



Università degli Studi Guglielmo Marconi

Iannone Antonio e Ciulli Laura

Pediatri di libera scelta



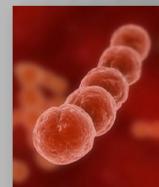
Bambino di 11 mesi con febbre elevata da due giorni, un episodio di vomito alimentare e da circa 24 ore esantema caratterizzato da piccole papule eritematose in rilievo a capocchia di spillo, fittissime e localizzate alla radice degli arti e tronco.



La pressione del palmo della mia mano sul tronco eritematoso ha prodotto la scomparsa dell'esantema (tipico segno della mano gialla).

All'esame obiettivo faringe congesto.

Il fratello di 4 anni ha presentato scarlattina tre giorni avanti. Nel sospetto di scarlattina ho eseguito il test rapido per la ricerca dello Streptococco beta emolitico di gruppo A risultato positivo. Effettuata terapia con amoxicillina somministrata a 50 mg/kg/die in 2 dosi giornaliere per 10 giorni.

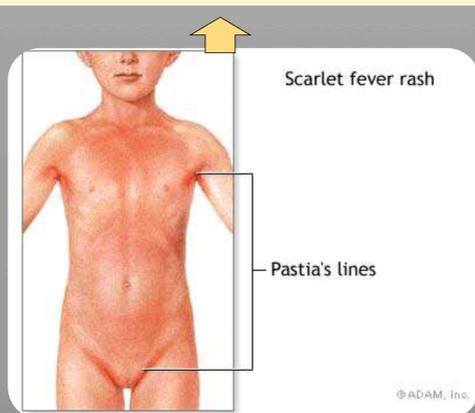
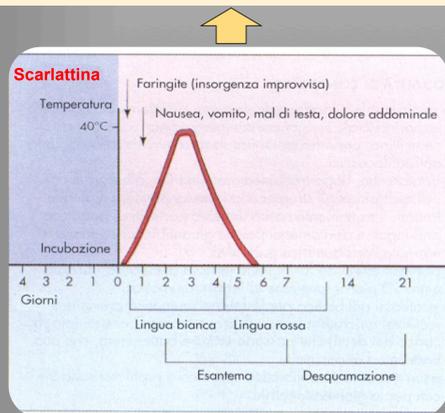
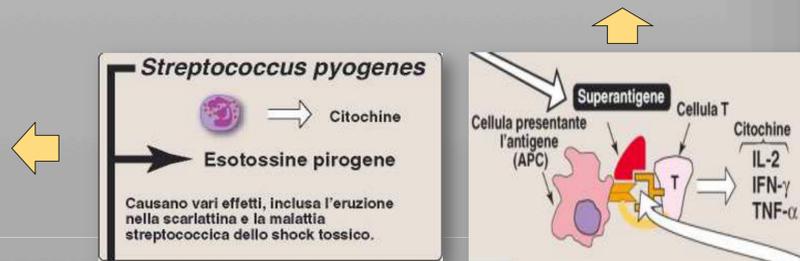


Streptococcus Pyogenes

La scarlattina è tra le malattie esantematiche tipiche dell'infanzia, l'unica a essere originata da un batterio, lo Streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEA), noto anche come **Streptococcus pyogenes**. E' caratterizzata da una faringotonsillite associata a un tipico rash cutaneo, febbre ed a una serie di segni molto evocativi.

L'eruzione esantematica è dovuta all'azione delle esotossine pirogeniche dette SPE (Streptococcal Pyrogenic Exotoxin e chiamate anche scarlattiniche o eritrogeniche), prodotte dallo Streptococco pyogenes nei soggetti non immuni. Le esotossine sono tre (**SpeA, SpeB, SpeC**) e responsabili dell'eritema della scarlattina che può quindi essere ripetuta anche per tre volte. Infatti stimolano la formazione di anticorpi specifici antitossinici che forniscono l'immunità contro la singola eruzione scarlattiniforme (causata da una sola delle 3 esotossine eritrogeniche), ma non contro le altre due forme di scarlattina e neppure contro le altre infezioni streptococciche.

Queste tossine sono dei superantigeni (cioè attivano i linfociti T non mediante un riconoscimento classico ma si legano direttamente all'MHC scatenando una attivazione anomala) e causano una "tempesta citochinica" di TNF- $\alpha$ , IL2, IFN- $\gamma$  (proinfiammatorie) e di prostaglandine (pirogene).



L'incidenza delle infezioni faringee e quindi della scarlattina è più elevata nei bambini da 3 a 15 anni di età, specialmente nei bambini più piccoli in età scolare. I lattanti acquisiscono raramente l'infezione, probabilmente grazie all'immunità trasmessa dalla madre per via transplacentare.

L'infezione è poco frequente al di sotto dei 2 anni di vita, forse per una riduzione dell'adesività dello SBEA alle cellule epiteliali nasofaringee e orofaringee.

La tipica scarlattina non è difficile da diagnosticare; tuttavia le forme più lievi con segni e sintomi faringei non chiari possono essere confuse con esantemi virali, con la malattia di Kawasaki o con eruzioni cutanee da farmaci. Le infezioni stafilococciche sono occasionalmente associate a un rash scarlattiniforme.

E' utile un'anamnesi di esposizione recente a un'infezione da SBEA.

In caso di incertezza, l'identificazione dello SBEA nella faringe conferma la diagnosi.

Bibliografia

- 1) Pichichero M.E. *Le infezioni da Streptococco beta-emolitico di gruppo A*. Pediatric in Review 1999;9:3-16
- 2) M.Roggiani, A.P. Assimacopoulos, P.M.Schlievert. *Esotossine di Streptococcus pyogenes*. Infezioni da Streptococco. Editore da Dennis L.Stevens, Edward L.Kaplan. Pag 57
- 3) Burgio, Martini, Nespoli, Notarangelo. *Scarlattina*. Pediatria Essenziale 2012
- 4) Michael A.Gerber. *Streptococco di gruppo A*. Pediatria di Nelson 18 Edizione