

Al **Dipartimento di Prevenzione**

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3

"Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli"

Piazza Baldissera 2

33013 Gemona del Friuli (UD)

Decreto Ministero della Sanità 15 dicembre 1990 – Classe 5a)

NOTIFICA DI MALATTIA DI LYME**MANIFESTAZIONE PATOLOGICA DIAGNOSTICATA:** (i criteri di diagnosi sono indicati sul retro)

a) manifestazioni precoci

 Eritema migrante

b) altre principali manifestazioni precoci o tardive

 Artrite di Lyme

(barrare i casi che ricorrono)

 Neuroborreliosi Cardite di Lyme Ulteriori manifestazioni:

Data di inizio della sintomatologia clinica

 / /

Cognome

nome

data di nascita

 / /

residente a

indirizzo

codice C.R.A.

Professione

esposizione o permanenza in zona infetta:

 SI / NO

località (se nota):

SIEROLOGIA: (barrare i casi che ricorrono)

data prelievo:

 / /

Test di screening (IFI, ELISA):

IgM neg. / pos.IgG neg. / pos.

Osservazioni:

Data notifica

 / /

Medico

Recapito

Telefono

CRITERI DI DIAGNOSI PER LA MALATTIA DI LYME

Per la definizione di caso di malattia di Lyme secondo *criteri epidemiologici*, si propongono quelli validati dal Centre for Disease for Control and Prevention (CDC) che prevedono:

a) presenza di eritema migrante anche con sierologia negativa (*I stadio*)

ERITEMA MIGRANTE: lesione cutanea che inizia tipicamente come una macula o papula di colore rosso, che compare 4-30 giorni dopo il morso di zecca (se rilevato) e si espande per settimane e talora mesi, formando una ampia lesione eritematosa spesso di aspetto anulare con il centro chiaro.

Per rispondere ai criteri diagnostici la lesione deve presentare un diametro superiore o uguale a 5 cm. Le lesioni eritematose anulari che si presentano nell'arco di ore dal morso di zecca non vengono considerate.

b) la presenza di altre manifestazioni cliniche della malattia, precedute o meno dall'eritema migrante, con conferma sierologica (*II e III stadio*)

ARTRITE DI LYME: episodi brevi e ricorrenti di tumefazione (edema intenso con modesti segni di flogosi) di una (monoartrite) o poche articolazioni (oligoartrite, 2 o 3 articolazioni), seguiti talora da artrite cronica.

Non sono considerate diagnostiche le artriti progressive non precedute da brevi episodi acuti e le poliartriti simmetriche.

NEUROBORRELIOSI: viene posta diagnosi nei pazienti che presentano meningite linfocitaria, neurite cranica, radiocoloneuropatia o encefalomielite. L'encefalomielite deve essere confermata dalla dimostrazione di titolo elevato degli anticorpi specifici anti *B. burgdorferi*, sia nel liquor che nel siero.

Cefalea, astenia, parastesie e modico dolore cervicale non possono essere accettati come evidenza di coinvolgimento neurologico.

CARDITE DI LYME: viene definita come difetto della conduzione atrio-ventricolare di grado elevato (secondo o terzo grado), ad insorgenza acuta che si risolve nell'arco di giorni o settimane; talora associata a miocardite.

Palpitazioni, bradicardia, blocchi di branca e miocarditi, intese come singole manifestazioni, non vengono considerate indicative.

ULTERIORI MANIFESTAZIONI CUTANEE (non incluse nei criteri CDC)

- **ACRODERMATITE CRONICA ATROFICA:** lesione infiammatoria caratterizzata dalla presenza di placche infiltrate eritemato-cianotiche localizzate alle estremità ad inizio monolaterale e a sviluppo bilaterale con evoluzione cronica verso l'atrofia.
- **LINFOCITOMA CUTANEO:** neoformazione nodulare infiltrata di colore rosso-bluastro, localizzata in prevalenza ai lobi auricolari, al capezzolo o al dorso. Il quadro istologico, qualora la lesione venga biopsiata, evidenzia la proliferazione linfo-reticolare nel derma, sottocute o entrambi questi distretti.

CRITERI PER LA DIAGNOSI DI LABORATORIO

- Dimostrazione di livelli diagnostici di anticorpi specifici IgM e IgG nel siero o nel liquor;
oppure:
- significativa variazione del titolo anticorpale IgM e IgG su campioni di siero prelevati nella fase acuta e nella convalescenza;
oppure:
- isolamento della *Borrelia burgdorferi* da materiali biologici.