COSA C'E' DI NUOVO NELL'EPIDEMIOLOGIA DELLE DERMATOFITOSI?

P. Fazii [1], P. Fazii [1]

[1]*U.O.C. "Microbiologia e Virologia Clinica a valenza regionale" , P.O. "Spirito Santo", Via Fonte romana, 8, 65124 - Pescara*

La prevalenza delle specie dermatofitiche isolate dalle dermatofitosi umane, ha subito, negli ultimi decenni, delle profonde modificazioni nelle aree del mondo cosiddetto sviluppato. Specie fungine, quali Epidermophyton floccosum e Trichophyton schoenleinii, che erano prevalenti sino agli anni '40 del XX secolo, successivamente sono state rinvenute solo nei Paesi meno sviluppati. Un'altra specie antropofila, endemica solo in Sardegna ed in Portogallo, il T. megninii, è invece praticamente scomparsa. Parallelamente al declino delle specie suddette, è stato osservato, nei Paesi più sviluppati, un aumento dell'isolamento di specie quali T.rubrum, T. interdigitale e Microsporum canis. Questo cambiamento epidemiologico è stato determinato essenzialmente da tre fattori: a)l'introduzione di farmaci sistemici ad azione sui dermatofiti; b)le migliorate condizioni igienico-sanitarie e sociali; c)l'abitudine sempre crescente ad albergare in casa i cani ed i gatti, animali associati a M.canis. Anche in Italia si è osservato un andamento simile con la graduale scomparsa, negli anni '60 e '70 di T.violaceum,T.tonsurans,T.schoenleinii e M.audouinii e con l'aumento di micosi da T.rubrum e M.canis. Negli ultimi anni, però, anche da noi, si è andata gradualmente osservando una ripresa di dermatofitosi causate da specie di "ritorno" come T.tonsurans, M.audouinii e T.violaceum o da specie mai state endemiche, come il T.soudanense. In particolare, sono state osservate forme di tinea capitis, sostenute soprattutto da T.violaceum ma anche da T.tonsurans, in bambini di etnia africana; la maggior parte di loro proveniva da programmi di adozione anche se, sono stati osservati cluster di t. capitis da T.violaceum, in bambini africani nati in Italia o di etnia italiana. Inoltre, nel nostro Paese, sono stati osservati alcuni casi di t.unguium a "tipo endonix" causati da T.soudanense ed in misura minore da T.violaceum. Per quanto riguarda T.schoenleinii, in Italia non sono stati segnalati più casi di t.capitis favosa da oramai qualche lustro. In definitiva, riteniamo che il controllo delle dermatofitosi possa essere realizzato sia mediante un più accurato impegno professionale da parte dei dermatologi e dei veterinari da un lato e dei micologi dall'altro, sia mediante misure di accoglienza dei migranti che garantiscano maggiore livello igienico e sanitario, sia infine, mediante le notifiche di malattia contagiosa e diffusiva dei casi epidemici di dermatofitosi (in particolare le notifiche di t.capitis che, però, sono praticamente sempre disattese) come previsto dalle Norme vigenti. Inoltre, a nostro avviso, deve essere implementato un controllo epidemiologico delle dermatofitosi e dei dati relativi alle specie fungine correlate perché, solo in questa maniera, si riesce a comprendere la reale circolazione sia delle nuove specie che di quelle riemergenti e del loro ruolo in patologia umana. Per tale motivo, l'AMCLI-CoSM ha pensato di istituire un "Registro epidemiologico delle dermatofitosi e dei relativi agenti causali" associato alla conservazione dei ceppi fungini isolati che conta di reclutare il maggior numero di centri microbiologi italiani.