



**BOLLETTINO
EPIDEMIOLOGICO
NAZIONALE 82/17**

29 APRILE 1982

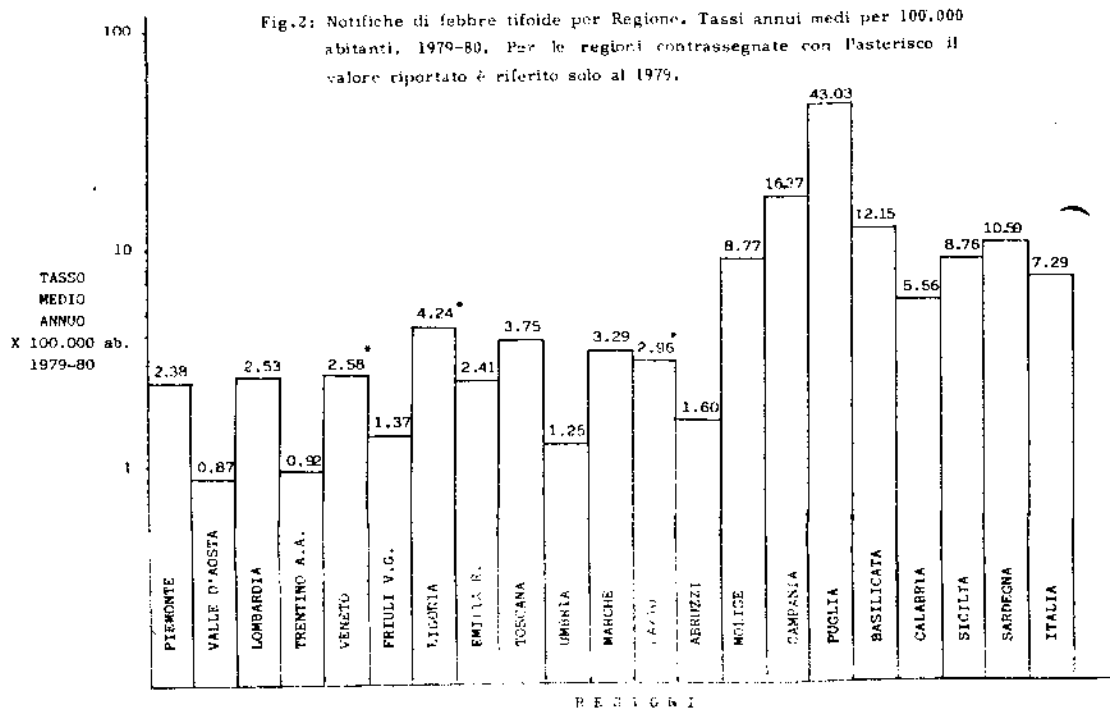
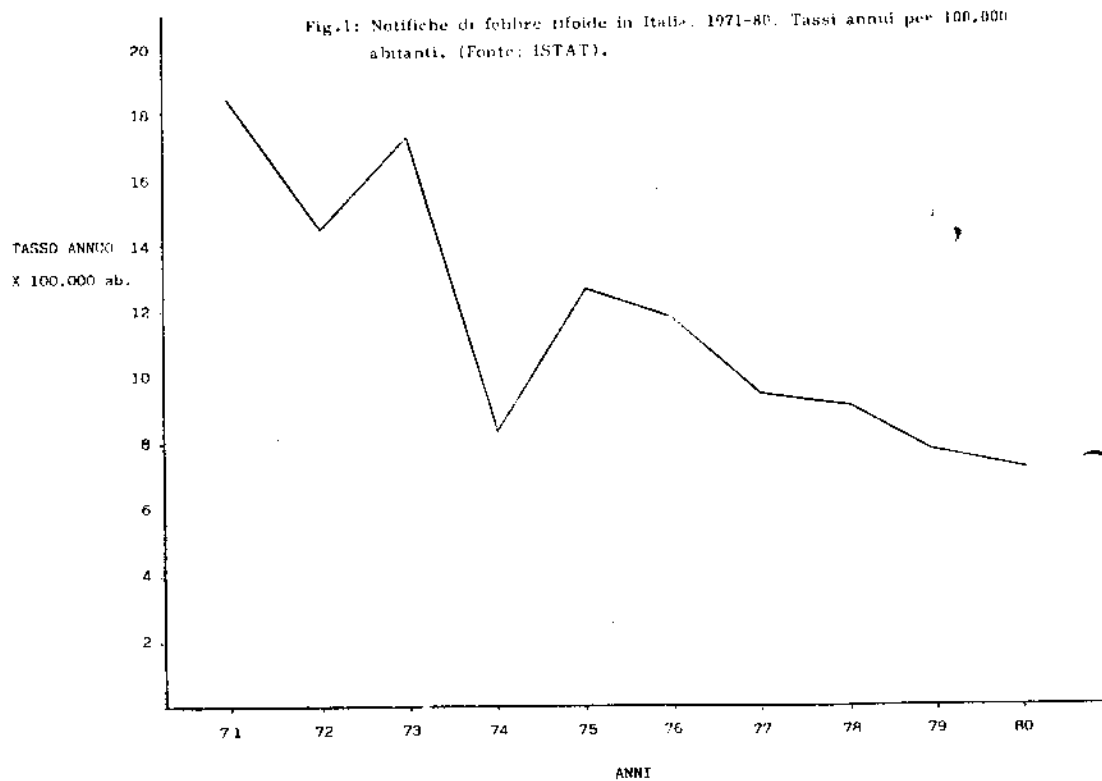
SETTIMANALE A CURA DEL LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica
IN COLLABORAZIONE CON DIREZ. IGIENE PUBBLICA-MINISTERO DELLA SANITA'

FEBBRE TIFOIDE:

Andamento temporale e distribuzione geografica

La febbre tifoide è in Italia tra le malattie infettive endemiche rappresentando un problema ancora attuale di sanità pubblica. L'andamento temporale negli ultimi dieci anni indica un netto decremento (fig.1) e il numero dei casi notificati (ISTAT) nel 1980 è stato di 3.958, corrispondente ad un tasso di 7,03 casi ogni 100.000 abitanti, il più basso registrato nel periodo considerato. Il decremento è stato soprattutto a carico delle regioni del Nord-Centro Italia. Infatti i casi notificati nell'area del mezzogiorno (Abruzzi, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) corrispondono, nel 1978 e nel 1979, al 78% dei casi notificati in tutta Italia e, nel 1980, all'85%.

In fig.2 è riportato un istogramma per regione dei tassi medi annui per 100.000 abitanti registrati nel '79-'80. Tenendo conto della scala logaritmica adottata sull'asse delle ordinate, è evidente l'addensamento dei casi nelle regioni del Sud-Italia. Nella valutazione di tale osservazione vanno tenute presenti considerazioni sulle differenti condizioni ambientali, sulle abitudini alimentari, sullo stile di vita e sull'accuratezza della diagnosi di febbre tifoide, che in una zona endemica è probabilmente presa più frequentemente in considerazione.



La rilevanza delle differenti condizioni ambientali nella trasmissione dell'infezione da S. typhi, come di tutte le infezioni a ciclo oro-fecale, è confermata anche dall'andamento stagionale, riportato in fig.3, calcolato con la mediana dei valori mensili dei casi notificati in Italia dal 1974-79.

Nel periodo 1979-80 la Puglia è la regione con incidenza maggiore. Per i dati più recenti riportiamo le notifiche trasmesse dalla Puglia settimanalmente dal 29/9/81 al 26/4/82 (fig.4), nell'ambito del SIRMI (Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive).

La sintomatologia precoce della febbre tifoide è aspecifica, essendo in correlazione con la fase setticemica della malattia. La diagnosi può essere confermata dall'isolamento di S. typhi dal sangue (in fase precoce) e dalle urine o feci (dopo la 1^a settimana). La reazione di agglutinazione diviene positiva durante la 2^a settimana di malattia e una conferma diagnostica può essere ottenuta da una sierconversione, escludendo una recente vaccinazione specifica. Attualmente sono stati identificati almeno 96 diversi tipi di S. typhi, distinguibili mediante tipizzazione fagica. In occasioni di episodi epidemici la tipizzazione fagica permette di rilevare differenti ceppi di salmonella eventualmente circolanti, provenienti da diverse fonti.

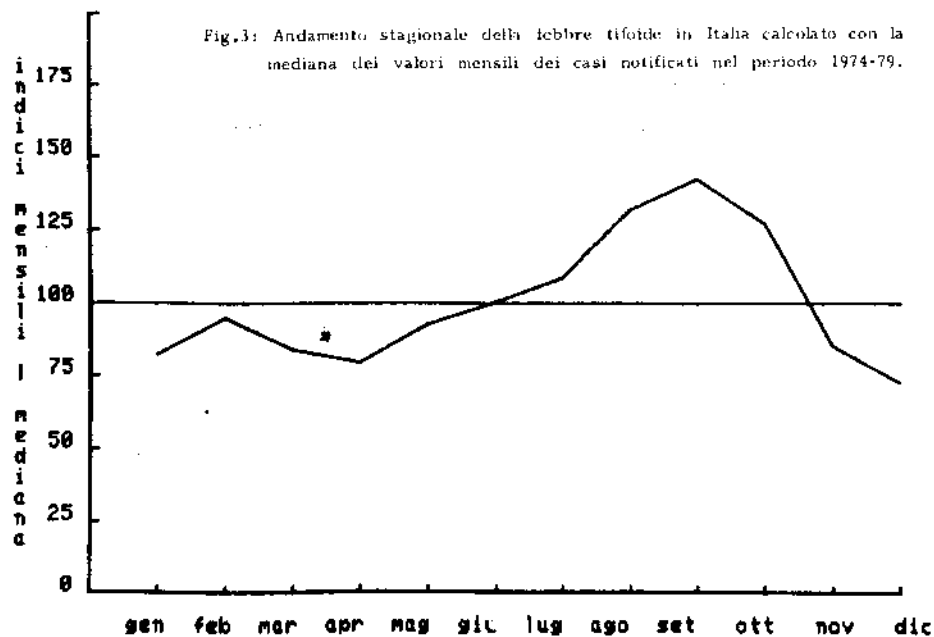
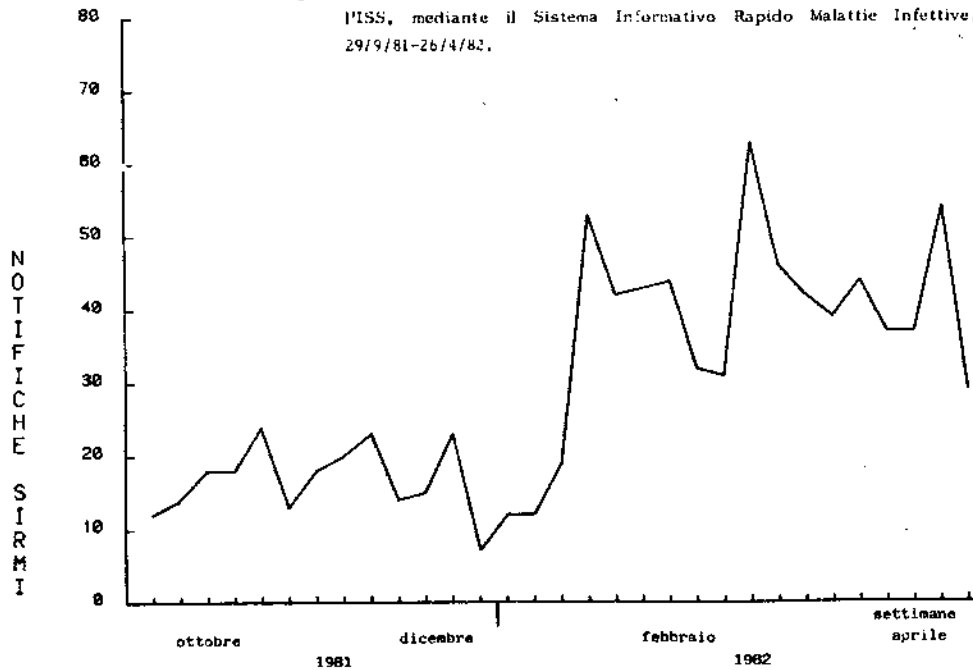


Fig.4: Notifiche di febbre tifoide riportate settimanalmente dalla Puglia all'ISS, mediante il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive, 29/9/81-26/4/82.



Riportato da: Reparto Malattie Trasmissibili

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica-ISS.

SUMMARY

In the period 1971-80 the annual notification rates for Typhoid fever are decreased from 18.35 to 7.03 cases per 100,000 inhabitants. The distribution by Region shows a higher incidence of typhoid fever in South Italy compared to North-Centre Italy. A clear seasonal pattern is shown with a peak in a summertime. Weekly data for Puglia Region, where the highest incidence rate is reported, collected through the Rapid Informative System (SIRMI) set up by ISS, are shown.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 20/4/82 AL 26/4/82

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLI	SALMONELLOSI	PAROTITE EPIDEMICA	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARlattINA	T.B.C. POLMONARE	T.B.C. EXTRAPOLM.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERIE	DISSENTERIA BACILL.	NEVIRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO
ABRUZZO																					
BASILICATA																					
CALABRIA					2		1														
CAMPANIA	75	15		82	10	118	10	1	1	1		38			7					1	
EMILIA ROMAGNA																					
FRIULI	13			60	7	26	6	222	10	10		89									
LAZIO	83		6	108	11	292	32	29	23	9	7	289	11		6				8		2
LIGURIA	42			4	2	106	4	2	14	1		60	1		4				1		
LOMBARDIA	49	1	1	11	22	29	32	136	139	15	2	380			4				7		
MARCHE	4		1	5	2	48		1	3	1		11							1		
MOLISE	6	1		1	1	25	5	1				22			2						
PIEMONTE																					
PUGLIA	94	29	1	26	1	159	40	7	1	5	1	47	1		13		1	2	1		
SARDEGNA	18	4	1	14		116	22	18	5	6		45			3				2		
SICILIA	54			17	4	100	4	3		2		28	1	1	24				1		1
TOSCANA																					
UMBRIA	1			10	1	65	6	5	4	2		35									
VAL D'AOSTA	2								1	1		1							1		
VENETO	33	1		96	30	119	22	80	40	16	1	76	2		2		4	2	8		
BOLZANO			1	26	7	30	8	3	10			24	1						2		
TRENTO	4			1	2	14	2	11	9			18									
TOTALE	478	51	12	461	100	513	935	202	60	69	11	463	17	1	65		5	6	30	1	3

NOTE: i dati si riferiscono alle notifiche dei casi sospetti o accertati, e quindi sono provvisori.

Umbria: 6/12 USL; Liguria: 17/20 USL; Lazio: 49/52 USL; Calabria: dati relativi alla Prov. di Reggio Calabria; Friuli: 6/12 USL.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario. Le Regioni per le quali riportiamo i dati sono quelle che partecipano al sistema.

Il SIRMI è parzialmente finanziato dal CNR/Progetto Finalizzato Informatica.

DALL'ESTEROSORVEGLIANZA NAZIONALE DELLA SINDROME DI REYE-USA 1981

Nel periodo 1 dicembre 1980- 31 ottobre 1981, il CDC ha ricevuto segnalazioni scritte di 221 casi di sindrome di Reye che rispondevano ai criteri di "caso" definiti dal CDC (1). La distribuzione per età, sesso ed razza dei pazienti, è risultata simile a quella riportata nell'anno precedente. Dei pazienti di cui è stato possibile conoscere l'età il 35% era \leq 4 anni, il 59% era compreso nella classe 5-14 anni e il 6% era \geq 15 anni. Tra i 211 pazienti di cui era nota la razza il 94% era bianco, il 4% negro e il 2% di origine asiatica. Dei casi di cui si è venuti a conoscenza di una malattia antecedente alla sindrome di Reye il 60% aveva avuto una sintomatologia respiratoria, il 30% varicella ed il 10% diarrea. Il 77% dei pazienti è stato ricoverato nel periodo 5 dicembre - 27 marzo, in coincidenza con le segnalazioni di attività influenzale da virus A (H3N2/H1N1) negli Stati Uniti. Il numero dei ricoveri in ospedale è aumentato proporzionalmente al numero di segnalazioni dell'attività influenzale da virus A (H3N2). Il numero di casi di sindrome di Reye ha raggiunto un valore massimo approssimativamente una settimana più tardi del valore massimo del numero di isolamenti di virus A (H3N2), presumibilmente riflettendo l'intervallo di 5-7 giorni tra la malattia prodromica e il ricovero ospedaliero per sindrome di Reye (2). Il numero di casi è rimasto elevato durante il periodo di maggiore attività dell'influenza A (H1N1).

L'incidenza riportata nel 1980-1981 è stata simile a quella registrata in un anno precedente (1977-78) di simile attività influenzale da virus A (H3N2/H1N1) e circa la metà di quella riportata in anni in cui l'influenza era stata prevalentemente causata da virus B o da A (H1N1).

Nel 1981, tra i 208 casi di cui è noto l'esito, si sono verificati 58 decessi con un rapporto decessi/casi del 28%. Tale proporzione è quasi uguale alla media riportata nei 3 anni precedenti e minore di un terzo di quella registrata durante i primi due periodi di sorveglianza (1973-74, 1976-77). Il rapporto decessi/casi riportato al CDC probabilmente rappre-

senta una sovrastima a causa della preferenza dei medici e degli istituti di segnalare i casi gravi di malattia o i decessi rispetto ai casi lievi. Sebbene i minori livelli di letalità registrati negli anni recenti possano risultare da una più completa segnalazione anche dei casi più lievi, è da sottolineare che una maggiore proporzione di casi riportati negli anni recenti sono stati ricoverati in ospedale ad uno stadio precoce della sindrome (il che indicherebbe un più precoce riconoscimento dei casi). Inoltre, c'è stata una diminuzione del tasso di mortalità tra gli affetti da encefalopatia ospedalizzati in qualsiasi fase (il che indicherebbe un miglioramento nella terapia).

In aggiunta a tre studi caso-controllo condotti in Arizona, Michigan, Ohio (3, 4), un quarto studio riportato al CDC dal Dipartimento di Sanità Pubblica del Michigan ha dimostrato una relazione tra sindrome di Reye e assunzione di salicilati durante una malattia antecedente. L'obiettivo dello studio era di saggiare la riproducibilità dei risultati dello studio precedente condotto dal medesimo dipartimento durante il periodo di attività influenzale nel 1979-80. Il recente lavoro si è concentrato su tutti i medicinali, includendo il dosaggio e la frequenza di somministrazione, assunti durante la malattia che aveva preceduto la sindrome di Reye. I casi e i controlli (1-3 controlli per ogni caso) sono stati selezionati appaiati per anno di scuola (+/- 1), razza, risposta febbrile ($< 37.7C^{\circ}$, $37.7C^{\circ}$ - $39.4C^{\circ}$, $\geq 39.5C^{\circ}$) e natura della malattia prodromica (ad es. varicella o affezione respiratoria o gastroenterica). Le interviste sono state condotte nel minor tempo possibile dopo la segnalazione di ogni caso (in media 5,5 giorni).

Tutti i 12 casi con sindrome di Reye, rispetto a 12 dei 29 (41,4%) controlli hanno riportato di aver usato farmaci contenenti salicilati durante la malattia prodromica ($p < 0.001$). Nessuno dei 12 casi rispetto a 16 dei 29 (55,2%) controlli ha assunto un farmaco contenente acetaminofene ($p < 0.005$).

L'analisi dei fattori che avrebbero potuto causare una falsa relazione con l'uso di salicilati, inclusa la durata media della malattia virale, l'età media dei genitori, il numero medio dei farmaci assunti durante la malattia virale e la media delle massime temperature registrate, ha evidenziato che i gruppi dei casi e dei controlli erano simili.

La quantità totale dei salicilati assunta dai bambini con sindrome di Reye durante la malattia prodromica, variava da 19,4 mg/Kg di peso corporeo a 323 mg/Kg (media 121,6 mg/Kg) e la massima dose giornaliera assunta variava da 19,5 a 78,6 mg/Kg (media 41,7 mg/Kg).

stampe

Bibliografia:

- 1) CDC. MMWR 1980;30:321-2.
- 2) Corey L, Rubin RJ, Hattwick MA, Noble GR, Cassidy E. Am J Med 1976;61:615-25.
- 3) Starko KM, Ray CG, Dominguez LB, Stromberg WL, Woodall DF. Pediatrics 1980;66:859-64.
- 4) CDC. MMWR 1980;29:532,537-9.

INDICE

Febbre tifoide: andamento temporale e distribuzione geografica	pag.1
Tabella delle notifiche-settimana 20/4-26/4/82	pag.5
Dall'estero	pag.6

INDEX

Typhoid fever: trend and geographical distribution	pag.1
Table of notifications-week 20/4-26/4/82	pag.5
From abroad	pag.6

NOTA BENE:

Il BEN è compilato nel Reparto Malattie Trasmissibili, Lab. Epidemiologia e Biostatistica (Direttore: Prof. A. Zampieri), Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 ROMA; telefono: 06/4950314 - 4954617 - 4950607, ed è riprodotto in proprio presso il Servizio Documentazione, dell'Istituto Superiore di Sanità.

Notizie ed informazioni da riportare sul BEN vanno segnalate alla Dr.ssa S. Salmaso, Reparto Malattie Trasmissibili, I.E.B., I.S.S.

Gli articoli e le notizie riportate sul BEN possono essere citate previo consenso dell'Editore, contattabile ai numeri telefonici diretti su riportati. Chiunque voglia ricevere il BEN può farne richiesta al suddetto indirizzo.