

SETTIMANALE A CURA DEL LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' IN COLLABORAZIONE CON IL MINISTERO DELLA SANITA'

SPED. ABB. POST. GRUPPO I BIS 70%

SORVEGLIANZA DELLA SINDROME DA IMMUNODEFICIENZA AIDS

Al fine di avviare un sistema di sorveglianza dell'AIDS in Italia si riporta la definizione di caso suggerita dai Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA.

Definizione di caso di AIDS usata per sorveglianza epidemiologica dal CDC

Limitatamente ad uso di sorveglianza epidemiologica il CDC definisce un caso di "Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)" come una persona che abbia avuto:

- I una malattia con diagnosi attendibile indicativa di immunodeficienza cellulare ma che nello stesso tempo, non abbia (anche avuto):
- II malattie o fattori persistenti cause o associate ad immunodeficienza cellulare né alcuna altra causa di ridotta resistenza associabile con quella malattia.

Questa definizione generale di caso può essere resa più esplicita specificando:

1. Le malattie considerate indicative di immunodeficienza cellulare, e
2. le cause conosciute di immunodeficienza cellulare o altre cause di ridotta resistenza associate ad una particolare malattia. (Riportato più avanti).

1. Malattie almeno indicative di resistenza immunocellulare.

Queste sono elencate in 5 categorie etiologiche: A) protozooarie ed elmintiosiche; B) fungine; C) batteriche; D) virali ed E) tumorali.

In ogni categoria le malattie sono elencate in ordine alfabetico.

"Infezione disseminata" si riferisce al coinvolgimento del fegato, del midollo o di più organi, non semplicemente al coinvolgimento dei polmoni e di linfonodi.

I metodi diagnostici richiesti, di cui è richiesta la positività sono mostrati in parentesi.

A) Infezioni protozoarie ed elmintiasiche

1. Criptosporidiosi intestinale, che causi diarrea persistente per oltre un mese,

(esame istologico o microscopico delle feci);

2. Pneumocistis carinii, polmonite (esame istologico o esame microscopico di broncoaspirati o lavaggio bronchiale).

3. Strongiloidosi, con polmonite o infezione del sistema nervoso centrale o infezioni disseminate (esame istologico).

4. Toxoplasmosi, con polmonite o infezione del sistema nervoso centrale (esame istologico o microscopico di prelievo biptico).

B) Infezioni fungine

1. Aspergillosi, con infezioni disseminate o del sistema nervoso centrale (esame colturale o istologico).

2. Candidosi, con esofagite (esame istologico o microscopico di prelievo esofageo o reperto endoscopico di placche bianche su base mucosa eritematosa).

3. Criptococcosi, con polmonite o infezioni disseminate o del sistema nervoso centrale (esame colturale, identificazione dell'antigene, esame istologico o esame del liquor con tintura indiana).

C) Infezioni batteriche

1. "Mycobatteriosi atipica", con infezioni disseminate (non include tubercolosi o lebbra) (esame colturale).

D) Infezioni virali

1. Citomegalovirus, con infezione polmonare, gastrointestinale o del sistema nervoso centrale (esame istologico).

2. Virus herpes simplex, che causi infezione mucocutanea cronica con ulcere persistenti per oltre un mese o infezioni polmonari, gastrointestinali o disseminate (esame colturale, istologico o citologico).

3. Leucoencefalopatia progressiva multifocale (presumibilmente causa-

ta da Papovavirus) (esame istologico).

E) Forme tumorali

1. Sarcoma di Kaposi (esame istologico).
2. Linfoma, limitato al cervello (esame istologico).

II Cause note di ridotta resistenza

Nella colonna a sinistra sono elencate le cause conosciute di ridotta resistenza alla malattia, indicative di immunodeficienza, mentre nell'adiacente colonna sono elencate le malattie che possono essere attribuite a queste cause (piuttosto che all'immunodeficienza dell'AIDS).

Cause note di ridotta resistenza

1. Terapia sistemica non corticosteroidi o altri immunosoppressori citotossici.

2. Cancro diffuso nel tessuto linfoide o istiocistico, come il linfoma, il morbo di Hodgkin, la leucemia linfocitica o il mieloma multiplo; (non include il cancro interamente localizzato in un unico sito così come il linfoma primario del cervello).

3. Età di 60 o più anni al momento della diagnosi.

Malattie possibilmente attribuibili alle Cause Note di ridotta resistenza.

Ogni infezione che inizi durante o entro un mese da questa terapia, se la terapia inizia prima dei segni o sintomi specifici per i siti anatomici colpiti (esempio dispnea per la polmonite, cefalea per l'encefalite, diarrea per l'enterite); o un cancro diagnosticato durante o entro un mese dopo più di 4 mesi di questa terapia, se la terapia inizi prima dei sintomi e segni specifici per il sito anatomico colpito dal cancro.

Ogni altro cancro o infezione, indipendentemente dal fatto che la diagnosi sia fatta prima o dopo (poiché un linfoma può essere stato presente prima, anche se diagnosticato dopo).

Sarcoma di Kaposi.

4. Et  al di sotto di 28 giorni (neonatale) al momento della diagnosi.

Toxoplasmosi, citomegalovirus o infezioni da Herpes simplex.

5. Una immunodeficienza atipica di AIDS, casi come quelli di pazienti con ipogammaglobulinemia; o un'immunodeficienza con possibile causa genetica o da disturbi dello sviluppo (es. displasia timica).

Ogni infezione o cancro diagnosticato durante questa immunodeficienza.

Questa   la definizione di AIDS dei CDC aggiornata al 15/3/83; la stessa si propone per la sorveglianza dell'AIDS in Italia.

Si ricorda che, per la definizione di casi,   indispensabile avere una delle malattie del I gruppo, mentre sono esclusi i pazienti con una delle malattie del II gruppo. Un caso quindi deve averne almeno una del I gruppo, ma anche non averne nessuna del II gruppo.

Si sottolinea l'assenza, nella definizione di caso, di test immunologici (rapporto T Helper/T suppressor ecc.); un caso quindi non pu  essere diagnosticato soltanto su questi test, che, d'altra parte, non sono considerati indispensabili per la diagnosi di caso.

Indispensabili invece sono i test diagnostici inclusi in parentesi per le malattie del I gruppo.

Si pregano pertanto i colleghi che identificassero casi che soddisfino i criteri summenzionati di darne pronta segnalazione, anche telefonica a:
Sorveglianza dell'AIDS

Reparto Malattie Infettive, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica
Istituto Superiore di Sanit ,
Tel. 06/4954617.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 28/6/83 AL 4/7/83

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPID.	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARLATINA	T. B. C. POLMONARE	T. B. C. EXTRAPOL.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERITE	DISSENTERIA BAC.	NEVRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO
ABRUZZO																					
BASILICATA	10			2		6	10	5		1		3			5						
CALABRIA	2	1		1		3	1	3													
CAMPANIA	129	10	1	18	5	14	36	5		5		19	1		11	1					1
EMILIA R.																					
FRIULI	10		1	80	8	14	15	13	4	3		23	2						1		1
LAZIO	45	2		35	10	53	59	37	7	3		107	2		7			3	4		
LIGURIA	10			20	1	14	16	2	9	2	2	63							2		
LOMBARDIA																					
MARCHE	2			19		2	4	14	1			14			4						
MOLISE			1	1			1	33	5			6			3						
PIEMONTE																					
PUGLIA	130	19	1	24	1	49	20	3	2	5	1	67	1		14			1			
SARDEGNA	16	3		9		24	15		1	4		65			1				1		
SICILIA	34	5	1	7	4	36	31	2	3	8		27			12		1				
TOSCANA	32	3		22	8	98	31	13	3	1	1	67						1	1		
UMBRIA	2			14	8	24	6	14				23									
VALLE D'AOSTA				1	1					2											
VENETO	44	1	2	24	12	50	45	42	16	12	1	145	1		1			1	5		1
BOLZANO	5			43	5	1	7	5	17	1		33									
TRENTO	5	10		2		1	2	6	2	5											

NOTE: Basilicata: 6/7 USL; Calabria: Ha trasmesso soltanto Reggio Calabria;
 Friuli: 8/12 USL; Lazio: 44/59 USL; Liguria: 15/20 USL; Marche: 6/24 USL;
 Molise: 6/7 USL; Sardegna: 20/22 USL; Sicilia: Manca soltanto Ragusa;
 Toscana: 23/42 USL.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario.

Il SIRMI è parzialmente finanziato da CNR/Progetto finalizzato informatica.

RESOCONTO DEI 5 CASI DI ANGIOSARCOMA EPATICO IN OPERAI ESPOSTI
A CLORURO DI VINILE MONOMERO (CVM), CON PARTICOLARE RIGUARDO
A 2 CASI OSSERVATI IN UNO STESSO REPARTO DI ESTRUSIONE.

Ricerche sperimentali iniziate nei laboratori dell'Istituto di Oncologia di Bologna, presso il Castello di Bentivoglio, nel 1971 e durate oltre 10 anni hanno dimostrato che il cloruro di vinile monomero è un cancerogeno multipotente. Fra i vari tumori indotti il più specifico è l'angiosarcoma epatico.

Sulle basi delle prime indicazioni (sperimentali) dei suddetti esperimenti, rese note all'inizio del 1973, furono iniziate le indagini epidemiologiche cliniche che portarono dopo circa un anno al riconoscimento dei primi casi di angiosarcoma epatico nell'uomo, in operai esposti al monomero ed in particolare a quelli addetti alla polimerizzazione.

Da allora sono stati riportati, globalmente nei vari Paesi, 103 casi di questo raro tumore, di cui 4 italiani, tutti studiati presso l'Istituto di Oncologia di Bologna.

Dei 4 casi italiani, 3 sono insorti in operai addetti alla polimerizzazione ed 1 in un operaio di una piccola fabbrica (PANSAC di Mira), addetto all'estrusione del cloruro di polivinile per la produzione di sacchi di plastica.

Quest'ultimo caso non è mai stato incluso nel registro internazionale degli angiosarcomi epatici da cloruro di vinile, in quanto ritenuto atipico, sia per il tipo di esposizione dell'operaio, sia per il relativamente breve periodo di latenza.

Nello scorso aprile un altro operaio, che aveva lavorato nella stessa fabbrica, pure addetto all'estrusione di cloruro di polivinile, è morto per angiosarcoma epatico. Anche questo caso è stato studiato presso il nostro Istituto.

I dati salienti dei 5 casi osservati fino ad oggi in Italia sono esposti nella tabella 1.

Non si può in alcun modo considerare casuale l'insorgenza di 2 angiosarcomi epatici, tumore di estrema rarità, su un così limitato numero di operai.

Questo dato riveste particolare importanza per due considerazioni:

- 1) il grande numero di operai a livello internazionale addetti alla lavorazione e in particolare all'estrusione del cloruro di polivinile;
- 2) per il fatto che fino ad oggi non risultava sicuramente provata la connessione tra esposizione a cloruro di vinile ed angiosarcomi epatici negli estrusori, in quanto le basse concentrazioni del monomero presen-

ti nei reparti di estrusione venivano repute una sorta di livello di "salvaguardia".

- 3) Particolare attenzione dovrà essere posta dai Servizi di Prevenzione delle USL, agli impianti di estrusione del PVC, specie nei casi in cui la produzione preveda la fabbricazione di manufatti con grandi superfici, in condizioni ambientali deficitarie (concentrazione di impianti, aspirazioni carenti ecc.). Inoltre sarebbe opportuno sapere quanti impianti, analoghi a quello già operante alla PANSAC di MIRA, sono ancora in funzione in Italia per la estrusione di sacchi in PVC.

Tabella 1. Mansioni, periodo di latenza (anni dalla prima esposizione alla diagnosi) relativi ai casi di angiosarcoma epatico riscontrati in Italia.

Casi	Mansioni	Periodo di latenza (in anni)	Periodo intercorso tra primi sintomi e decesso (in mesi)
Caso 1	Estrusione PVC	6	3.5
Caso 2	Polimerizzazione	16	1.5
Caso 3	Polimerizzazione	22	3
Caso 4	Produzione monomero Polimerizzazione	22	3.5
Caso 5	Estrusione PVC	16	<1
Tutti i casi (media)		16.4	2.5
Casi addetti alla polimerizzazione (2,3,4) (media)		20	<3
Casi addetti alla estrusione (1,5) (media)		11	<2.5

Riportato da: C. Maltoni, A. Masina, C. Clini, D. Carretti e F. Belpoggi
Istituto di Oncologia di Bologna "F. Addarii"
Viale Ercolani, 4/2 - 40138 Bologna

STAMPE

SPED. ABB. POST. GRUPPO I BIS 70%

X

IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESTITUIRE AL MITTENTE :
REPARTO MALATTIE INFETTIVE-LAB. DI EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' V. REGINA ELENA 299
00161 ROMA

INDICE

Sorveglianza della sindrome da immunodeficienza AIDS	<u>pag. 1</u>
Tabella delle notifiche-settimana dal 28/6/83 al 4/7/83	<u>pag. 5</u>
Resoconto dei 5 casi di angiosarcoma epatico in operai esposti al cloruro di vinile monomero (CVM), con particolare riguardo a 2 casi osservati in uno stesso reparto di estrusione	<u>pag. 6</u>
INDEX	
AIDS surveillance	<u>pag. 1</u>
Table of notifications-week 28/6/83 - 4/7/83	<u>pag. 5</u>
Hepatic angiosarcoma in workers exposed to vinyl chloride monomers	<u>pag. 6</u>

DIRETTORE RESPONSABILE : PROF. FRANCESCO POCCHIARI
REG. TRIB. ROMA 154/83 DEL 22/4/83

IL BEN E' COMPILATO DAL REPARTO MALATTIE INFETTIVE, LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA
(DIRETTORE: A. ZAMPIERI), 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 SEGNA-
TE 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.