

Istituto superiore di sanità'



BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE 82/52

30 DICEMBRE 1982

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

LEGIONELLOSI

Isolamento - Bari

Da semina diretta di espettorato di donna di 50 anni di età con carcinoma mammario, deceduta per broncopneumonia acuta, è stato isolato uno stipo di Legionella pneumophila, gruppo 1. Il siero della paziente presenta un titolo anticorpale per L. pneumophila, gruppo 1, pari a 1:1024.

Questo è il primo isolamento di Legionella dall'uomo eseguito in Italia.

(D. Fumarola, Istituto Microbiologia Medica, Bari. Identificato e confermato presso il Laboratorio di Batteriologia e Micologia Medica, ISS, Roma).

Sierodiagnosi - Salerno

Sierodiagnosi di legionellosi è stata formulata per un uomo di 52 anni, ricoverato con sintomatologia respiratoria. In due prelievi successivi è stata osservata sierconversione degli anticorpi specifici per Legionella pneumophila, gruppo 1: siero del 2/11/82, titolo 1:16; siero del 11/11/82, titolo 1:1024.

(N. Russo, Ospedali Riuniti S. Giovanni di Dio, Salerno. M. Castellani Pastoris, Lab. Batteriologia e Micologia Medica, ISS, Roma).

Sierodiagnosi - Bari

Nel periodo ottobre 1980-agosto 1982, tra i bambini ricoverati presso l'Ospedale Pediatrico di Bari, sono state effettuate le seguenti sierodiagnosi di legionellosi:

Caso	sesso	titolo anticorpale (IFA)	età in anni	periodo di ricovero
C.A.	F	1:1024	1	ott.80
F.L.	M	1: 512	1	nov.80
C.A.	M	1: 512	3	nov.80
M.V.	M	1: 256	1	feb.81
P.L.	F	1: 512	5	dic.81
C.D.	M	1: 512	3	dic.81
P.S.	M	1: 512	1	feb.82
F.M.	M	1:1024	2	mar.82
S.C.	F	1: 256	2	ago.82

Le sierodiagnosi sono state effettuate in base alla sieroconversione osservata in due prelievi successivi (per cui nella tabella è stato riportato il valore massimo), oppure in base all'elevato titolo riscontrato in un unico campione di siero.

Esaminando la distribuzione per età, si osservano 4 casi nel divizzo completo, 5 nella seconda infanzia: nessun caso è stato osservato nelle età successive.

La sintomatologia era insorta in tempi variabili rispetto al momento del ricovero: da 2 a 15 giorni prima. I segni clinici sono stati quelli comuni all'interessamento flogistico dell'apparato respiratorio, cioè: tosse, scarso catarro, dispnea, febbre. Quest'ultima durante la degenza ha avuto una durata di 24-48 ore, tranne che per un caso in cui è durata più a lungo. In tutti è stata evidenziata tachicardia; in un solo caso era evidente una prevalenza ventricolare destra. Il reperto obiettivo è stato quello comune di un processo di addensamento broncopneumonico. La localizzazione è stata indifferente per quanto riguarda l'emitorace colpito, mentre è stata prevalente la sede mediotoracica e basale mono o bilaterale. In quattro pazienti si sono evidenziati processi broncopneumonici multipli; negli altri si è sempre trattato di un unico focolaio di addensamento broncopneumonico. Reperto quasi costante è stato quello di una epatosplenomegalia e di una relativa immunodeficienza (IgA-IgG) con ipoproteinemia e ipogammaglobulinemia.

All'esame radiologico è stata sempre messa in evidenza un'adenopatia ilare omolaterale al processo broncopneumonico. La filite non presentava note di periadenite.

Scomparsa la sintomatologia clinica e ottenuta la guarigione radiologica del processo broncopneumonico, l'addensamento delle ghiandole ilari o paratracheali (a seconda della sede del processo) persisteva nel tempo. Tali caratteristiche non risultano nei reperti dei casi adulti descritti in letteratura.

La terapia effettuata è stata: sobreroio, epatodisintossicanti per flebo, digitale, ossigeno con tenda, cefuroxima sodica (Curoxim).

Tutti i casi osservati sono giunti a guarigione.

Riportato da: J. Papadia, L. Longo

Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" - Bari

D. Fumarola

Istituto Microbiologia Medica - Università di Bari.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 21/12/82 AL 27/12/82
SIRMI

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPID.	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARLATTINA	T. B. C. POLMONARE	T. B. C. EXTRAPOL.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIPTERITE	DISSENTERIA BAC.	NEVRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO	
ABRUZZO																						
BASILICATA	9	2	2		1	20	5			2		5									1	
CALABRIA	4						2															
CAMPANIA	31	3	1		1	25	4			1		17			1							
EMILIA R.																						
FRIULI	2	1		10	1	6	7	2	10	3		31										
LAZIO	30	4	2	9	9	18	30	5	6	8		121	16		3					9		
LIGURIA	22	1		18	7	18	21	4	19	6		33	1									
LOMBARDIA																						
MARCHE	2											2										
MOLISE				1		1			2	2		5			1							
PIEMONTE																						
PUGLIA	36	20			3	16	25	3				44	2		5					1		1
SARDEGNA	9	1		2	2	10	16		10	1		9										
SICILIA	19	5		1	7	5	2	1				31			2		1					
TOSCANA	21	1		1	48	60	41	3	14	1		96										
UMBRIA												13										
VAL D'AOSTA																						
VENETO	39			18	24	6	60	5	20	5		1130	1							3		
BOLZANO	4		1	3	1	3	9	1	5	7		19	2								1	
TRENTO	5				1	22	2	3		2		9	4									
TOTALE	233	38	6	63	105	210	224	27	86	38	1	621	26	12			1		15		1	

NOTE: Basilicata: 6/7 USL; Calabria: solo la provincia di Cosenza; Campania: mancano le provincie di Napoli e Benevento; Friuli: 8/12 USL; Lazio: 34/59 USL; Liguria: 15/20 USL; Marche: 4/24 USL; Puglia: 54/55 USL; Sardegna: 16/22 USL; Sicilia: manca la provincia di Trapani; Toscana: 24/40 USL; Umbria: 2/12 USL; Veneto: 34/35 USL.

Il Sistema 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.

FEBBRE Q

Giovane di 18 anni, nel luglio di quest'anno, si reca in campeggio nella zona di Forni di Zoldo (BL). Frequenta malghe, beve latte non bollito.

Dopo 15 giorni accusa dolore toracico, compare febbre e si ricovera nel reparto medico dell'Ospedale di Montecchio (VI). Ai raggi X si vedono segni di discreto versamento pleurico sinistro e compare alterazione biochimica epatica.

Dopo 15 giorni dall'inizio della sintomatologia si documenta mediante prova sierologica infezione da Coxiella burneti (titolo FC 1:512). Con terapia tetraciclinica la sintomatologia polmonare e epatica regredisce rapidamente.

Riportato da: I. Piacentini, Laboratorio di Microbiologia e Virologia
Stabilimento Ospedaliero di Vicenza

Nota Editoriale

La febbre Q è una malattia acuta febbrile provocata da Coxiella burneti (*Rickettsia burneti*). L'insorgenza può essere improvvisa con brividi, cefalea retrobulbare, debolezza, malessere e sudorazione. Una polmonite insorge in molti casi, con tosse, dolori addominali e minimi reperti fisici. Si possono verificare anche infezioni asintomatiche. La diagnosi di laboratorio è basata sulla sieroconversione degli anticorpi specifici tra la fase acuta e convalescente della malattia.

La trasmissione dell'infezione avviene per disseminazione aerea di *rickettsiae* nella polvere di superfici contaminate da tessuti placentari e escreti di animali infetti. In alcuni casi latte proveniente da mucche infette può essere il veicolo dell'infezione.

In Italia i casi notificati di febbre Q sono relativamente pochi: 3 casi in media ogni anno tra il 1969 e il 1976 e un numero maggiore dal 1977 (11 casi), 1978 (13), 1979 (17)

DALL'ESTEROPOLIOMIELITE NEL MONDO - 1981

Nel 1981 118 Paesi (che rappresentano il 78% della popolazione mondiale) hanno notificato casi di poliomielite, per un totale di 33.870 casi. Tale cifra è sicuramente una sottostima della reale incidenza della malattia, ma rappresenta ancora un pesante tributo in termini umani. Il numero totale di casi riportati per 114 Paesi per i quali i dati erano disponibili anche per il 1980 indica un decremento del 7% rispetto all'anno precedente, ma poiché la trasmissione della polio è soggetta a variazioni secolari sarebbe scorretto fare delle inferenze su modifiche registrate in un così breve periodo di tempo.

Nel 1981 nella Regione Europea non è stato segnalato nessun episodio epidemico e sono solo 18 i casi riportati all'OMS da 10 Paesi.

Copertura immunitaria

Un numero crescente di Paesi attualmente utilizzano il vaccino antipolio orale nell'ambito delle vaccinazioni infantili. Non ci può essere alcun dubbio sul fatto che la considerevole riduzione dell'incidenza della poliomielite osservata in molti paesi in via di sviluppo in Sud-America come in altre zone sia direttamente attribuibile all'introduzione di questa vaccinazione, sebbene spesso non sia possibile stabilire una correlazione numerica tra l'estensione della copertura vaccinale e la riduzione dell'incidenza, soprattutto a causa di miglioramenti della sensibilità del sistema di sorveglianza durante il periodo di estensione della copertura vaccinale.

A causa di differenze in criteri usati per determinare la copertura, non sempre è possibile paragonare direttamente le cifre dei singoli paesi. In tabella sono riportate le stime per le differenti regioni, basate su dati delle inchieste ricevuti nell'ambito del Programma allargato di vaccinazione.

Le esperienze dei paesi negli anni recenti hanno chiarito che il semplice raggiungimento di una copertura vaccinale del 70% o più nella popolazione bersaglio può non essere sufficiente a controllare la polio nelle particolari condizioni dei paesi in via di sviluppo. Precarie condizioni igieniche possono permettere la circolazione di poliovirus selvaggio perfino in popolazioni ben immunizzate e questa situazione è esacerbata se alcuni gruppi di popolazione rimangono immunizzati. Lo scopo di ogni programma nazionale deve

essere la copertura totale della popolazione bersaglio con un vaccino attivo associata ad un miglioramento progressivo delle condizioni di vita.

E' evidente che man mano che il sistema informativo relativo ai programmi di immunizzazione migliora, un un miglior uso sarà fatto dei dati delle notifiche per determinare il successo dei programmi di vaccinazione contro la polio e altre malattie dell'infanzia.

Tab. 1

Regioni	% di popolazione coperta dalle segnalazioni	% stimata di bambini immunizzati
Africa	-	-
America	60	34
Mediterraneo Orientale	99	24
Europa	26	82
Sud-Est Asiatico	98	3
Pacifico Occidentale	5	70

Riportato su: Weekly Epidemiological Record, 1982, 57:305

stampe

=====

IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESTITUIRE AL MITTENTE:

REPARTO MALATTIE INFETTIVE - LAB. EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA', V.LE REGINA ELENA-299, 00161 ROMA

=====

INDICE

Legionellosi	<u>pag. 1</u>
Tabella delle notifiche-settimana 21-27/12/82	<u>pag. 4</u>
Febbre Q	<u>pag. 5</u>
Dall'estero. Poliomielite nel mondo-1981	<u>pag. 6</u>

INDEX

Legionellosis	<u>pag. 1</u>
Table of notifications-week 21-27/12/82	<u>pag. 4</u>
Q Fever	<u>pag. 5</u>
From abroad. Polio world situation-1981	<u>pag. 6</u>

=====

IL BEN E' COMPILATO DAL REPARTO MALATTIE INFETTIVE, LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA
(DIRETTORE: A. ZANPIERI), I.S.S.; TEL.:06/4950314-4954617-4950607, ED E' RIPRODOTTO IN PROPRIO
PRESSO IL SETTORE EDITORIALE DELL'ISS NOTIZIE ED INFORMAZIONI DA RIPORTARE SUL BEN VANNO SEGNALATE
ALLA DR. S. SALMASO, REPARTO MALATTIE INFETTIVE, L.E.B., ISS.
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 PUO' FARNE RICHIESTA ALL'INDIRIZZO SU RIPORTATO.

=====