

SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLA LEGIONELLOSI - RISULTATI

Nel periodo che va dal 13/4/84 al 10/11/84 sono stati registrati un totale di 17 casi di legionellosi. Undici sono stati identificati attraverso il Sistema di Sorveglianza, di questi cinque sono stati notificati dal Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC), il sesto caso è stato segnalato dal responsabile delle malattie infettive della USL RM/3 del Lazio (vedi Tabella).

Solo per quattro casi sono a disposizione informazioni complete (scheda A e B riempite); per gli altri 13 sono state ricavate informazioni parziali della sola scheda A o, quando possibile, da altre fonti. La successiva analisi descrittiva sarà quindi condizionata dalla mancanza di alcuni dati, che però, per semplicità, verrà sottintesa.

I casi riguardo all'età sono così distribuiti: uno in età al di sotto dei 30 anni, 7 tra 30 e 59 anni, 7 oltre i 59 anni. Riguardo al sesso i casi si distinguono in 15 maschi e 2 femmine. In un caso la legionellosi è stata la causa di morte.

Nel periodo in cui è avvenuta l'esposizione all'agente eziologico, cioè tra 2 e 10 giorni prima dell'insorgenza della malattia, sette pazienti sugli 11 ai quali è stato chiesto, hanno soggiornato fuori casa, in particolare cinque turisti inglesi erano in alberghi: a Torre Pedrera (FO), Cetara (SA) e Garda (VR). Già nel 1982 a Torre Pedrera era stato rilevato un caso connesso ad un altro albergo, ed inoltre, nel 1978, un'epidemia di legionellosi fu associata a Garda, ma non allo stesso albergo (1).

Tutti i casi riportati sembrano sporadici, ad eccezione dei due avvenuti a Cassino (2) in ottobre mancano, ulteriori informazioni che consentano di comprovarne la natura epidemica, e di una sospetta epidemia avvenuta nel novembre-dicembre 1983. Quest'ultima epidemia, segnalata dal CDSC ha coinvolto tre turisti inglesi; la diagnosi è stata accertata.

TABELLA. ATTIVAZIONE SU CIASCUN CASO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA.

Caso	Data di insorgenza	Risultati IFA Test	Diagnosi Clin. presso:	Diagnosi di Lab. presso:	Conferma I.S.S.	Indagine Epidem. (Scheda B)
H.*	25/11/83		(non ospedalizzato)			
C.*	28/11/83	sieroconv.	Milton Keynes Community Hospital	John Redcliffe Hosp.Oxford		
R.*	15/12/83	1:128	(non ospedalizzato)	Northampton Hosp.		
N.M.	26/1/84	calo sign.	Osp.Civile Mirano (VE)	Osp.S.M.Battuti Treviso	Si	Si
T.T.	5/84	sieroconv.	Osp.Infermi Rimini	Osp. Infermi (Foligno)	Si	No
N.N.*	24/5/84	sieroconv.				
A.L.P.	4/7/84	1:512	Osp.di Careggi Firenze	Ist.Microbiol Univ. Firenze	Si	Si
V.S.*	10/7/84		Ist.Clin.Ped. Policlinico Umberto I	Ist.Clin.Ped. Roma		
R.G.	18/7/84	calo sign.	Osp.Spallanzani Roma	I.S.S.		Si
L.D.	19/7/84	sieroconv.	Osp.Regionale Aosta	Osp.A.di Savoia Torino	Si	Si
L.T.	1/8/84	sieroconv.	Osp.S.Bortolo Vicenza	Lab.Mic.Virol. Osp.di Vicenza	Si	Si
H.H.	24/8/84	sieroconv.	Osp.Generale Bolzano	I.S.S.		No
A.R.*	22/9/84					
R.N.	24/9/84	sieroconv.	Villa Betania Usi RM/18 Roma	I.S.S.		No
D.B.C.	10/84	sieroconv.	Osp.G.De Bosis Cassino (FR)	I.S.S.		No
M.M.	7/10/84	1:256	Osp.G.De Bosis Cassino (FR)	I.S.S.		No
D.F.	9/10/84	sieroconv.	Osp.S.Giacomo Roma	I.S.S.		No

* Casi diagnosticati al di fuori del Sistema di Sorveglianza.

sierologicamente per uno di loro e, per gli altri, sulla scorta di dati clinici ed epidemiologici.

Attualmente i Laboratori che collaborano alla Sorveglianza sono 41, in quanto ai 35 laboratori, già menzionati sui BEN 83/50 e 84/15, se ne sono aggiunti altri sei che elenchiamo.

- Ente Ospedaliero D. Cotugno, Bari - Prof. G. Leogrande.
- Istituto di Microbiologia, Ospedale S. Orsola, Bologna - Prof. M. La Placa.
- Laboratorio di Microbiologia, Ospedale G. Brotzu, Cagliari - Dr. G. Piu.
- Laboratorio Centrale di Analisi, USL/40, Napoli - Prof. M. Bolletti Censi.
- Clinica Malattie Tropicali, Università degli Studi, Palermo - Prof. S. Mansueto.
- Servizio Microbiologia, Stabilimento Ospedaliero USL/11, Pordenone - Dr. G. Santini.

- (1) Jorgensen K.A., Korsager B., Johannsen G., Freund L.G., Wilkinson H.W.
Legionnaires' disease imported to Denmark from Italy.
Scand.J.Infect.Dis. 1981; 13:133-6.
- (2) Ospedale Generale G. De Bosis Cassino - Prof. G. Scarlini Dr. U. Parente.

Riportato da: Sorveglianza Nazionale della Legionellosi

LEGIONELLOSI. NOTA DI LABORATORIO

Uno stipse di Legionella pneumophila gruppo 1 è stato isolato dall'escreato di un paziente affetto da broncopolmonite, ricoverato all'Ospedale S. Giacomo di Roma (Reparto di Medicina Generale, Primario Prof. P.M. Carrescia). Nel siero è stata messa in evidenza una sieroconversione del titolo anticorpale per L. pneumophila gruppo 1 da < 16 a 128 all'immunofluorescenza, e da 16 a 128 alla microagglutinazione.

Riportato da: Laboratorio di Batteriologia e Micologia Medica
Istituto Superiore di Sanità - Roma

NOTA EDITORIALE

L'isolamento di Legionella dall'escreato non è molto frequente poiché il microrganismo si trova di solito nelle basse vie respiratorie. Comunque tutti i campioni organici (escreato, aspirato bronchiale, tessuto polmonare) provenienti da pazienti clinicamente sospetti e inviati all'I.S.S. vengono esaminati per la presenza e l'isolamento di Legionella spp.

La presenza di anticorpi nel siero viene controllata, oltre che con l'immunofluorescenza indiretta, anche con la microagglutinazione, che essendo in grado di evidenziare precocemente l'infezione, dà un contributo complementare all'IF nella diagnosi di legionellosi.

STUDIO RETROSPETTIVO SULLE INFEZIONI DA LEGIONELLA IN UN OSPEDALE

In occasione dei riscontri autoptici eseguiti dal Servizio di Anatomia Patologica si sono sistematicamente prelevati frammenti di polmone ogni qualvolta è stata riscontrata la presenza di polmonite o di focolai broncopneumonici, da soggetti deceduti nell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista della città di Torino.

I frammenti sono stati suddivisi in due porzioni; di esse una è stata conservata a -70°C e successivamente inviata all'Istituto Superiore di Sanità, mentre l'altra è stata sottoposta immediatamente ad accertamento per Legionella pneumophila sia con l'immunofluorescenza che mediante ricerca culturale.

Da 5 dei 18 casi fino ad oggi esaminati è stata isolata Legionella pneumophila gruppo 1. Gli esami istologici effettuati hanno dimostrato quadri aspecifici di essudazione intralveolare con aspetti prevalentemente granulocitari e/o macrofagici e coinvolgimento dei piccoli bronchi e bronchioli; in un caso era presente essudazione ascessuale.

L'esame delle cartelle cliniche ha permesso di identificare i pazienti come soggetti ad alto rischio di infezione broncopolmonare* e di formulare l'ipotesi di infezione ospedaliera, essendo la sintomatologia insorta da 4 a 10 giorni dopo il ricovero o l'intervento ed essendosi verificati due casi in uno stesso reparto. Tutti i pazienti erano stati sottoposti a terapia antibiotica; a nessuno di loro era stata somministrata eritromicina od altri macrolidi.

*(Due cardiopatici scompensati, un paziente sottoposto ad intervento per plastica della tricuspid, un paziente sottoposto a lobectomia polmonare superiore destra per cancro polmonare, un quinto con insufficienza renale cronica.

Sono attualmente in corso i primi accertamenti microbiologici sull'acqua dei rubinetti e delle docce dei locali di degenza in cui i pazienti erano stati ricoverati, nonché degli impianti di condizionamento delle sale operatorie nelle quali erano stati effettuati gli interventi.

Riportato da: A.Moiraghi Ruggenini e R. Milano
Istituto di Igiene, Università di Torino
A.Andrion
Istituto di Anatomia ed Istologia Patologica
Università di Torino
V.Neri - Sovraintendenza Sanitaria
Ospedale Maggiore San Giovanni Battista - Torino
M.Castellani Pastoris
Laboratorio di Batteriologia e Micologia Medica
Istituto Superiore di Sanità - Roma

MALATTIA DI LYME

Presso l'Istituto di Microbiologia dell'Università di Bari sono state effettuate 2 sierodiagnosi indicative di malattia di Lyme. I 2 casi (una donna di mezz'età ed un uomo di 39 anni) avevano presentato un quadro clinico compatibile con la malattia di Lyme ed erano stati segnalati dall'Ospedale di Chiavari (luglio '83) e dall'Università di Trieste (estate '84) rispettivamente.

La sierodiagnosi è stata effettuata mediante immunofluorescenza diretta (IFA) verso gli anticorpi anti-spirocheta (*Borrelia burgdorferi*) associata alla Lyme disease. La prima paziente aveva un titolo anticorpale di 1:512 e nel secondo paziente il titolo era $> 1:120$. In entrambi i casi la anamnesi prossima era positiva per puntura di zecca. In un caso la puntura era avvenuta all'estero (Yugoslavia).

Riportato da: D. Fumarola
Istituto di Microbiologia Medica Università di Bari

NOTA EDITORIALE

I due casi segnalati all'Università di Bari sono i primi in Italia.

La malattia di Lyme (diffusa soprattutto negli USA) è una patologia infiammatoria caratterizzata da lesioni cutanee (ECM), sintomi sistemici, poliartrite e interessamento di vario grado del sistema neurologico e dell'apparato cardiaco. La malattia inizia tipicamente in estate e si manifesta con eritema maculare e papulare che si diffonde fino a determinare una o più lesioni anulari. Le lesioni possono essere associate a malessere, senso di affaticamento, febbre, cefalea e rigidità nucale perduranti parecchie settimane.

Si può inoltre osservare una poliartrite senza gonfiore articolare che può perdurare alcuni giorni fino a due anni; gonfiore e dolore alle grandi articolazioni in particolare alle ginocchia, possono persistere per parecchi anni e sfociare in una artrite cronica.

Nel giro di qualche settimana o qualche mese dall'insorgenza delle lesioni cutanee (ECM) si possono sviluppare anomalie neurologiche (compresa meningite asettica), encefalite, corea, atassia cerebellare, neurite cronica (con paralisi facciale bilaterale), radiculoneurite motoria e sensoria e mielite.

I sintomi possono fluttuare e possono durare per mesi. Le alterazioni cardiache comprendono il blocco atrioventricolare, la miopericardite acuta e possono verificarsi già poche settimane dopo l'inizio di ECM.

In Europa un'analogia sindrome viene chiamata meningopolineurite da zecca e non è stata trovata associata ad alterazioni cardiache o ad artrite.

L'agente eziologico è sconosciuto, ma la diagnosi può essere comunque fatta in base al quadro clinico e ad una reazione crociata degli anticorpi contro una spirocheta (*Borrelia burgdorferi*).

La distribuzione stagionale dei casi di malattia rispecchia la distribuzione delle zecche (in Europa *Ixodes ricinus*).

Il tempo di incubazione è tra i 3 e i 21 giorni dopo la puntura della zecca. Non c'è evidenza di trasmissione interpersonale.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 20/11/84 AL 26/11/84

REGIONI	EPATITE VIRALE	VARICELLA	FEBBRE TIFOIDE	BLINORRAGIA	MENINGITE MENIN.	BOTULISMO	MORBILLO	BRUCELLOSI	SALMONELLOSI	DIFTERITE	PAROTITE EPID.	DISSENTERIA BAC.	PERTOSSE	NEVRASSITI VIR.	ROSOLIA	SIFILIDE	SCARLATTINA	POLIOMIELITE	T.B.C. POLMONARE	TETANO	T.B.C. EXTRAPOL.
PIEMONTE																					
VAL D'AOSTA																					
LOMBARDIA																					
BOLZANO	8	11							2		2		2		1		9		3		
TRENTO		14		18			2		1		2		2			20	6		1		
VENETO	36	110		3	1		48	2	34		120		30		6	6	22		5		
FRIULI V.G.	3	46					3		7		26		2		5	1	7		5		
LIGURIA	13	12	2		1		1		7		1			1	1	1	6		2		
TOSCANA	35	151		1			53		55		54		25	2	3	2	7		2		
EMILIA R.	63	46	1	10			82		25		64		73	1	16	16	10		3		1
UMBRIA	2	5											1		1		1				
MARCHE	5	30					4		3		4		4							1	
LAZIO	62	89	3	9	1		8	2	14		40		34		13	18	12		3		3
ABRUZZI	8	13	1				9	1	2		5		15			1	1		4		
MOLISE	6	23					28	1	2		1		2		2						
CAMPANIA	129	28	21	3	2		1	2	11		4		12	2		2			10		
PUGLIA	28	29	10	3			33	3	4		11		13		4				6		
BASILICATA	5	17					2	1	2		5		4						3		
CALABRIA	7	16			1		1	1			14		10						1		1
SICILIA	56	41	7				17	6	6		18		11		2	2	1		1		
SARDEGNA	32	26	2	1			19		9		3				11		4		8		1

NOTE: V.Aosta: nessun caso; Friuli: 9/20 USL; Toscana: 37/40 USL; Umbria: 3/12 USL; Marche: 8/24 USL; Lazio: 48/59 USL; Abruzzo: 7/12 USL; Molise: 6/7 USL; Basilicata: 6/7 USL; Calabria: 21/31 USL; Sardegna: 15/22 USL.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema informativo Sperimentale Volontario.

Il SIRMI è Parzialmente finanziato dal Progetto Finalizzato CNR "Controllo delle Malattie da Infezione"

STAMPE

In caso di mancato recapito restituire al mittente:
Bollettino Epidemiologico Nazionale
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299
00161 Roma

INDICE

LEGIONELLOSI-RISULTATI SORVEGLIANZA NAZIONALE
STUDIO RETROSPETTIVO SU INFEZIONI DA
LEGIONELLA IN UN OSPEDALE
MALATTIA DI LYME-ITALIA
TABELLA NOTIFICHE, SETTIMANA 20-26/11/84

INDEX

LEGIONELLOSIS-NATIONAL SURVEILLANCE RESULTS
RETROSPECTIVE STUDY ON NOSOCOMIAL INFECTION
BY LEGIONELLA
LYME DISEASE-ITALY
TABLE OF NOTIFICATIONS, WEEK 20-26/11/84

Direttore Responsabile: Prof. Francesco Pocchiari
Reg.Trib. Roma 154/83 del 22/4/83

Il *Bollettino Epidemiologico Nazionale* è redatto presso il Reparto Malattie Infettive, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (Direttore: Prof. A. Zampieri) dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma, ed è riprodotto in proprio presso il Settore Editoriale dello stesso Istituto.

Relazioni scritte su casi, epidemie, rischi ambientali e del lavoro, o altri problemi di igiene pubblica, interessanti per gli operatori sanitari sono bene accette, e possono essere indirizzate, come qualsiasi altra comunicazione o richiesta, a:

Bollettino Epidemiologico Nazionale - Istituto Superiore di Sanità
- Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma.

Citazioni possono essere ammesse solo dietro richiesta.