

# Problemi di salute dei migranti: Casi clinici

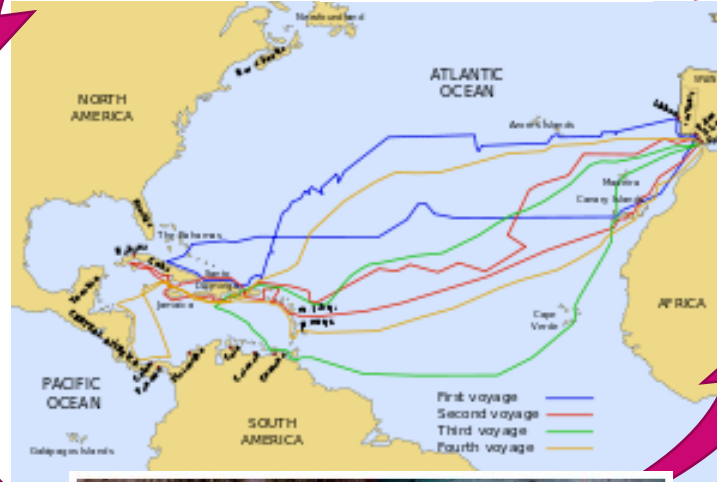
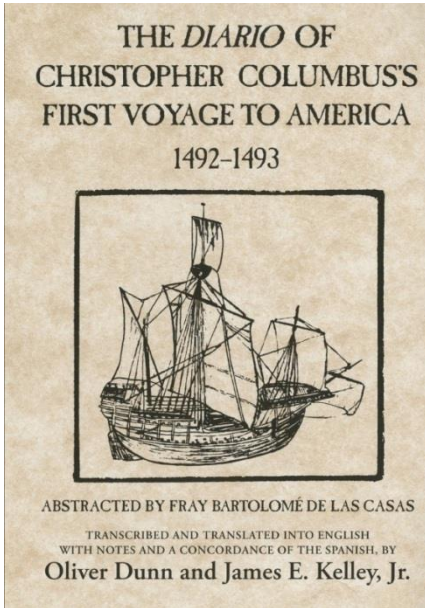
Dr. med. Anna Eichenberger, Oberärztin Inselspital

FMH Innere Medizin und Tropenmedizin



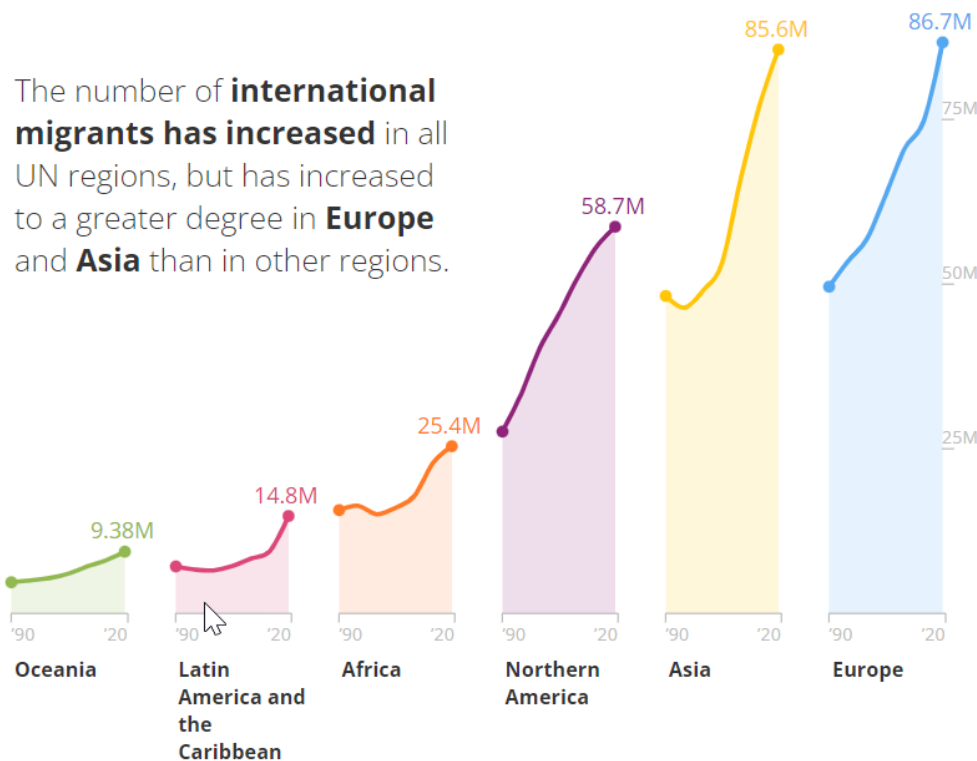


Foto: pa/Centers for Disease Control and Prevention PHIL



# Contesto: Trend della migrazione globale

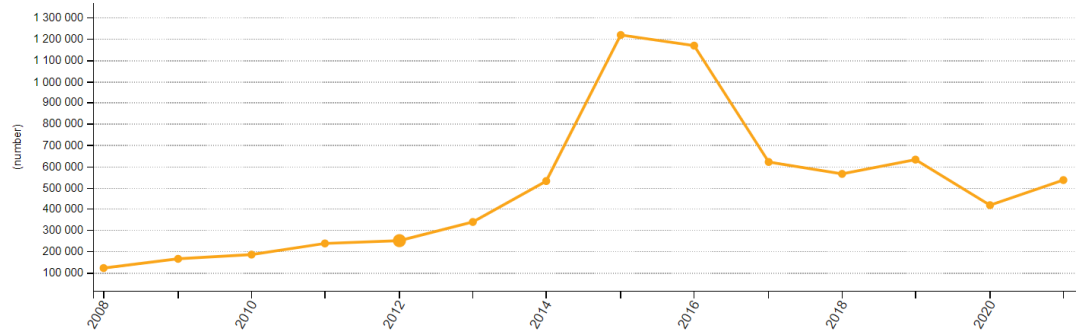
- 281 milioni di migranti nel 2020
- 3.6% della popolazione globale
- Numeri triplicati dal 1970
- Nel 2022 gli sfollamenti forzati in tutto il mondo hanno superato 100 milioni di persone, si tratta del numero più alto dalla 2° guerra mondiale



UN DESA 2021.



First-time asylum applications (non-EU) in the EU Member States, 2008–2021

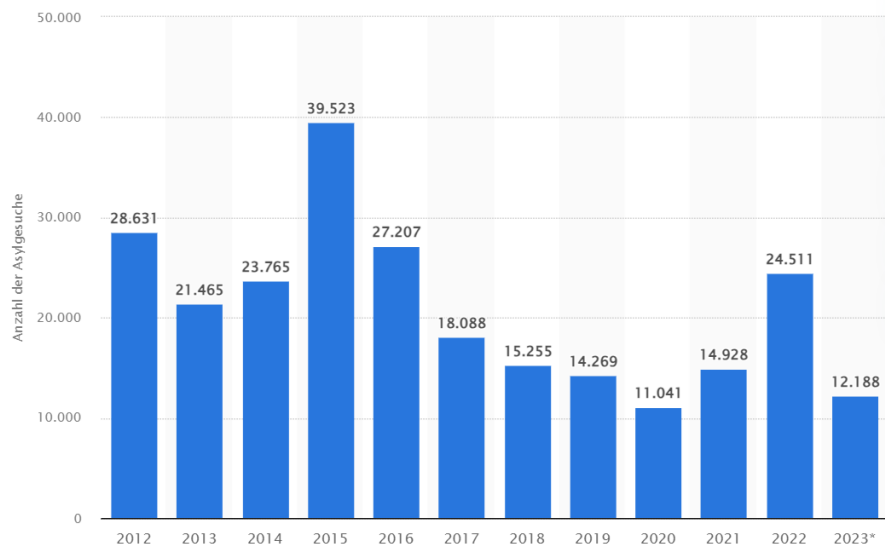


2015  
Crisi  
migratoria  
Europea



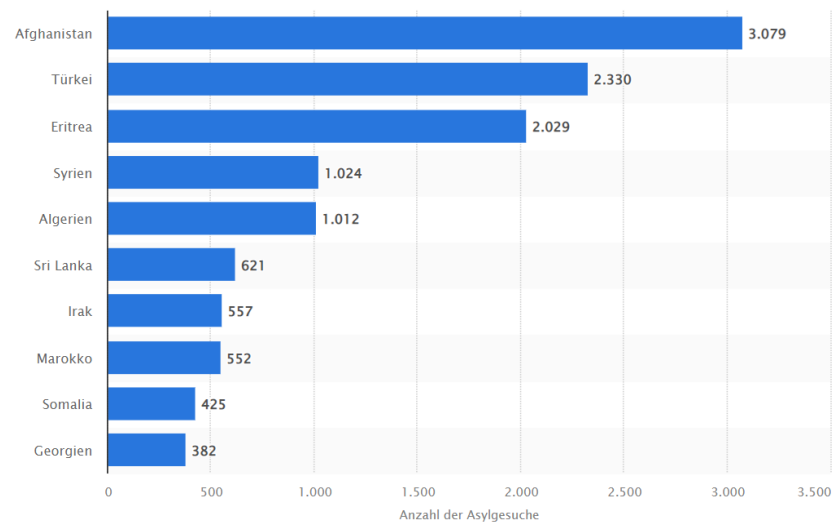
# Richiedenti l'asilo in Svizzera

## Numeri di richieste d'asilo 2012-2023

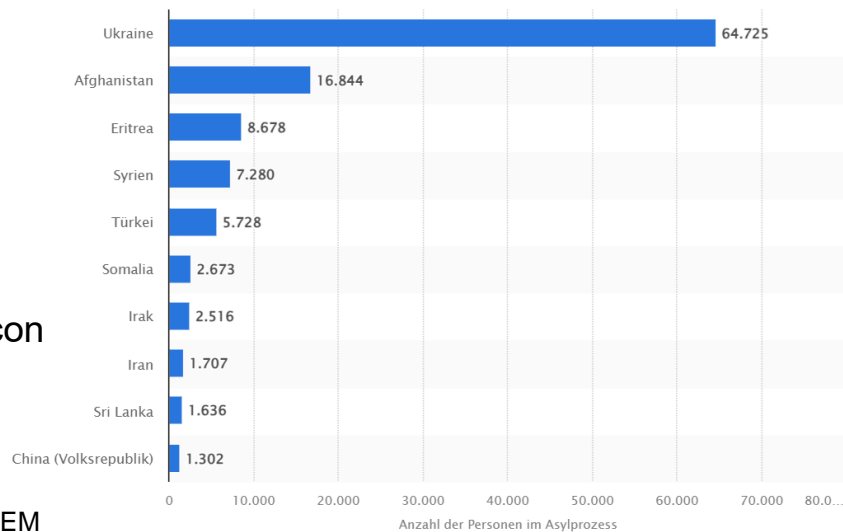


\*Till end June 2023

## Origine dei richiedenti l'asilo 2021

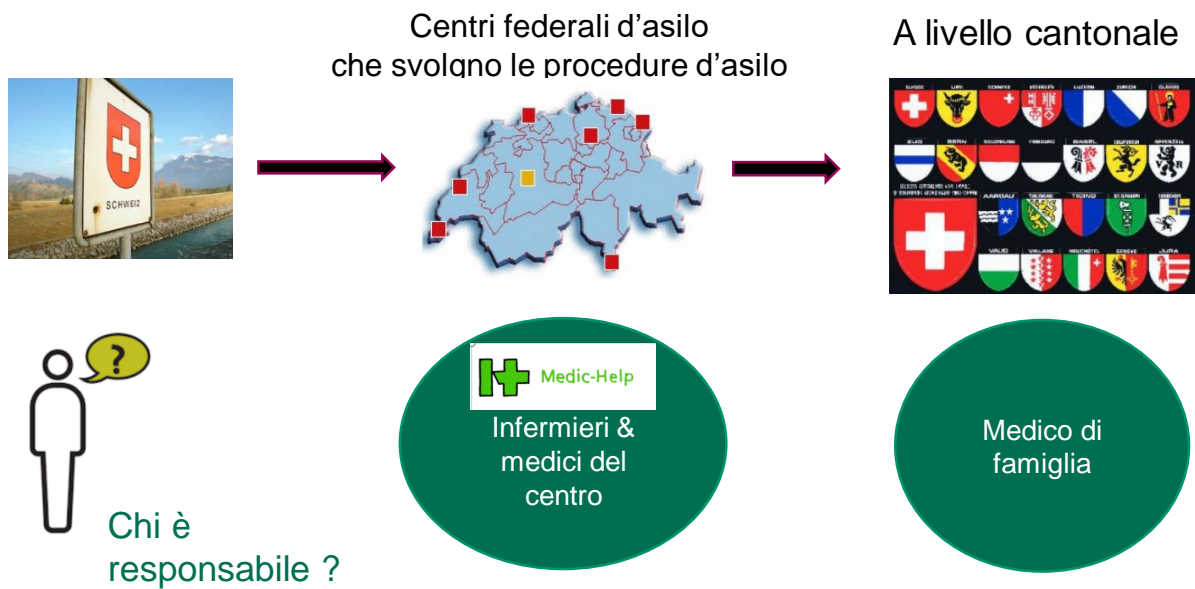


## Origine dei richiedenti l'asilo 2023



Da marzo 2022 persone provenienti dall'Ucraina con «Stato di protezione S»

## Prestazione di assistenza sanitaria per i richiedenti l'asilo in Svizzera





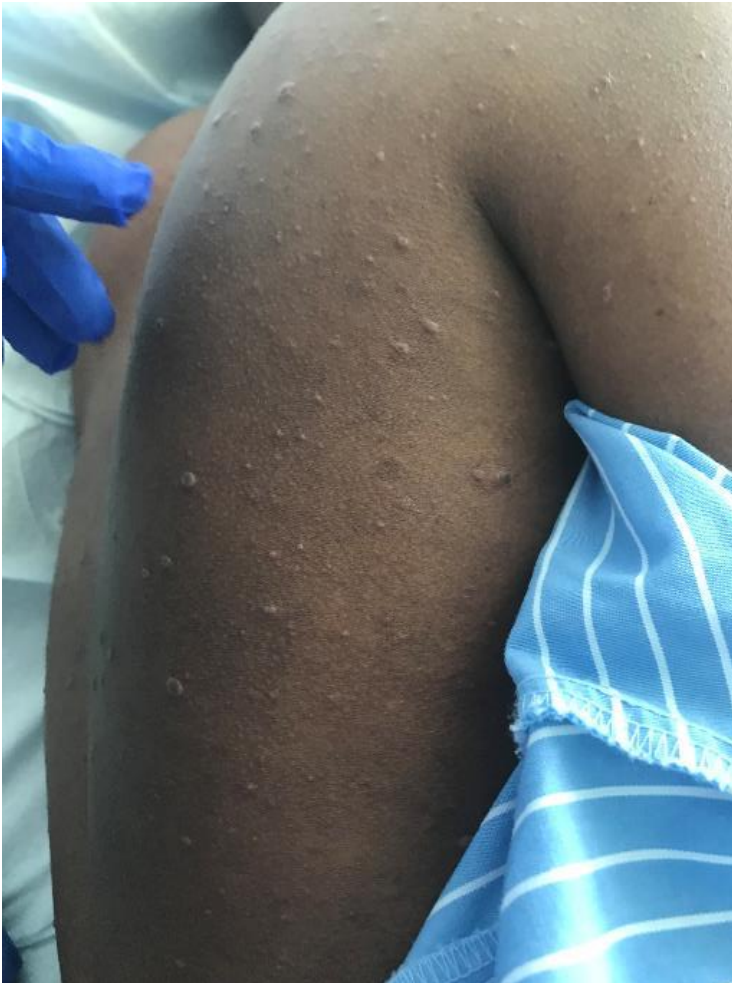
# Centro federale d'asilo a Berna, Svizzera

Infermieri presenti da lunedì a venerdì  
Consulti medici 2x/settimana



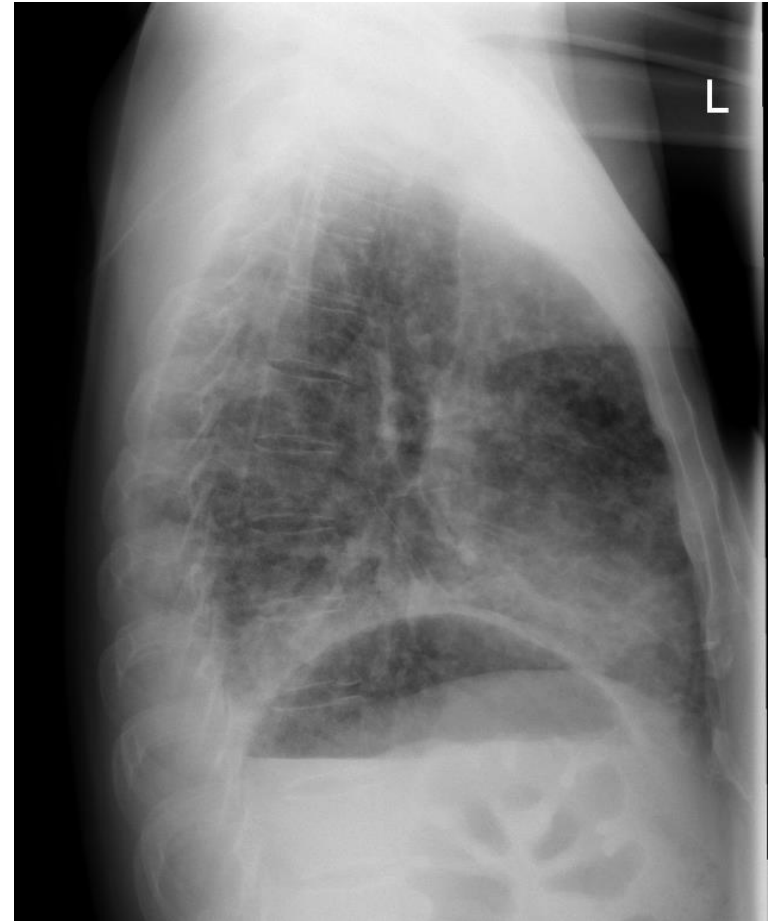
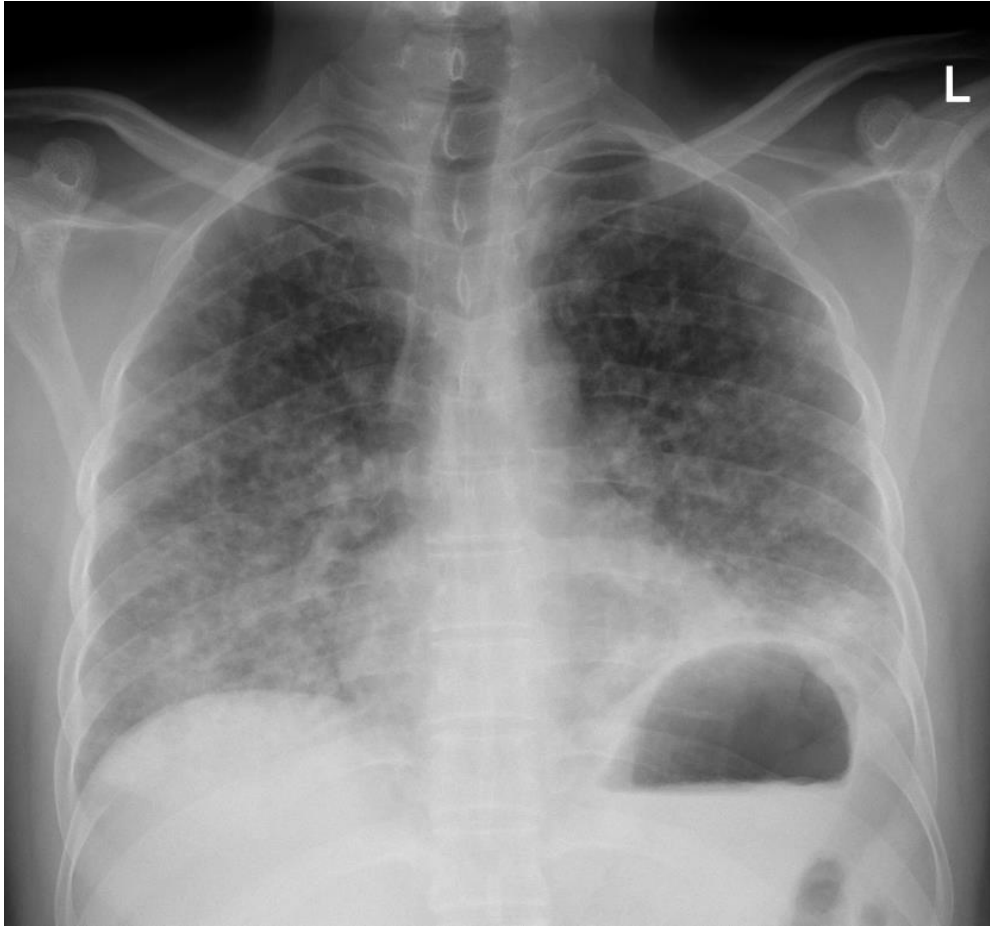
## Caso: 35 anni, ♂, dalla Somalia

Rush papulo – vescicolare, stato febbrile 40°C,  
dolori generalizzati e tosse





# Rx del torace



# Diagnosi: Varicella

Striscio delle vescicole: PCR positiva per Varicella zoster virus

Tempo di incubazione: 10-21 giorni

Trasmissione: tramite aerosol (molto contagioso). Infettivo 48 ore prima del rash cutaneo fino allo sviluppo delle croste a livello cutaneo

Segni clinici tipici: Rash e stato febbrile

Complicazioni: Polmonite, encefalite, meningite

Prevenzione: due dosi di vaccino (vaccino vivo), protezione del 99-100%

# Gestione del focolaio della varicella

Quale è la domanda principale ?

Ci sono donne incinte nella stessa struttura ?

Nelle prime 20 settimane di gravidanza il rischio di malformazioni congenite e aborto spontaneo è molto alta

→ Se **sì**: eseguire un prelievo di sangue per sierologia per Varicella IgG

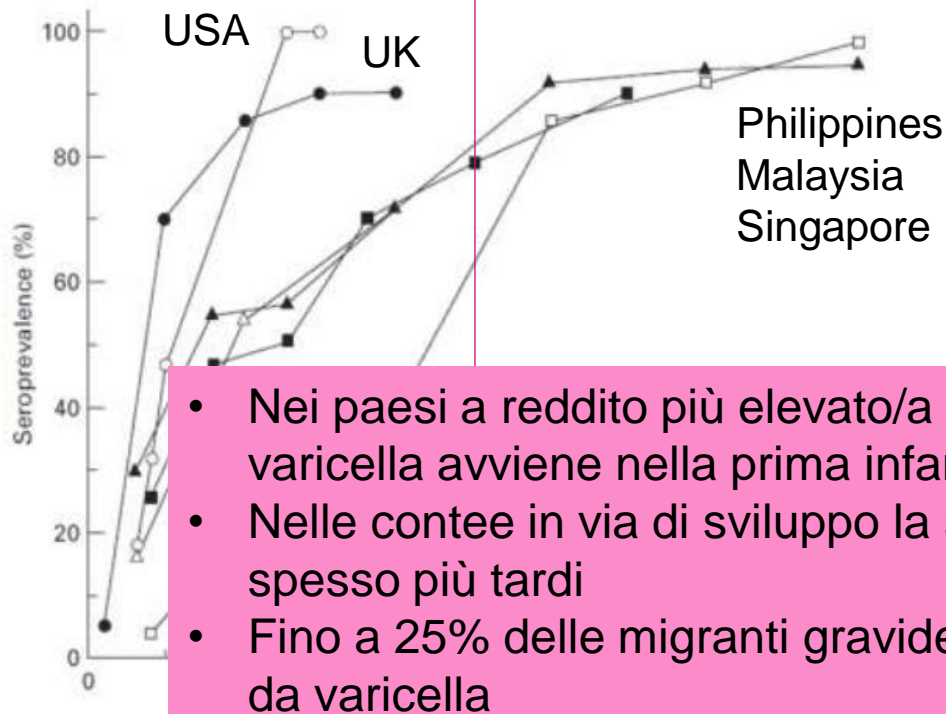
→ In caso di IgG negative:  
Somministrare immunoglobuline (Varitect® ) per prevenire la malattia, isolamento 8-28 g dall'esposizione

→ Isolamento del caso indice





# Epidemiologia della varicella nei paesi tropicali



- Nei paesi a reddito più elevato/a clima temperato l'infezione da varicella avviene nella prima infanzia
- Nelle contee in via di sviluppo la sieroconversione avviene spesso più tardi
- Fino a 25% delle migranti gravide sono suscettibili all'infezione da varicella

**Figure 1** Age-related VZV seroprevalence in SE Asia, UK and USA. □ Singapore (Ooi *et al.* 1992); ■ Malaysia (Malik & Baharin 1995); △ India (Venkitaraman *et al.* 1986); ▲ Philippines (Barzaga *et al.* 1994); ● UK (Fairley & Miller 1996); ○ USA (Muench *et al.* 1986).

Trop Med Int Health. 1998 Nov;3(11):886-90

**FIGURE 1** VZV IgG antibody in pregnant women from diverse geographical locations

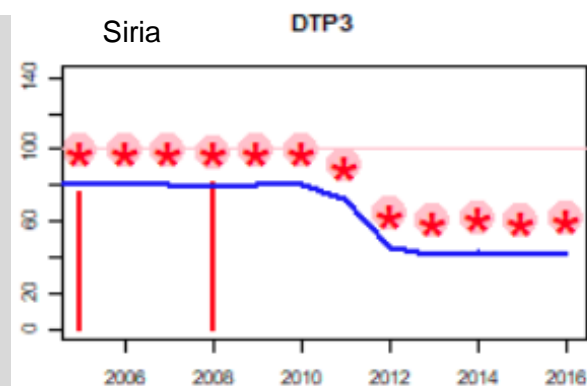


Commun Dis Public Health 2004; 7(4): 344-8

# Vaccinazioni

Percentuale di popolazione con copertura vaccinale di base (UNICEF/WHO)

	DTP1/OPV1	DTP3/OPV3	measles 2	Hepatitis B
WHO-UNICEF estimates for 2014, children 12-23 months of age				
<b>Eritrea</b>	97%	94%	96%*	94%
<b>Syria</b>	65%	43%	49%	71%
<b>Afghanistan</b>	82%	75%	39%	75%
<b>Somalia</b>	52%	42%	46%*	42%
<b>Iraq</b>	77%	64%	57%	62%
<b>Switzerland</b>	98%	96%	87%	43%‡

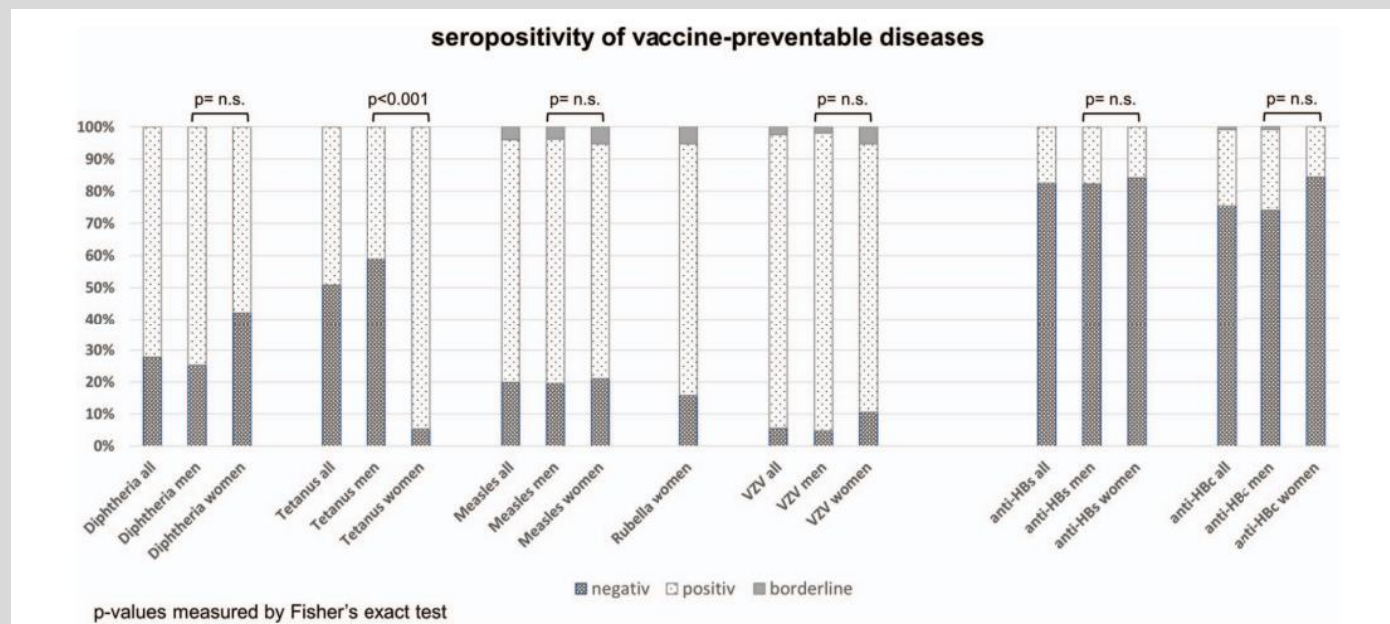


# Seroprotection rates of vaccine-preventable diseases among newly arrived Eritrean asylum seekers in Switzerland: a cross-sectional study

Cornelia Staehelin, MD, MIH<sup>1</sup>\*; Afona Chernet, PhD<sup>2,3</sup>; Véronique Sydow, MD<sup>2,3</sup>; Rein J. Piso, MD<sup>4</sup>; Franziska Suter-Riniker, PhD<sup>5</sup>; Sabine Funez, (lab. tech.)<sup>5</sup>; Beatrice Nickel, PhD<sup>2,3</sup>; Daniel H. Paris, MD, Prof<sup>2,3</sup>; Niklaus D. Labhardt, MD, Prof<sup>2,3,6</sup>

133 richiedenti d'asilo di origine Eritrea, <12 mesi in Svizzera, età ≥15 anni, 20/133 donne (15%)

	Diphtheria	Tetanus	Measles	Varicella	Anti-HBs
<b>Women/men</b>	57.9%/74.8%	94.8%/41.1%	73.7%/76.6%	89.5%/95.3%	15.8%/17.8%



**Figure 1.** Seropositivity (in percentage) of vaccine-preventable diseases among newly arrived Eritrean asylum seekers.



# Malattie prevenibili da vaccino

Prevenzione delle epidemie -> i vaccini sono importanti per prevenire le malattie individuali e le epidemie nei rifugi collettivi

La copertura vaccinale critica per prevenire le malattie dipende da  $R_0$  (numero di riproduzione di base)

Infectious disease	$R_0^{2,3}$	Herd immunity threshold <sup>a</sup> $I_c$ (%)	Critical vaccination coverage <sup>b</sup> $V_c$ (%)
Measles	11–18	91–94	96–99
Mumps	7–14	86–93	90–98
Rubella	6–14	83–94	87–99
Pertussis	10–18	90–94	95–99
Diphtheria	4–5	75–80	79–84
Varicella	7–11	86–91	90–96
Poliomyelitis	5–7	80–86	84–90

# Vaccinazioni

In caso dello stato vaccinale sconosciuto la persona è da considerare come non vaccinata  
Si raccomanda le vaccinazioni seguenti:

## Guidance for testing and preventing infections and updating immunisations in asymptomatic refugee children and adolescents in Switzerland

Sara Bernhard<sup>a)</sup>, Michael Büttcher<sup>b)</sup>, Ulrich Heininger<sup>c)</sup>, Sharon Ratnam<sup>d)</sup>, Christa Reilly<sup>e)</sup>, Johannes Trück<sup>f)</sup>, Noémie Wagner<sup>g)</sup>, Franziska Zucol<sup>h)</sup>, Christoph Berger<sup>e)</sup>, Nicole Ritz<sup>h)</sup>,  
on behalf of the Paediatric Infectious Disease Group in Switzerland

Age <sup>1</sup>	Primary vaccinations (intervals, in months from 0)			
	0	1	2	8
6-11 mo <sup>2,3</sup>	DTP <sub>a</sub> -IPV-Hib-HBV	DTP <sub>a</sub> -IPV-Hib-HBV <sup>4</sup>		DTP <sub>a</sub> -IPV-Hib-HBV
12 mo-3 y <sup>2,3</sup>	DTP <sub>a</sub> -IPV-Hib-HBV MMR <sup>5</sup>		DTP <sub>a</sub> -IPV-Hib-HBV MMR <sup>5</sup>	DTP <sub>a</sub> -IPV HBV
4-7 y <sup>2,3</sup>	DTP <sub>a</sub> -IPV-Hib-HBV MMR <sup>5</sup>		DTP <sub>a</sub> -IPV MMR <sup>5</sup> HBV	DTP <sub>a</sub> -IPV HBV
8-10 y <sup>6,7</sup>	dTp <sub>a</sub> -IPV MMR <sup>5</sup> HBV		dTp <sub>a</sub> -IPV MMR <sup>5</sup> HBV	dT-IPV HBV
11-15 y	dTp <sub>a</sub> -IPV MMR + VZV <sup>8</sup> HBV <sup>9</sup>		dT-IPV MMR <sup>5</sup> + VZV	dT-IPV HBV <sup>9</sup>
≥ 16 y	dTp <sub>a</sub> -IPV MMR <sup>5</sup> + VZV		dT-IPV MMR <sup>5</sup> + VZV	dT-IPV
HPV <sup>10</sup>	11-14 y old girls	2 doses at 0, 4-6 mo		
	15-19 y old women	3 doses at 0, 1-2, 6 mo		



**Table 2:** Vaccination schedule of previously unimmunised children and adolescents

«Impfungen bei erwachsenen Flüchtlingen – das Wichtigste für die Praxis»  
Schweizerisches Medizin Forum 2016;16(49-50):1067-1074;  
UFSP Calendario vaccinale svizzero 2023

+/- Influenza  
+/- Covid-19

# Screening delle malattie infettive

## Perché eseguire lo screening ?

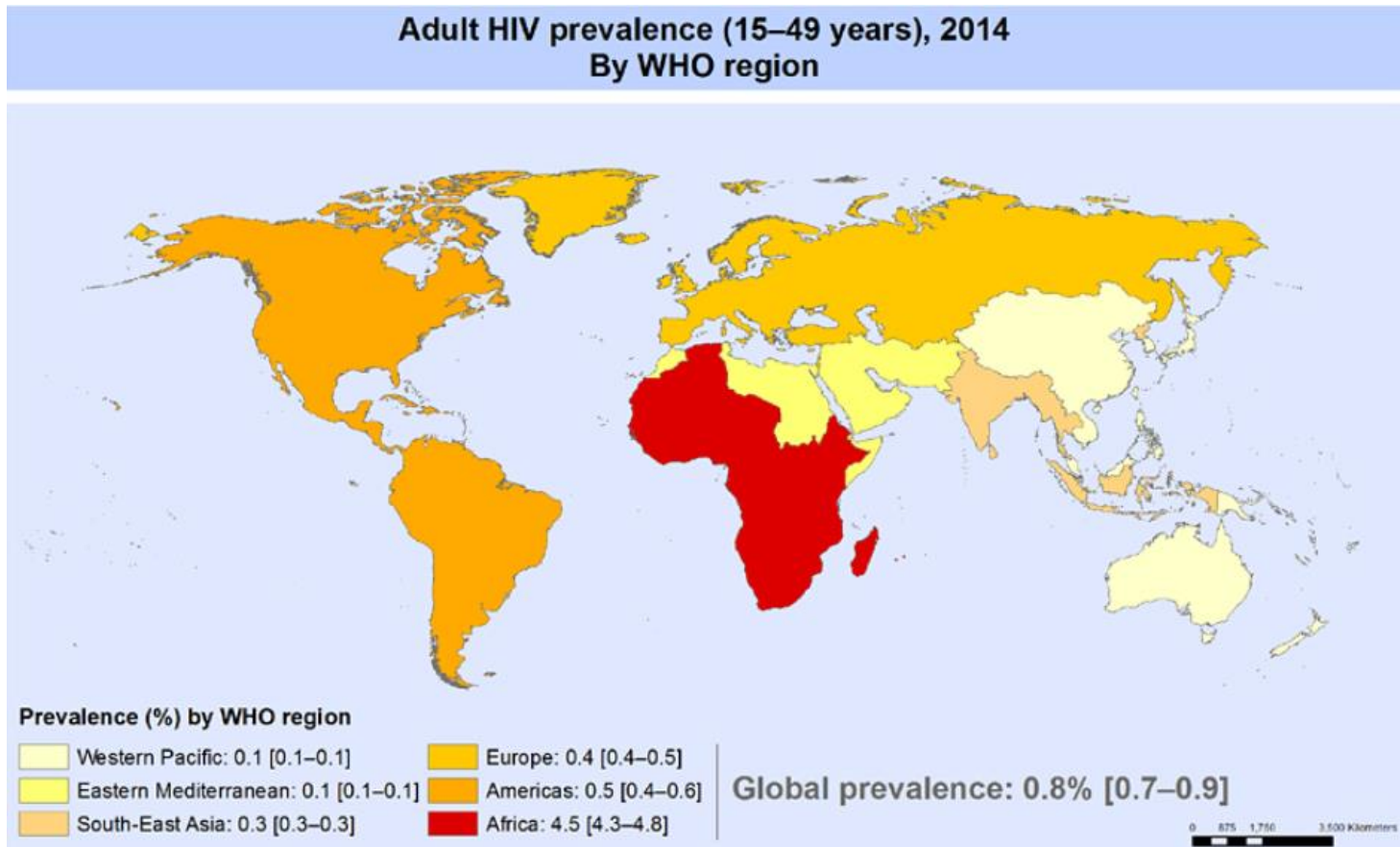
- Promuovere la salute dei migranti, diminuire le disparità
- Diminuire l'onere del sistema sanitario
- Prevenire la diffusione delle malattie alle popolazioni ospitanti
- Prevenire la diffusione nell'*entourage*

## Swiss Guidelines

Malattia	Quando eseguire lo screening
Tubercolosi attiva	Sintomi
Tubercolosi latente	Nessun screening
HIV	≥ 1% / fattori di rischio
Epatite B	≥ 2%
Epatite C	≥ 3%
Schistosomiasi	SSA
Strongiloide	Sintomi, Deficit immunitario



# HIV



- Test HIV (4° generazione), in caso di prevalenza  $\geq 1\%$  nell' paese di origine o fattori di rischio
- = Africa subsahariana
  - = MSM e ivDU (tutti paesi)
  - = tutte persone con la diagnosi di una malattia sessualmente trasmissibile
  - = Sexworkers dall' Europa dell'est (prevalenza del  $\sim 10\%$ )

296 Mio. persone con epatite B cronica  
>800'000 decessi all' anno  
Prevalenza in Svizzera ~0.5%, >75% dei casi nei migranti

# Epatite B

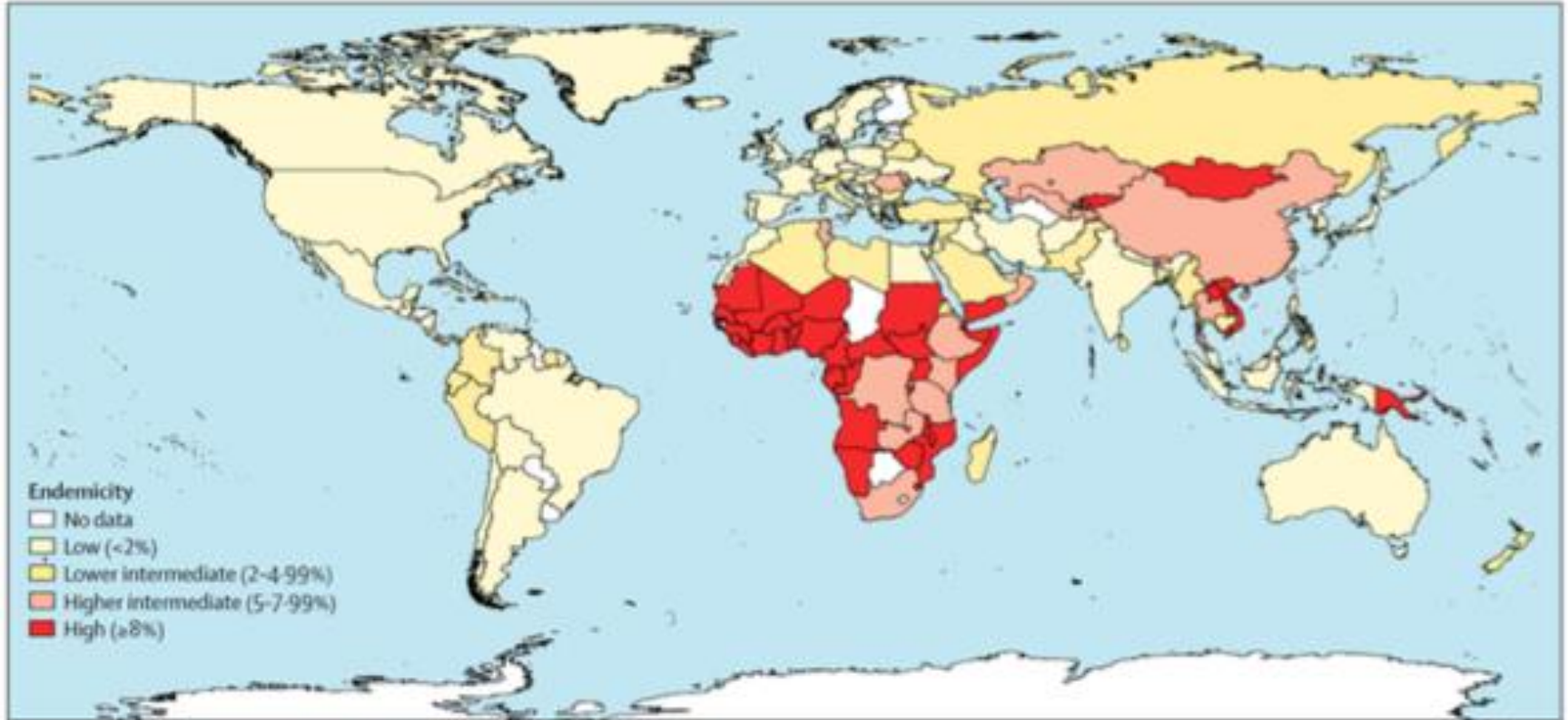


Figure 2: Global HBsAg endemicity (1957-2013)

Schweitzer, Lancet 2015

Screening: migranti provenienti da paesi con prevalenza  $\geq 2\%$

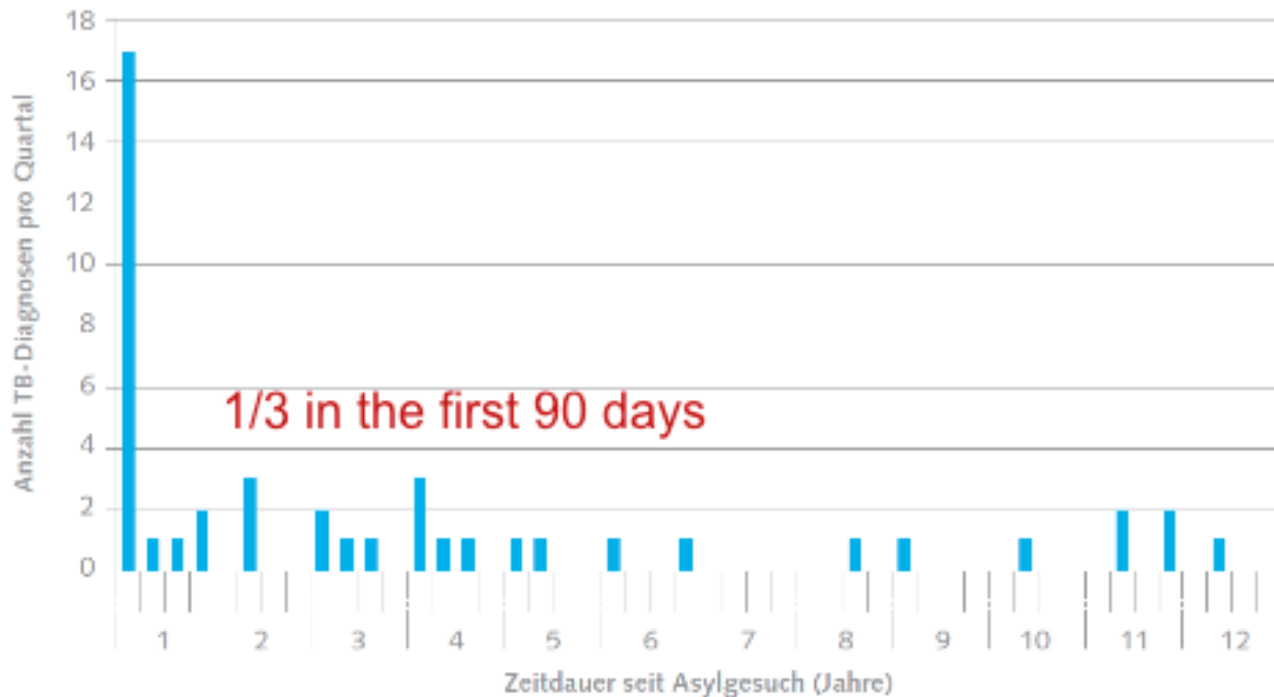
HBs-Ag, anti-HBc

In caso di sierologia negativa si raccomanda la vaccinazione (0,1, 6mesi)

# Tubercolosi

Diagnosi di una tubercolosi attiva in relazione all'arrivo in Svizzera

Abb. 2 Somalische  
 Asylsuchende und  
 Flüchtlinge der Jahre  
 2000–2007: Zeit-  
 dauer von Asylgesuch  
 bis Tuberkulose-  
 diagnose



Screening per una tubercolosi attiva in presenza di sintomi !  
 Tubercolosi latente: in generale nessun screening raccomandato

Negli centri d'asilo: screening tramite questionario per tutte le persone, in caso di un punteggio alto -> Rx del torace e valutazione clinica



## Altre malattie secondo .....

### 1. Presentazione clinica

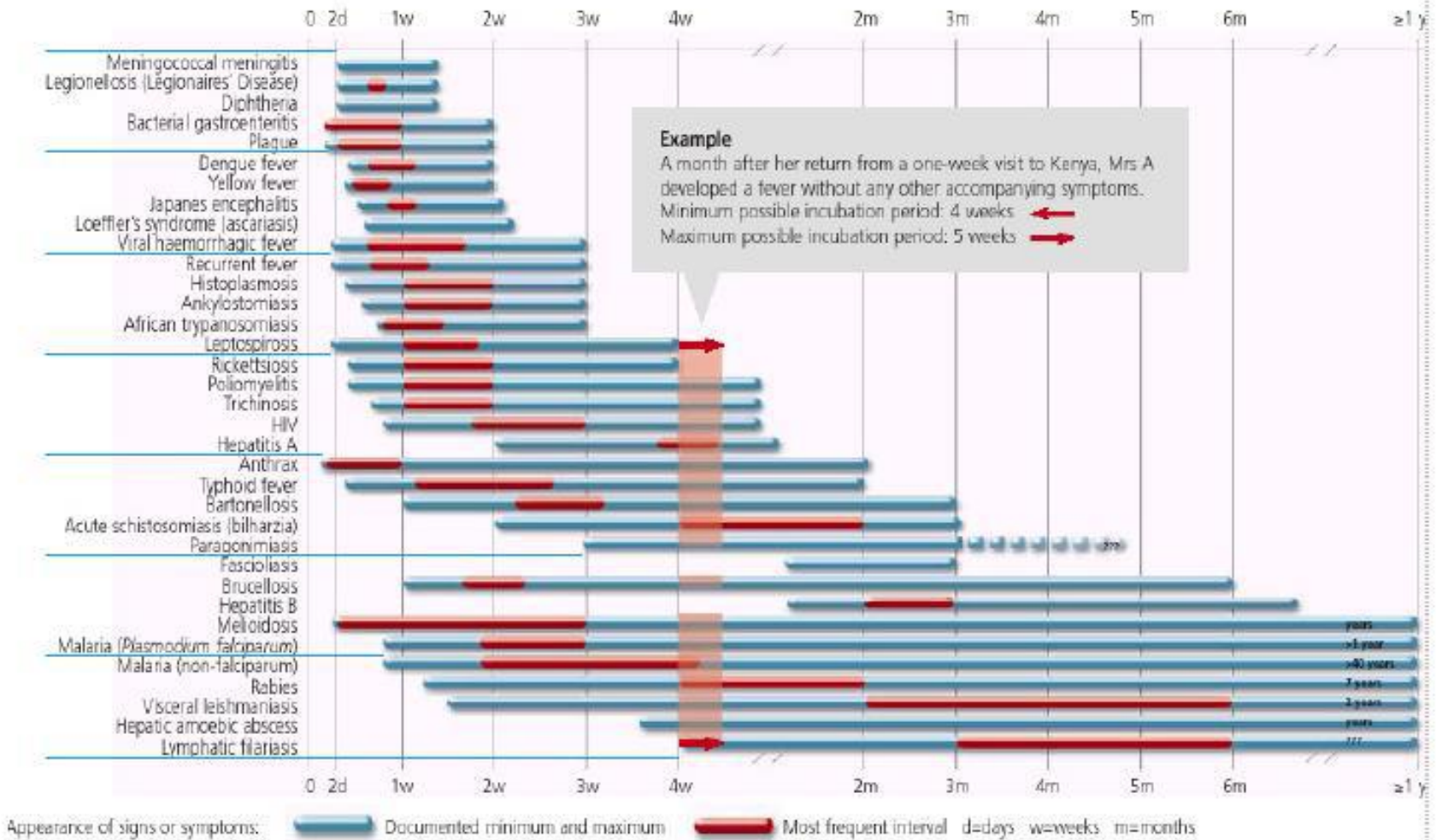
- Acuta («Europea»)
- Cronica o ricorrente («dall'paese di origine/itinerario di viaggio»)

### 2. Epidemiologia

- Paese di origine?
  - Corno d'Africa
  - Siria/Afghanistan/Pakistan
  - Africa occidentale
  - Europa dell'est
- Periodo di incubazione e durata del viaggio
- Epidemiologia locale nel paese d'asilo (Influenza! Varicella!)
- Cattive condizioni igieniche durante il percorso di transito, rifugi collettivi

# differential diagnosis

## incubation periods



Adapted from D'Acremont, Jacquerioz, Genton; *Revue Med Suisse Rom* 2003

# Malattie comuni

## Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern

Daten von drei verschiedenen medizinischen Einrichtungen im Raum München aus den Jahren 2014 und 2015

M. Alberer<sup>1,2</sup>, M. Wendeborn<sup>2</sup>, T. Löscher<sup>1</sup>, M. Seilmaier<sup>3</sup>

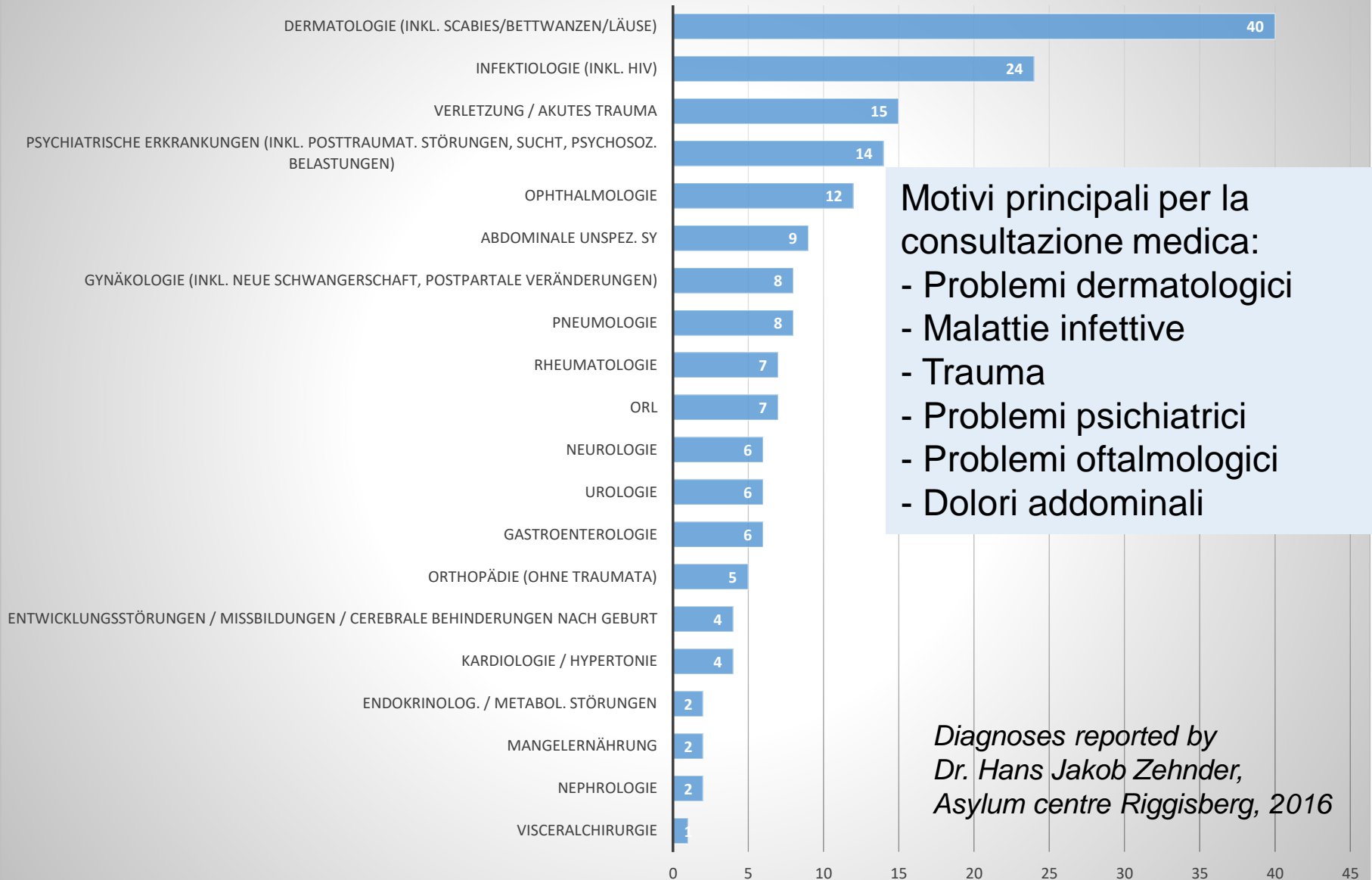
548 pazienti in totale  
 175 pazienti osp.  
 373 pazienti amb.

	Hauptdiagnosen Vorstellungen (Patienten)	Nebendiagnosen Vorstellungen (Patienten)	Bemerkungen
<b>Atemwegserkrankungen / HNO</b>	<b>152 (126)</b>		
Unspezifische virale Infektion	74 (66)	5 (5)	
Pulmonale Tuberkulose (Herkunft: Albanien [3], Kosovo [2], Afghanistan [2], Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Syrien, unbekannt [2])	22 (12)	1 (1)	Erstdiagnosen / Kontrollvisiten
Bronchitis	10 (9)	3 (2)	
Tonsillitis	9 (8)		
Pneumonie	7 (6)	1 (1)	
<b>Neurologische / Psychiatrische Erkrankungen</b>	<b>68 (45)</b>		
Lumboischialgie	13 (8)		
Kopfschmerzen	7 (7)	8 (4)	
PTBS	6 (3)	12 (4)	
Somatoforme Störung	5 (1)		
Z.n. Apoplex	5 (1)		
Depression	1 (1)	4 (4)	
<b>Gastrointestinale / Hepatologische Erkrankungen</b>	<b>56 (53)</b>		
Gastritis	12 (12)	4 (4)	
Akute Gastroenteritis	7 (7)		
Obstipation	6 (6)	6 (6)	
Hämorrhoiden /-blutungen	6 (6)	3 (3)	
Hepatitis B (Herkunft: Afghanistan, Kosovo, Nigeria, Senegal, Somalia)	5 (5)		

Anche le malattie frequenti come le infezioni respiratorie virali o la gastroenterite sono comuni tra i rifugiati, le infezioni gravi come la tubercolosi sono relativamente rare

# Malattie comuni

## Anzahl Diagnosen pro spez. Fachgebiet



Motivi principali per la consultazione medica:

- Problemi dermatologici
- Malattie infettive
- Trauma
- Problemi psichiatrici
- Problemi oftalmologici
- Dolori addominali

*Diagnoses reported by  
Dr. Hans Jakob Zehnder,  
Asylum centre Riggisberg, 2016*



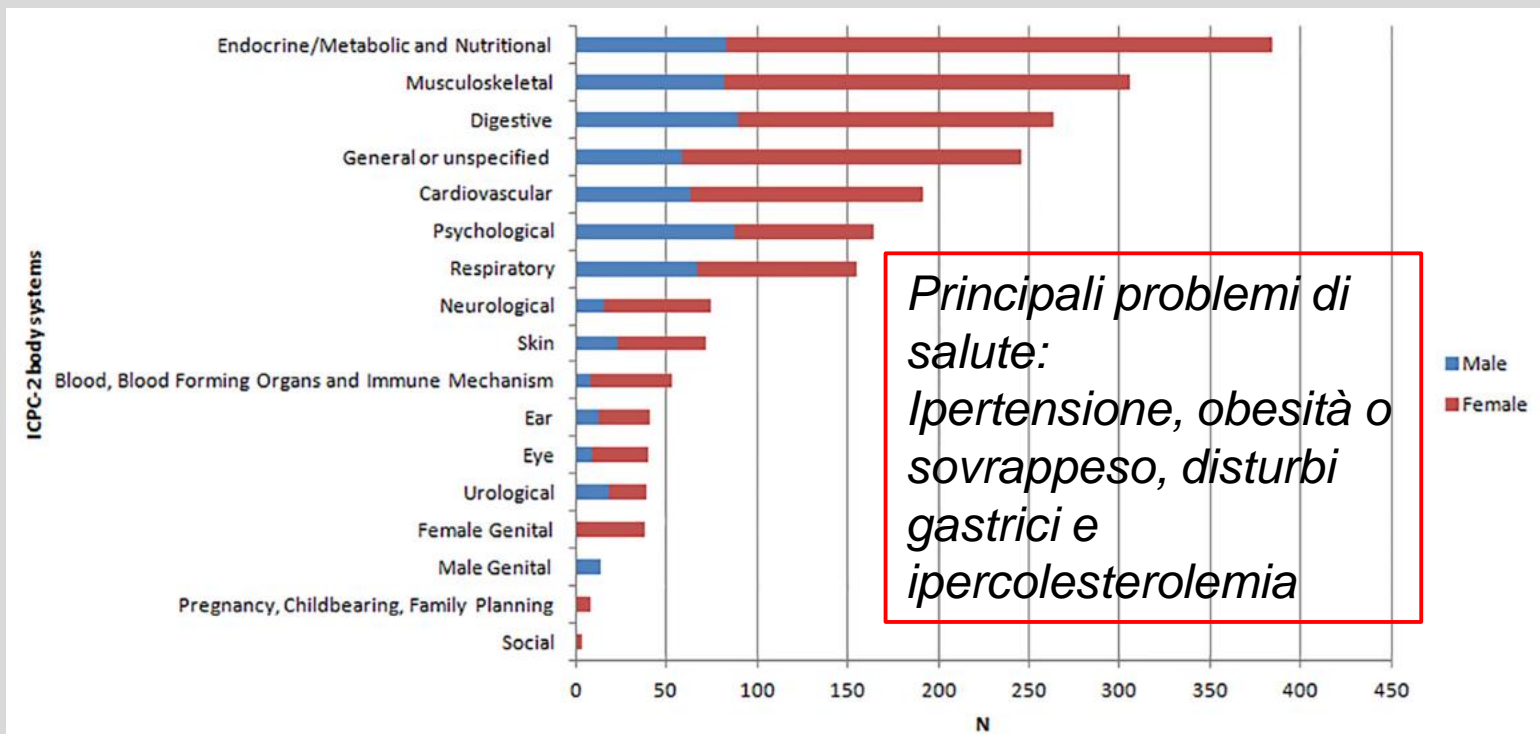
# Malattie nei migranti «sans papier»

Studio retrospettivo, centro di cure primaria per «sans papier» a Ginevra

731 pazienti, 66% donne, 54% originari del Sud o Centro America, 16% dall' Europa, 12% dal pacifico occidentale, 10% dall'Africa

→ I migranti privi di documenti di solito consultano meno e più tardi

→ Nella metà dei casi si tratta di problemi di salute di tipo cronico



*Principali problemi di salute:  
 Ipertensione, obesità o sovrappeso, disturbi gastrici e ipercolesterolemia*

## Caso: 16 anni, ♂ (UAM), di origine Eritrea

- Prurito cutaneo (il fratello e la sorella si lamentano anche di prurito)
- Linfadenopatia inguinale bilaterale
- Rotta migratoria (3 mesi): Eritrea – Libia – Italia – Svizzera

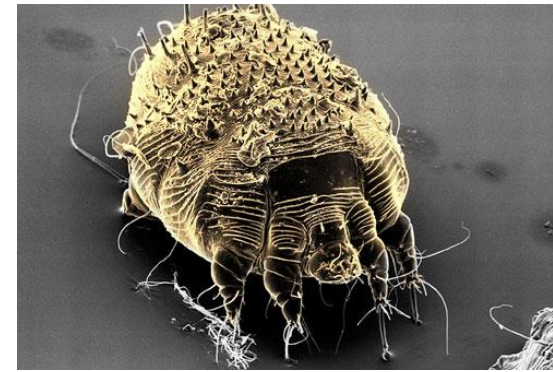


# Scabbia

- L'acaro della scabbia penetra nello strato superiore della pelle dove vive e depone le uova
- La diffusione avviene per contatto pelle a pelle diretto e prolungato

I sintomi più comuni sono:

- prurito intenso, soprattutto durante la notte con l'aumento della temperatura
- eruzione cutanea con papule. Localizzazione: tra le dita, ascelle, superficie estensore delle ginocchia, in regione genitale ecc.
- Diagnosi:  
Quadro clinico (o dermatoscopia)



*Sarcoptes scabiei*



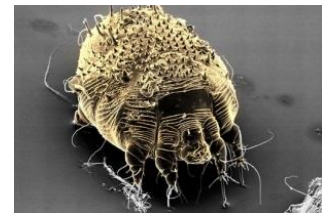
# Terapia della scabbia

- **Topica: 5% Permethrin** (paziente e i contatti stretti)  
(Lyclear Dermal Cream 5%®  
/Infectoscab ®)
  - applicare su tutta la pelle tranne il viso e le mucose, lasciare agire per 8-12 ore (in gravidanza 3h) con successivo risciacquo
  - Ripetere la procedura a distanza di 14 giorni

OPPURE

- **Ivermectin (Stromectol®)** 200ug/kg p.o.
  - controindicazioni:  
gravidanza/allattamento/bambini < 15kg
  - Ripetere la procedura a distanza di 14 giorni





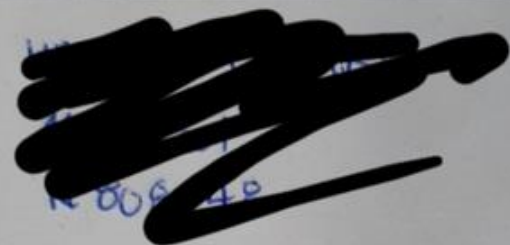
# La scabbia e l'igiene

- Luoghi sanitari
  - Evitare cuscini e tessuti morbidi sulle sedie
  - Disinfezione delle sedie
  - Indossare guanti monouso durante l'esame clinico (fino a 24 ore dalla fine del trattamento)
  
- Centro d'asilo
  - Abbigliamento, biancheria da letto (famiglia/persone nella stessa stanza):
    - Lavare a 60°C oppure
    - Conservare in un sacchetto di plastica chiuso per 4 giorni o 24 ore in freezer
    - Non usare mobili (per 3 giorni)
    - Gli acari non sopravvivono > 48 ore (temperatura ambientale) al di fuori della pelle

Morillonstrasse 75  
3007 Bern  
Tel. 079 450 14 24  
ZSR-Nr. K 1053.02  
GLN 7601000104847

CMS FOLGT NACH

Rp.



- Proquad
- Boostrix Polio
- Ivermectin 3mg 4 Stk.
  - 1 OP       2 OP
- Iveremectin 3mg 5 Stk.
  - 1 OP       2 OP
- Ivermecctin 3mg 6 Stk.
  - 1 OP       2 OP

BAZ Bern  
Medic Help Gesundheitsdienst  
Morillonstrasse 75  
3007 Bern  
Tel: 079 363 47 28

8.2.23

## Caso: 16 anni, ♂ (UAM), di origine Eritrea

3 giorni dopo...

Statto febbrile di 39°C

Cefalea, malessere generale

Controllo ematologico con una lieve trombocitopenia

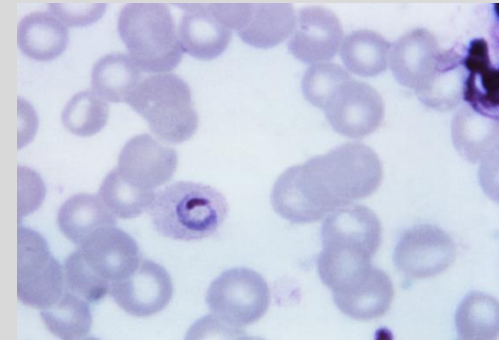
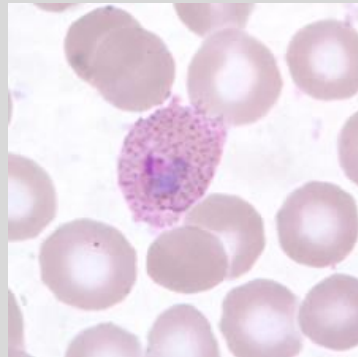
Rotta migratoria (3 mesi): Eritrea – Libia – Italia – Svizzera



## Caso: 16 anni, ♂ (UAM), di origine Eritrea

Sato febbrile in una persone proveniente dal SSA → Sempre ricercare la malaria!  
→ Test rapido per la malaria  
→ Thick and thin blood films (EDTA blood)

***P. ovale***  
-  
**Malaria  
tertiana**



### Therapia *P.ovale*:

- Chloroquina o Artemeter/Lumefantrine
- In seguito terapia con Primaquin per 14 giorni

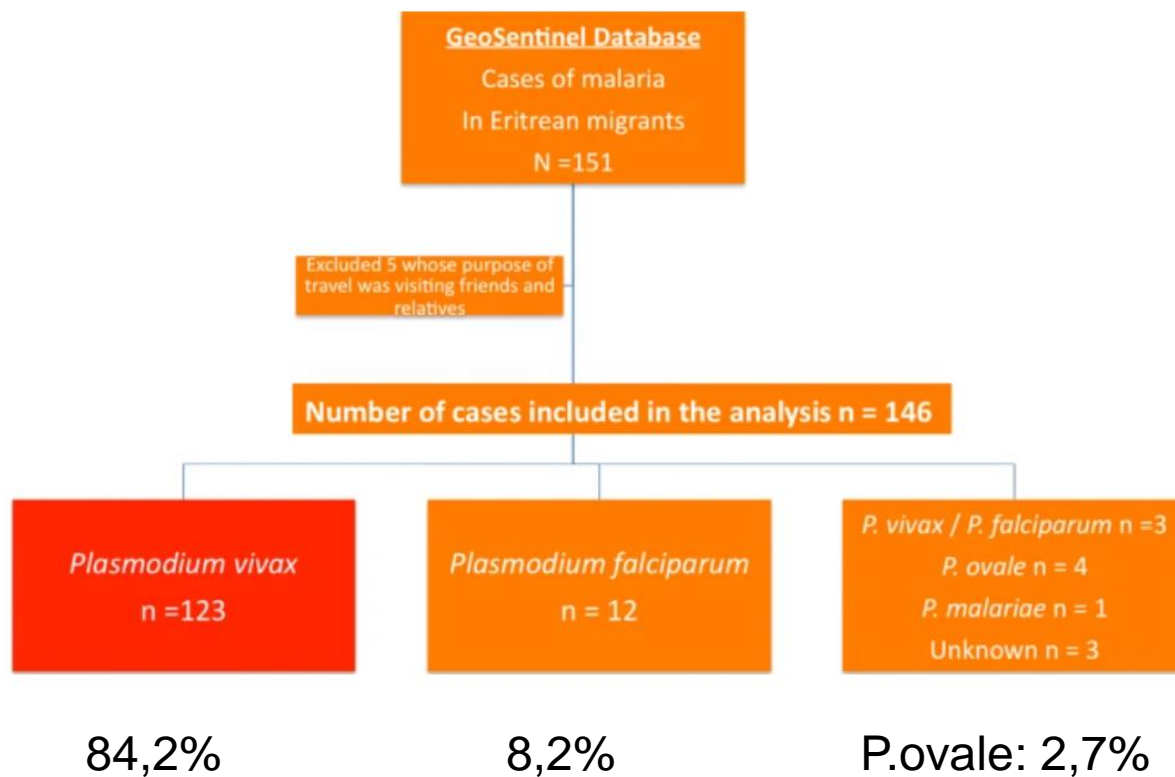
### Caveat:

- Ipnozoiti in *P. vivax* e *P.ovale*
- Prima della somministrazione del Primaquin controllo per deficit della glucosio-6-fosfato deidrogenasi (rischio di emolisi con deficit di G6PD)

# Malaria in migranti dall'Eritrea – Geosentinel Data

Casi 1999-2017 (aumento nel 2014/5)  
 Inizio dei sintomi dall'arrivo – in media 39 giorni

Fig. 1



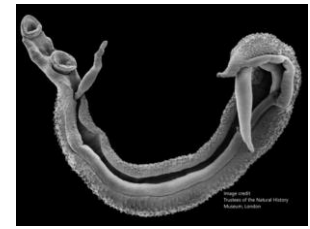
Malaria Epidemiology along the migration route  
 Eritrea: Mainly *P. falciparum* (circa 90%), *P. vivax* (10%)  
 Ethiopia: Mainly *P. falciparum* (> 60%)  
 Sudan: Mainly *P. falciparum* (circa 95%) but *P. vivax* is present especially in the eastern parts of Sudan bordering Ethiopia and Eritrea  
 Egypt: malaria unlikely as Egypt is approaching elimination status  
 Libya: considered malaria free but migrants from malaria-endemic areas of Africa are gathered in camps and competent vectors are present. Malaria transmission can be suspected.

Rischi di re-introduzione della malaria negli paesi di transito!

# Caso: EM, 65 anni, ♂

- Diarrea recidivante, feci sanguinolenti, dolore addominale
- Gennaio 2021 sospetto di diverticolite con dolore all'emiaddome sinistro, miglioramento clinico dopo terapia antibiotica
- Colonscopia 01/03/21: polipi, diverticolosi del sigma
- Paziente proveniente dall'Etiopia 5 anno fa

▼ Hämatogramm			
Entnahmeart			venös
Leukozyten	G/L	3.00 - 10.5	8.42
Hämoglobin	g/L	121 - 154	140
Hämatokrit	L/L	0.36 - 0.44	0.41
Erythrozyten	T/L	3.90 - 5.00	4.29
MCV	fL	80 - 98	95
MCH	pg	27 - 33	33
MCHC	g/L	320 - 360	343
RDW	%	11.5 - 14.5	13.0
Thrombozyten	G/L	150 - 450	311
MPV	fL	6.7 - 11.0	9.6
Normoblasten maschinell	/100 Leuk.	0	0.00
▼ Differenzierung maschinell			
Neutrophile	G/L	1.60 - 7.40	4.38
Eosinophile	G/L	0.02 - 0.40	0.54 +
Basophile	G/L	0.00 - 0.15	0.08
Monozyten	G/L	0.20 - 0.93	0.78
Lymphozyten	G/L	1.10 - 3.50	2.61
Immature Granulozyten	G/L		0.03

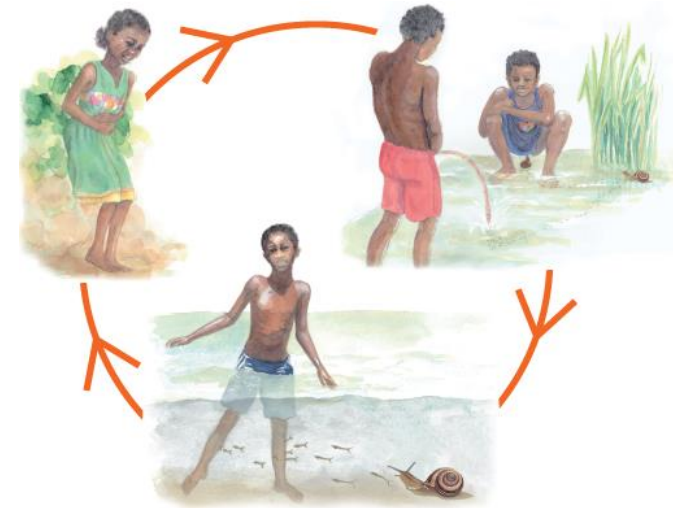


# Caso: EM, 65 anni, ♂

Entnahmedatum 01.03.2021  
Eingangsdatum 01.03.2021  
Klinische Angaben Rezidivierende Sigmadivertikulitis. Kolonpolypen. Entzündung? Dysplasie?  
Eingesandtes Material 1: Rektum (Polyp)  
2: Terminales Ileum  
3: Zökalkol  
4: Colon ascendens (Polyp)  
5: Colon transversum (Polyp)  
6: Biopsie bei 20 cm

**Diagnose**

- 1: Schistosomeneier und Eosinophilie in polypoider Kolonschleimhaut (Rektum).
- 2: Dünndarmschleimhaut ohne signifikanten histopathologischen Befund.
- 3: Kolonschleimhaut mit Vermehrung eosinophiler Granulozyten innerhalb c Lamina propria.

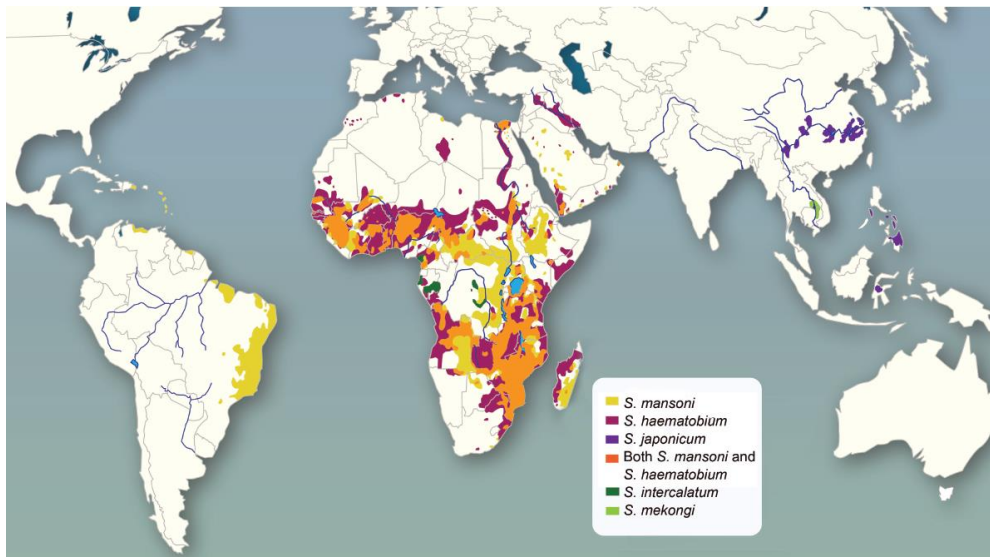


**Schistosomiasi intestinale:** dolore addominale intermittente, disagio addominale, perdita di appetito, diarrea sanguinolenta  
Può portare ad una ipertensione portale

Trattamento: Praziquantel



# Onere della schistosomiasi nei migranti



## Global Distribution Schistosomiasis

Gryseels. Human schistosomiasis. Lancet. 2006

Sieroprevalenza nei migranti: **18.4%**  
Rischio più elevato: SS Africa **24%**

Sequela croniche: Intestinale-fegato,  
tratto urinario

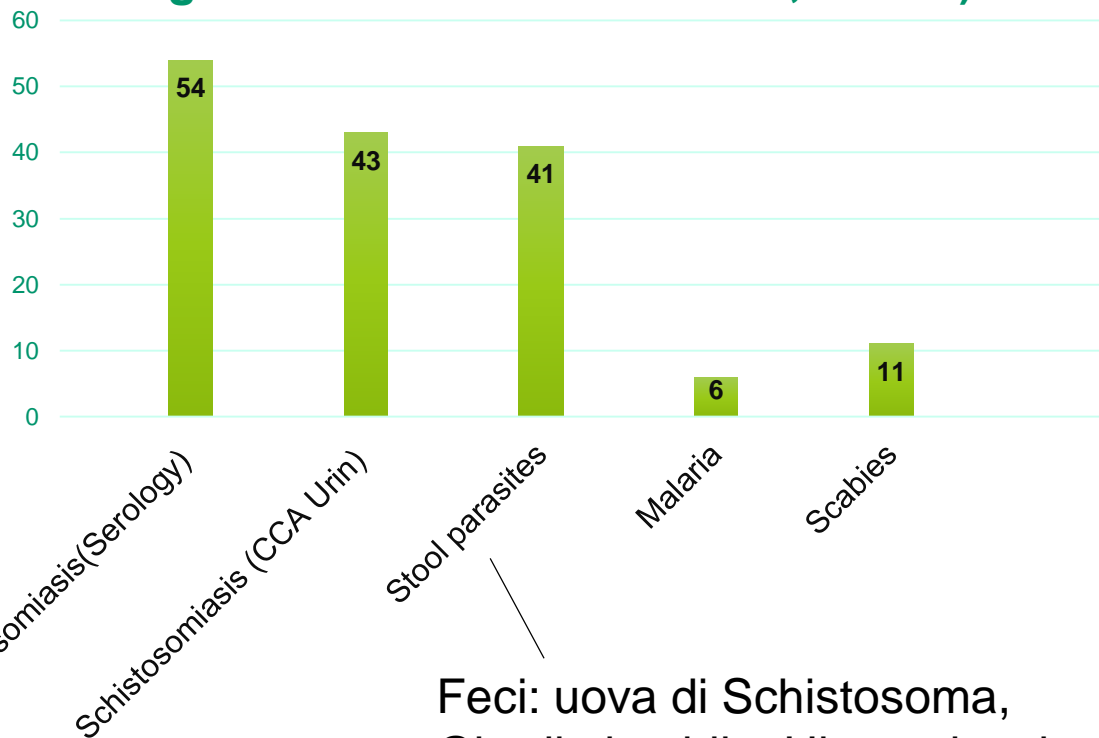
La sierologia rileva la malattia attiva  
e pregressa

200 Milioni di casi globalmente

Rischio più elevato: SS Africa (90% dei casi)

# Infezioni parassitarie comuni

**Malattie parassitarie più comuni (migranti di origine dell'Eritrea in Svizzera, N=107)**



Feci: uova di Schistosoma, Giardia lamblia, Himenolepsis nana

- >16 anni
- Asintomatico
- <24 mesi in CH

Diagnostica dei migranti con diarrea cronica e dolori addominali:

- ➔ Feci (SAF con fissazione per parassiti, 3 campioni) + Giardia lamblia Ag,
- ➔ Ameba Ag nelle feci
- ➔ Serologia Schistosomiasi (in caso di provenienza da una area endemica / SSA)
- ➔ Serologia per Strongiloide (HIV secondo il rischio)

# Caso: 17 anni, Afghanistan

Ferita allo stinco sinistro, che non guarisce  
Assenza di stato febbrile  
Stato vaccinale sconosciuto

Come procedere ?  
Diagnosi differenziale ?



# Ulcera croniche

DD: cutaneous  
Leishmaniasis



DD: cutaneous diphtheria



DD: Ecthyma gangraenosum  
(Bsp. Pseudomas)



DD: atypical mycobacteria





# Caso: 17 anni, Afghanistan

Striscio della ferita inviato per cultura...

Entnahme	18.07.2022	6605
Ein-/Ausgang	18.07.2022 18:51 / 21.07.2022	
Ihre ID		BAZ Bern Zieglerspital Morillonstrasse 75 3007 Bern
Rechnung an		

**Material: Wundabstrich oberflächlich Tibia links**

I

**Mikroskopie**

Leukozyten	reichlich
Epithelzellen	reichlich
Grampositive Kokken	vereinzelt
Grampositive Stäbchen	vereinzelt

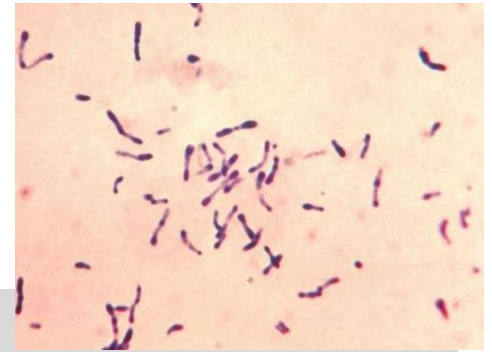
**Kultur**

[1] Streptococcus pyogenes (Lancefield Gruppe A)	wenig
[2] In Anreicherung Wachstum von Staphylococcus aureus	
[3] Corynebacterium diphtheriae	vereinzelt





# Difterite cutanea



*Corynebacterium diphtheriae*, *C. ulcerans* (zoonosi),  
(*C. pseudotuberculosis* raro)

- Ferite/ulcera caratteristiche, croniche (settimane) che non guariscono, membrane grigiastre
- Spesso associate ad una anamnesi di puntura d'insetto/piccolo trauma
- Spesso presenza di una superinfezione con la flora cutanea associata a dolori e complicazioni
- Tempo di incubazione variabile
- Il vaccino non previene le infezioni cutanei e la colonizzazione

# Difterite cutanea

Caso sospetto: → Isolamento fino all'esclusione che si tratta di un ceppo positivo alla tossina

In caso di una conferma di *C. diphtheriae* (striscio per coltura): → **Amoxicillina** per 14 giorni

A seguito del trattamento: striscio per documentare efficacia della terapia eseguita

## In caso di un ceppo positivo alla tossina:

+ Diphtheria Antitoxin (DAT) e misura della ferita  $> 2\text{cm}^2$

(Farmacia militare: ToxInfo Suisse (numero di telefono 145))

+ Striscio faringeo

+ **Screnning dei contatti!** (striscio nasale/faringeo), terapia dei contatti con Amoxicillina per 7 giorni

# Difterite

## Verdacht auf **kutane Diphtherie** oder bestätigter Fall

Betreuung nur durch immunes Personal

### Index

1. Kontakt- und Tröpfchen-Isolation und Wunde abdecken<sup>1</sup>
2. Meldung an Spitalhygiene
3. Abstrich Wunde (Kultur und falls positiv tox suchen)
4. Falls Wunde tox+, Rachenabstrich ergänzen, Tröpfchenisolation aufheben falls Abstrich negativ
5. Antibiotika Therapie<sup>2</sup>
- (6. Serotherapie)<sup>3</sup>
7. Umgebungsabklärung falls tox+<sup>4</sup>
8. Impfstatus vervollständigen

Bei positivem Befund  
 Vorgehen wie bei  
 Patienten mit  
**respiratorischer  
 Diphtherie**

### Kontakt

1. Nasen- und Rachenabstrich (Kultur und falls positiv tox suchen)

## Verdacht auf **respiratorische Diphtherie** oder bestätigter Fall

Betreuung nur durch immunes Personal

### Index

1. Tröpfchen-Isolation<sup>1</sup>
2. Meldung an Spitalhygiene und Kantonsarztamt (innerhalb 1 Tag)
3. Abstrich Rachen / Membran (Kultur und falls positiv tox suchen)
4. Antibiotika Therapie<sup>2</sup>
5. Serotherapie<sup>3</sup>
6. Umgebungsabklärung falls tox+<sup>4</sup>
7. Impfstatus vervollständigen

Bei positivem Befund  
 Vorgehen wie bei  
**Index**

### Kontakt

1. Nasen- und Rachenabstrich (Kultur und falls positiv tox-PCR)
2. Isolation zu Hause für min. 48h der Antibiotikaphylaxe und klinische Observation für 7 Tage
3. Antibiotikaphylaxe<sup>5</sup>

# Difterite respiratoria

Sintomi:

Stato febbrile moderato, mal di gola, difficoltà a deglutire, raucedine, pseudomembrane

Complicanze: miocardite, ostruzione delle vie aeree, neurite, decesso



Courtesy Ph. Agyeman



Courtesy K. Klingberg



# Focolaio in un centro d'asilo a Berna, 2022

In agosto 1° caso con difterite cutanea  
→ 4 casi indice  
→ 175 persone messe in quarantena

Fino a febbraio 2023

**38 casi in totale, di cui 28 (74%) sintomatici**

26 casi di difterite cutanea, di cui 19 con tossina positiva

2 casi con difterite respiratoria sintomatica

24 striscio faringei positivi, di cui 17 con tossina positiva

2/3 dei casi UMA

2/3 dei casi provenienti dall'Afghanistan



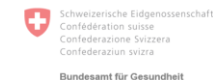


# Gestione al centro federale d'asilo a Berna

---

## Screening all'entrata degli UMA (inizio 13.10.2022)

- Striscio faringeo sistematico
- Striscio in caso di ferite
- Somministrazione della terapia contro la scabbia e cambio dei vestiti in caso di sintomatologia
- 1° dose di dTpa-IPV e MMRV



**Diphtherie: *Public Health* Massnahmen bei Verdachtsfällen in Asylzentren (Wichtigstes in Kürze)**

Stand: 12. August 2022

**Quarantena/Coortaggio** di tutti nuovi arrivi (solo UMA) dello stesso giorno fino all'arrivo dei risultati negativi

Personale sanitario: essere aggiornato con il booster ogni 20 anni (poss. 10 anni)

# Messaggi chiave



- Vaccinazioni per prevenire le malattie ed epidemie
- Screening per malattie specifiche raccomandato in base all'epidemiologia dei paesi di origine
- Pensare in prima linea alle malattie comuni e all'epidemiologia locale
- I centri di asilo e campi profughi sono un rischio per una infezione da Scabbia
- Stato febbrile e provenienza dall'Africa subsahariana → Malaria
- In caso di diarrea cronica nella popolazione migratoria: controllo delle feci per parassiti e sierologia per elminti
- La gestione delle epidemie è importante (p.e. varicella, difterite)

Thank you

