ITER DIAGNOSTICO E GESTIONE DEL CASO DI LEISHMANIOSI VISCERALE E CUTANEA RACCOMANDATI DALLA REGIONE EUROPEA DELL'OMS

L. Gradoni [1]

[1]*Reparto di Malattie Trasmesse da Vettori, Dipartimento di Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità*

Le leishmaniosi costituiscono uno spettro di malattie endemiche in oltre 98 Paesi, con un incidenza annuale di 1,3 milioni di casi di cui 0,3 milioni di forme viscerali (LV) e 1 milione di forme cutanee (LC). Anche se la Regione Europea dell'OMS rappresenta meno del 2% dell'onere mondiale di morbosità, gli aspetti epidemiologici delle leishmaniosi in questo ampio territorio sono complessi, interessando diverse specie di Leishmania, flebotomi vettori ed ospiti, ed includendo cicli antroponotici (L. tropica; L. donovani[?]) e zoonotici (L. infantum; L. major). L'endemia interessa territori di 27 Paesi molto diversi tra loro per clima, ambiente, economia e società: dalla regione mediterranea dell'Unione Europea ai Balcani e propaggini meridionali dell'est Europa; dall'Anatolia e Vicino Oriente al Caucaso, fino a tutta l'Asia Centrale. L'incidenza di LV è stimata in 1.100-1.900 casi/anno, quella di LC (ampiamente sottostimata) in 10.000-17.000 casi/anno.

Nel 2017 un gruppo di esperti su incarico di OMS-Europa ha completato un manuale per la diagnosi, terapia e follow-up delle leishmaniosi endemiche nella Regione, con l'obiettivo di fornire protocolli standard applicabili nelle diverse situazioni socioeconomiche e sanitarie dei Paesi.

L'algoritmo per la diagnosi di LV, suddiviso in due campi a seconda dell'accesso o meno a laboratori attrezzati, mostra il ruolo centrale di un test diagnostico rapido per la ricerca di anticorpi anti-antigene rK39. Con la positività del test in casi clinicamente sospetti, preferibilmente confermata da un test sierologico quantitativo, può essere raccomandato il trattamento. Solo in caso di discordanza dei test sierologici si raccomanda la dimostrazione del parassita o del suo DNA da campioni di tessuto e/o sangue periferico. Per tutta la Regione Europea il farmaco di prima scelta è l'amfotericina B liposomiale, mentre gli antimoniali pentavalenti costituiscono la seconda scelta.

La diagnosi di LC può basarsi esclusivamente su criteri clinici quando la malattia interessa aree tradizionalmente ad alta endemia di L. major. Anche per la LC l'algoritmo prevede protocolli diversi a seconda del tipo di laboratorio, ma sono tutti rivolti alla dimostrazione diretta del parassita o del suo DNA. L'identificazione dell'agente, che può essere dedotta anche solo su base clinico-epidemiologica storicamente acquisita (per es. LC papulo-nodulare da L. infantum in sud Europa o LC ulcerativa secca da L. tropica nel sud-est della Turchia), assume importanza per l'approccio terapeutico. Solo nel caso di poche lesioni non sfiguranti causate da L. major può non essere raccomandata la terapia. Il tipo di presentazione clinica ed l'agente coinvolto dettano le condizioni per una terapia locale (incluse crio- e termoterapia) oppure sistemica, utilizzando diversi farmaci per i quali però non sono disponibili sufficienti evidenze scientifiche.