

Osservazioni cliniche sul trattamento della varicella

La varicella è tipicamente una patologia dell'età pediatrica. L'eziologia è virale, causata dal virus varicella zoster un virus DNA membro della famiglia degli herpes virus. Il contagio avviene per contatto in prevalenza nella fascia d'età compresa tra i 4 ed i 10 anni. Non più del 10% della popolazione adulta è sensibile all'infezione. (1)

La malattia ha un andamento epidemico ciclico, ogni 4 o 5 anni.

La varicella si manifesta durante tutto l'anno, i pazienti sono contagiosi 24 ore prima delle manifestazioni e per tutta la durata dell'esantema bolloso (di solito 5 - 7 giorni). La malattia dura dai 10 ai 17 giorni (2) ed anche fino ad un mese se consideriamo la completa remissione delle lesioni crostose. Di solito la cute, dove c'erano le vescicole rimane integra, però esiti cicatriziali non sono infrequenti (1) e le lesioni più preoccupanti interessano generalmente il viso. Queste prediligono le zone sovra-infettate o generalmente traumatizzate (3). Le chiazze ipopigmentate possono persistere per alcuni mesi dopo la comparsa dell'eruzione (3).

I sintomi clinici sono febbre, malessere, anoressia, con un rash scarlattiniforme che si trasforma rapidamente in vescicola limpida su base eritematosa. In 24 ore le vescicole diventano pustole, si rompono e si diffondono a gittate per 3- 4 giorni. Interessano principalmente la cute, il tronco ed il cuoio capelluto. Possono interessare anche le mucose congiuntivali, quelle orali e quelle genitali. Il prurito è costante e fastidioso. Può esservi linfadenopatia generalizzata.(2)

Le infezioni batteriche secondarie rappresentano le complicanze più comuni da varicella, sono causate da *Staphylococcus Aureus* o da *Streptococco* di gruppo A(3).

I presidi terapeutici convenzionali prevedono l'uso farmaci ad azione antipruriginosa a livello locale e sistemica, bagni antisettici per ridurre l'incidenza delle sovrainfezioni batteriche, antipiretici solo se necessari, escludendo l'aspirina per il rischio di Sindrome di Reye. L'uso ed i tempi di somministrazione dell'Aciclovir sono comunque controversi.(1,2,3).

Il trattamento omeopatico di questa malattia, benigna nei pazienti sani viene proposto con una certa uniformità da diversi autori (5,6,7,8).

Nel periodo di invasione della malattia, utilizziamo i rimedi classici per la febbre come

- *Aconitum Nappellus*, febbre a comparsa improvvisa, notturna, violenta, con paura della morte, sete di grandi quantità di acqua fredda
- *Belladonna*, estrema violenza dei sintomi, con sete intensa, dolori violenti bevendo, cefalea congestizia.
- *Apis Mellifica*, febbre forte con assenza di sete ed edemi rosei, con dolori urenti
- *Ferrum Phosphoricum*, febbre non molto forte, con viso rosso, sudori e sete che non provocano sollievo
- *Gelsemium*, febbre violenta, senza sete, con scosse e tremori su tutti il corpo, sensazione di spossatezza e debolezza tutti questi rimedi devono essere dati a bassa diluizione ed a somministrazioni ravvicinate nel tempo.

Nella fase di eruzione possiamo utiliz-

zare diversi rimedi con sintomi caratteristici:

- *Rhus Toxicodendron*, eruzione con piccole vescicole pruriginose su base eritematosa aggravate dal freddo migliorate dalle applicazioni calde. Il paziente è molto irrequieto.
- *Mezereum*, eruzione con vescicole infette, francamente purulente. Febbre alta, freddoloso con prurito notevole.
- *Croton Tiglium*, le vescicole tendono a confluire, sono infette, dolorose, con localizzazione preferenziale a livello genitale e sintomi generali come tosse e diarrea.
- *Cantharis*, le vescicole sono ancora più grosse, flittenoidi, con stato generale compromesso e sofferenza. I sintomi locali sono migliorati dalle applicazioni fredde.
- *Arsenicum Album*, l'eruzione si presenta con vescicole e pustole su base eritematosa con sintomi che migliorano con le applicazioni calde. Sono presenti i sintomi classici di *Arsenicum*: aggravamento notturno, angoscia, agitazione, ansia, indebolimento notevole, sete di piccole quantità di acqua.
- *Mercurius Solubilis* e *Mercurius Corrosivus*, le vescicole sono numerose, infette, pruriginose, in particolare di notte, il paziente non sopporta né il caldo né il freddo, ha la bocca con afte infette ed alito fetido.

Le complicanze infettive sono prevalentemente locali con vescicole purulente, dolorose, croste e residue cicatrici, sia sul viso sia sul corpo. In questo caso i rimedi consigliati sono i Bioterapici di *Staphilococcinum* e *Streptococcinum*.

Metodi

In definitiva l'obiettivo del nostro stu-

dio è stato quello di osservare se l'uso dei rimedi omeopatici potesse ridurre la durata della malattia e le eventuali complicanze, in particolare quelle cutanee, l'inconveniente più fastidioso della varicella: la persistenza di cicatrici sul viso, nei punti dove c'erano le vescicole della malattia.

Selezionati due gruppi di pazienti, composti ognuno da 21 bambini.

Il Gruppo A è stato trattato con rimedi omeopatici ed una crema contenente EGF (Epidermal Growth Factor) applicata due volte al giorno sulle croste, per ridurre il rischio di persistenza di cicatrici residue e deturpanti. L'EGF è un fattore di crescita ad azione pleiotropica, cioè agisce sul tessuto renale ed il fegato. La cute è considerata un suo sito di azione privilegiato. A questo livello agisce stimolando i keratinociti ed i fibroblasti, con effetto di stimolo sulla crescita cutanea.

Il Gruppo B è stato trattato con farmaci antipruriginosi (antistaminici), antipiretici (paracetamolo), pomate con antibiotico. Mai utilizzato l'Aciclovir.

Abbiamo osservato sia la durata della malattia, che la presenza e la durata delle lesioni cutanee (vescicole, pustole) con eventuale sovrainfezioni batterica, quindi di croste e cicatrici residue.

Le lesioni cutanee erano guarite, quando la crosta cadeva e restava la cute rosea e piana, senza infossature.

Osservazione

Nel gruppo A sono stati osservati 9 maschi e 12 femmine, nel gruppo B 12 maschi e 9 femmine. La media dell'età, per il gruppo A 6.57, per il gruppo B 6.0. La durata della malattia è stata calcolata tenendo conto sia del periodo feb-

brile, che della presenza di vescicole. I bambini sono considerati guariti, dalla varicella, quando da 48 ore non comparivano più nuove vescicole, dalle lesioni cutanee, quando cadevano le croste e la cute era piana, liscia e rosea.

Nella tabella sono riassunti tutti i dati della nostra osservazione.

- La durata media della malattia nel gruppo A è stata di giorni 6.24, mentre nel gruppo B di giorni 6.76.
- Non sono mai state riscontrate complicanze gravi legate alla malattia in entrambe i gruppi.
- La durata media delle presenza delle lesioni cutanee è stata di giorni 3,90 per il gruppo A e di giorni 11,48 per il gruppo B.
- Nel gruppo B si sono verificati 4 casi di impetiginizzazione delle lesioni cutanee (19,05%). Trattati solo localmente con creme antibiotiche e disinfettanti topici. Queste hanno lasciato più di due piccole cicatrici sul viso. In totale nove casi hanno avuto più di tre cicatrici residue, non deturpanti, ma visibili, (1.76 lesioni per ogni caso di malattia).
- Nel gruppo A una paziente ha avuto una piccola cicatrice residua sulla palpebra. Lesione, dovuta ad una varicella particolarmente virulenta, con un numero veramente notevole di vescicole. La media delle lesioni è stata dello 0,05 per ogni caso di malattia.
- L'incidenza delle lesioni cutanee è stata dello 0,23 nel gruppo A contro l'8,23 nel gruppo B.

Conclusioni

Possiamo affermare che,

- nei 42 casi da noi osservati, la malattia ha un andamento benigno, senza complicanze degne di rilievo.
- sia i pazienti trattati con farmaci

omeopatici, che quelli trattati con farmaci allopatrici, hanno avuto una durata della malattia come segnalato in letteratura.

- La presenza di lesioni cutanee persistenti nel gruppo B (incidenza delle lesioni 8,39), è pari a quella segnalata in letteratura.
- Possiamo quindi affermare che, per il fatto che nel gruppo A, solo un paziente ha presentato cicatrici residue, (incidenza delle lesioni 0,23). L'associazione tra terapia omeopatica sistemica e terapia topica con EGF in crema migliora, anzi evita la comparsa di cicatrici, in quanto questa crema stimola le proprietà rigenerative cutanee.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Marseglia G.L.Zavattoni M., Revello M.G.: "Infettivologia Pediatrica Utet Periodici Milano 1997; 79-80.
- 2) Behrman R. E.: "Nelson Trattato di Pediatria" XIV edizione Ed. Italiana a cura di M. Giovannini Minerva Medica ed. Torino 1993; 841-842.
- 3) Hoekelman R. A.: "Pediatria" Centro Scientifico Editore Torino 1993; 1185-1188
- 4) Gardner P., Breton S., Charles D. : Hospital isolation and precaution guidelines ". Pediatrics 1974 ; 53. 663.
- 5) Vallette A.E.M.: "Homeopathie Infantile " Maisonneuve ed. Paris 1974 ; 301- 307.
- 6) Massonnaud M., Joly T. : " Le malattie dei bambini " Tecniche nuove ed. Milano 1993; 108 -109.
- 7) Micciché G.M.: "Omeopatia e Pediatria" Tecniche Nuove ed. Milano 1995; 271.
- 8) Poncet E.J.: " Homeopathie Pediatrique" Boiron ed. France 1991; 31 - 33.
- 9) Vannier L., Poirier J.: "Precis de matierer medicale homeopatique " Doin ed. Paris, 1985