San Luca di Lucca aveva effettuato una TC addome con riscontro di idronefrosi bilaterale e calcificazioni multiple a livello ureterale e vescicale; ripetuti esami emocromocitometrici avevano evidenziato una marcata eosinofilia associata a valori di ematuria e leucocituria elevati. Per il persistere di ematuria veniva ricoverato presso il reparto di Malattie Infettive.

METODI

Un campione di urina è stato analizzato per un sospetto di tubercolosi e/o infestazione parassitaria. Il campione è stato centrifugato ed il sedimento analizzato a fresco in contrasto di fase a 100 e 400 ingrandimenti.

RISULTATI

Sono state identificate numerose uova di *S. haematobium* (>400 uova/10ml), molte delle quali vitali in quanto associate al movimento del miracidio al loro interno a conferma di un'infestazione ancora attiva. Numerose forme larvali natanti (miracidi) sono state evidenziate (100 circa), nonostante non sia stato eseguito il test di hatching. Le dimensioni del parassita all'oculare micrometrico risultavano 145 µm x 60 µm per le uova e 130 µm x 60 µm per i miracidi. L'elevato numero di forme ciliate natanti ha fatto supporre che vi fosse una coinfezione da protozoi ciliati, come ad esempio *Colpoda* spp. o *Balantidium coli*. Quest'ultimo in particolare ha dimensioni comparabili al miracidio di *S. haematobium* (100-200 µm). L'analisi microscopica della morfologia ha permesso di escludere questa ipotesi. La cistoscopia ha messo in evidenza la presenza di numerose lesioni vescicolari disseminate ed i preparati istologici della biopsia della mucosa vescicale colorati con ematossilina-eosina hanno evidenziato la presenza di numerose uova di *S. haematobium*. L'esame coproparassitologico successivamente richiesto dal laboratorio e la ricerca di micobatteri nelle urine sono risultati negativi.

CONCLUSIONI

Poiché l'infestazione nel tempo predispone al carcinoma vescicale, il laboratorio acquista importanza per una diagnosi tempestiva. Dal 2011 sono stati descritti casi di schistosomosi vescicale originatisi direttamente in Europa (Corsica). Le cause sono da attribuire sia ai flussi migratori provenienti da regione endemiche per *S. haematobium* (con conseguente ingresso nel territorio europeo di soggetti che possono disseminare le uova nei corsi d'acqua) che alla presenza dell'ospite intermedio *Bulinus truncatus* in alcune zone d'Europa (ad es. Sardegna). Infine, l'aumento delle temperature globali potrebbe in futuro rendere endemica anche nel nostro paese la schistosomosi vescicale.