

Istituto superiore di sanita'



**BOLLETTINO
EPIDEMIOLOGICO
NAZIONALE 82/36**

9 SETTEMBRE 1982

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

Riportiamo le raccomandazioni dell'ACIP (Immunization Practices Advisory Committee) statunitense circa l'uso del vaccino contro l'epatite B. Tale vaccino non è ancora disponibile in Italia.

VACCINO CONTRO IL VIRUS B DELL'EPATITE.

Le raccomandazioni circa l'uso del vaccino contro il virus dell'epatite B varieranno nelle differenti aree mondiali a seconda dei modi locali di trasmissione dell'HBV. Negli Stati Uniti, che rappresentano un'area di bassa prevalenza di infezioni da HBV, alcuni gruppi di persone sono esposti ad un rischio di contrarre l'infezione sostanzialmente maggiore rispetto alla popolazione generale. Il vaccino viene correntemente raccomandato per questi gruppi a maggior rischio. Fino ad oggi 12.000 individui sono stati vaccinati e, per un periodo di tempo fino a tre anni, non sono state osservate reazioni indesiderate. Le raccomandazioni che seguono devono essere intese come una guida iniziale per la pratica vaccinale e saranno modificate mano a mano che saranno accumulati ulteriori dati ed esperienze.

A causu dell'elevato costo di questo vaccino viene presa in considerazione la possibilità di uno screening prevaccinale per individuare i suscettibili.

Infezione da virus dell'epatite B negli Stati Uniti.

Il rischio stimato di un'infezione da HBV negli USA varia da quasi il 100% nei gruppi a rischio più elevato a circa il 5% per la popolazione considerata per intero. Si stima che circa 200.000 persone, soprattutto giovani adulti, vengano infettati, un quarto di questi hanno sintomatologia itterica. Più di 100.000 sono ospedalizzati e in media 250 muoiono di epatite fulminante. Una percentuale tra il 6 e il 10% dei giovani adulti con HBV diviene portatore. Gli USA correntemente hanno un numero complessivo stimato di 400.000-800.000 portatori infettivi. In più del 25% (100.000-200.000) dei portatori si sviluppa epatite cronica attiva che spesso progredisce fino alla cirrosi. Recentemente, alcuni studi hanno dimostrato l'associazione tra lo stato di portatore di HBV e l'insorgenza di carcinoma del fegato. Il ruolo di portatore di HBV è basilare nell'epidemiologia della trasmissione dell'infezione. Un portatore viene definito come una persona che è positiva per l'antigene di superficie HBsAg in almeno 2 occasioni a 6 mesi di distanza l'una dall'altra. Sebbene il grado di infettività sia meglio correlato con la presenza di HBeAg, ogni persona con un test positivo per HBsAg è potenzialmente infettiva. La probabilità di sviluppare lo stato di portatore varia inversamente con l'età a cui viene contratta l'infezione. Durante il periodo perinatale, l'HBV trasmesso da madri HBeAg positive provoca lo stato di portatore in più del 20% dei bambini infettati mentre solo il 6-10% di adulti, con infezione acuta, diviene portatore.

Sebbene esistano diversi sottotipi di HBV, l'infezione o l'immunizzazione con un sottotipo conferisce l'immunità verso tutti i sottotipi.

Indagini sierologiche dimostrano che, sebbene l'infezione con HBV sia poco diffusa nella popolazione adulta in generale, è maggiormente prevalente in alcuni gruppi.

I gruppi sono stati classificati in gruppi ad alto rischio (immigranti/ri-fugiati da aree ad alta endemicità di HBV, pazienti di istituzioni per ritardati mentali, tossicodipendenti, maschi omosessuali attivi, contatti conviventi di portatori di HBV, pazienti di unità di emodialisi), a rischio intermedio (carcerati, personale di istituti per ritardati mentali, personale sanitario con frequenti contatti con sangue) a basso rischio (personale sanitario con raro o nessun contatto con sangue, adulti sani).

Uso del vaccino.

La vaccinazione primaria per gli adulti consiste in 3 dosi intramuscola-

ri di 1.0 ml di vaccino (20 g/lml di proteine HBsAg trattate).

La seconda e la terza dose dovrebbero essere somministrate a distanza di 1 anno e 6 mesi rispettivamente dalla prima. Per i pazienti sottoposti a emodialisi o per altri immunosoppressi dovrebbero essere usate dosi maggiori (2ml di vaccino).

L'efficacia del vaccino si aggira tra l'80 ed il 95% di infezioni che sono state prevenute dalla vaccinazione. Una completa protezione è stata ottenuta nelle persone che hanno sviluppato anticorpi dopo la vaccinazione somministrata prima della esposizione. Non è stata ancora saggiata l'efficacia della vaccinazione eseguita dopo l'esposizione a HBV.

La durata della protezione e la necessità di dosi di richiamo non sono state ancora determinate.

Gli effetti collaterali tra le 12.000 persone che hanno ricevuto il vaccino si sono limitati ad arrossamento e dolore del sito dell'inoculazione.

Non sono ancora disponibili dati circa la sicurezza del vaccino nello sviluppo del feto, ma poichè contiene solo particelle non infettive HBsAg, il rischio per il feto dovrebbe essere trascurabile, mentre l'infezione con HBV contratta in gravidanza può portare ad una grave malattia la madre e generare un'infezione cronica nel bambino. La gravidanza non dovrebbe essere considerata una controindicazione di persone altrimenti candidate alla vaccinazione.

La vaccinazione di individui che posseggono anticorpi contro HBV per una precedente infezione, non è necessaria, ma non causa alcun effetto indesiderato. L'immunizzazione passiva, sia per somministrazione di immunoglobuline passive che per via transplacentare, non interferisce con l'immunizzazione attiva.

Screening prevaccinale per individuare i suscettibili.

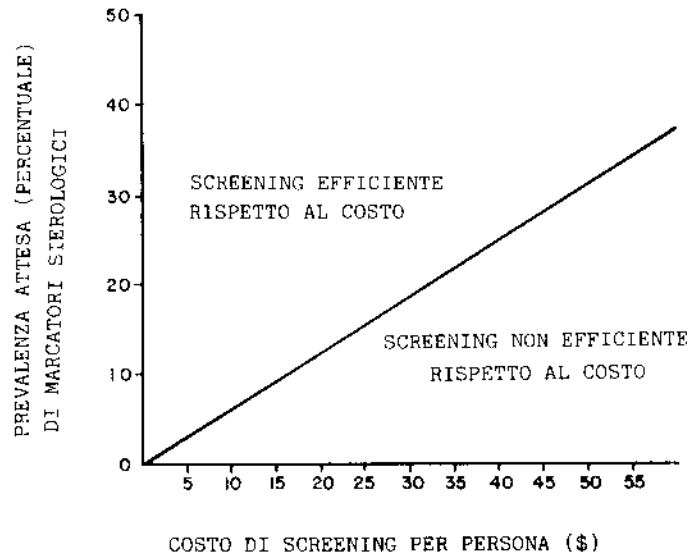
La decisione di effettuare lo screening è di ordine prettamente economico e dipende da tre variabili: 1) il costo della vaccinazione 2) il costo dello screening 3) la prevalenza di immuni nel gruppo.

In fig. 1 è riportato il costo e l'efficienza dello screening per differenti costi di tests di screening e prevalenza di immunità attesa. In questo grafico si è assunto che il costo di 3 dosi di vaccino sia di \$100 e che ci siano altre spese aggiuntive di somministrazione. Se ad esempio la prevalenza di immuni attesa è del 20% lo screening è efficiente solo se il suo costo non è maggiore di \$ 30 per persona. Per uno screening di routine, è

necessario solo un test per un unico marker, sia anti-HBc o anti-HBs. Gli anti-HBc identificano tutte le persone che si sono infettate, sia portatori che non portatori, e gli anti-HBs identificheranno tutti gli infettati, tranne i portatori. Per gruppi di persone che hanno un tasso atteso di portatori inferiore al 2% non c'è nessun vantaggio particolare nell'uso di uno o dell'altro test. Per gruppi con una proporzione elevata di portatori, è meglio utilizzare il test per l'anti-HBc per evitare inutili vaccinazioni per i portatori.

Non sembra essere necessario saggiare l'immunità acquisita in seguito a vaccinazione tranne che per gli emodializzati, il trattamento dei quali dipende dal loro stato immunitario.

Fig.1



Riportato su: MMWR 1982,31:317.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 31/8/82 AL 6/8/82

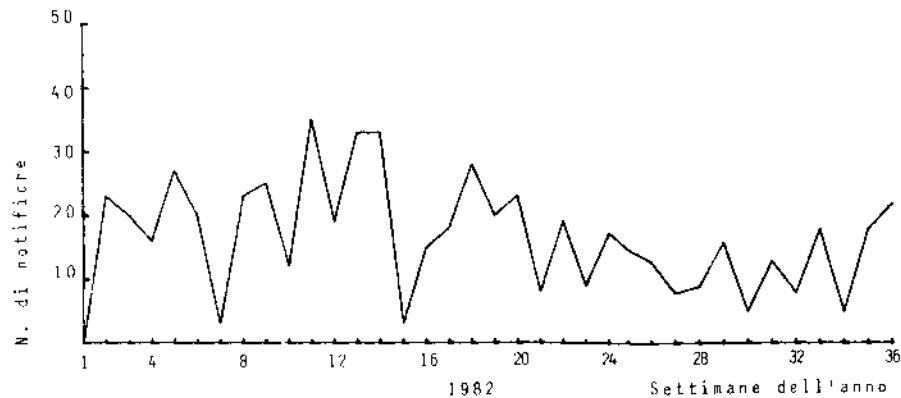
REGIONI	EPATITE A/B/C/E	TUBERC. TUB. COCC.	MEINGLE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTTE EPIDEMICA	PERILOSSE	ROSOLIA	SCARLATINA	F. CAL. POLIOMIARIE	T. R. C. PAR. POLIOM.	VARICELLA	BERNARDINO	EBOLA USATO	EGG. C. T. O. S. T.	DI. T. F. E. D. C.	DI. S. T. A. G. R. A. C. H. E. L.	SI. A. R. S. S. I. T. A. B. A. L.	S. I. L. I. B. B.	P. O. L. I. O. M. I. T. T. I. C. E.	LE. T. A. N. O.
ABRUZZO																					
BASILICATA																					
CALABRIA																					
CAMPANIA	89	37	2	23	18	31	11		2		6				6		1		1		
EMILIA ROMAGNA																					
FRIULI	11			3	18	4	6	7	2		11										
LAZIO	41	7	2	117	112	20	21	2	1	12	33				3				11		
LIGURIA	26			20	7	3		1	2	21					1				1		
LOMBARDIA	104	4	1	656	304	7	4	8	9	2	24	3			4				3		2
MARCHE																					
MOLISE	2			3		1			1		1										
PIEMONTE																					
PUGLIA	70	15		3	6	4	31		3	6	1				3				2		
SARDEGNA	22	13		9	6	13			3	2	2				1				4		
SICILIA	16	15	1	1	15	5	15	1	4		2	1			7						
TOSCANA																					
UMBRIA	8			2	12	1	1	1			1	1									
VAL D'AOSTA					3																
VENETO	36	4	2	76	17	39	6	2	15	1	25	5							2	2	
BOLZANO	4	1		13	2	3			4		2	1			1						
TRENTO	1	1		1	5	8					7	2			1						
TOTALE	430	96	9	32	267	123	196	21	12	47	6	120	56	1	27		1	9	42		2

NOTE: Friuli: 6/12 USL; Lazio: 41/59 USL; Liguria: 14/20 USL;
 Puglia: 54/55 USL; Sardegna: 15/22 USL; Sicilia: mancano i
 dati relativi alle provincie di: Palermo Enna e Ragusa;
 Umbria: 6/12 USL; Veneto: 34/35 USL.

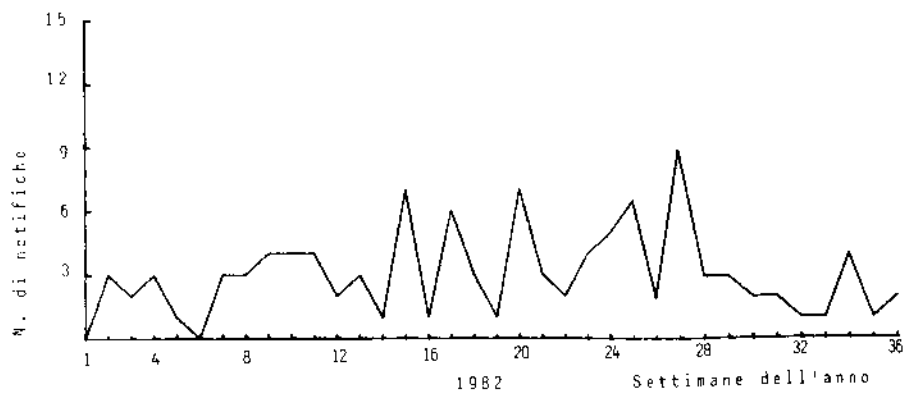
Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è
 un sistema sperimentale volontario, parzialmente finanziato
 dal CNR/Progetto Finalizzato Informatica.

SIRMI: EPATITE VIRALE IN SARDEGNA, MOLISE E VENETO

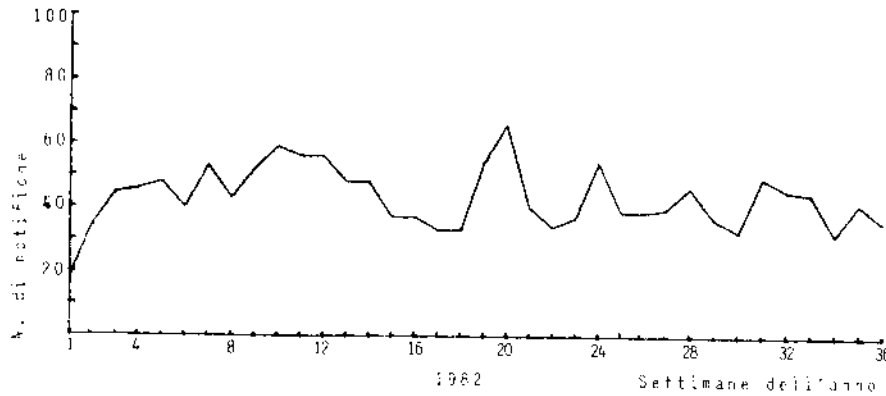
NOTIFICHE IN SARDEGNA



NOTIFICHE NEL MOLISE



NECIFICHE IN VENETO



CORSO TEORICO PRATICO DI MICROBIOLOGIA MEDICA
I MICOBATTERI PATOGENI PER L'UOMO

3-5 novembre 1982

Sede: I.S.S.

Il Corso è rivolto ai medici dei Laboratori e Servizi di microbiologia ospedaliera, con discreta conoscenza dell'inglese e del francese.

Il Corso è limitato a 30 partecipanti. Le schede di iscrizione al Corso, disponibili presso gli Assessorati per la Sanità regionali, dovranno pervenire entro il 5 ottobre 1982 alla Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena 299, 00161 Roma, telefono 06/4990 int. 436.

stampe

INDICE

Dall'estero: raccomandazioni ACIP sul vaccino contro il virus B dell'epatite	<u>pag.1</u>
Tabella delle notifiche - settimana 31/8-6/9/87	<u>pag.5</u>
SIRMI: epatite virale in Sardegna, Molise e Veneto	<u>pag.6</u>
Corso in I.S.S.	<u>pag.7</u>

INDEX

From abroad: ACIP recommendation on inactivated hepatitis B virus vaccine	<u>pag.1</u>
Table of notifications - week 31/8-6/9/87	<u>pag.5</u>
SIRMI: viral hepatitis in Region Sardegna, Molise and Veneto	<u>pag.6</u>
Course in I.S.S.	<u>pag.7</u>

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; tel.: 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. S. Salmasso, reparto Malattie Trasmissibili, L.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.