

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°26

SETTIMANALE DELL'OSSERVATORIO
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
LAB. EPIDEMIOLOGIA e BIOSTATISTICA

MINISTERO DELLA SANITA'
DIREZIONE IGIENE PUBBLICA
del 11 GIUGNO '81

SORVEGLIANZA DELL'INFLUENZA

L'epidemiologia della malattia influenzale è particolarmente complessa perchè legata alla caratteristica dei suoi agenti infettanti (specie il virus di tipo A), unici tra i virus umani, a presentare la capacità di variare l'identità antigenica in modo così marcato da annullare l'immunità specifica acquisita dalla popolazione in precedenti infezioni. Tale peculiare comportamento, che è la causa sia delle ricorrenti epidemie e pandemie, sia dell'annuale ricorrenza di una malattia conosciuta sin dai tempi più antichi, fa sorgere particolari problemi sia epidemiologici che pratici. Per tale ragione si rende necessaria una sorveglianza dell'influenza a livello internazionale diretta principalmente all'isolamento ed alla identificazione dell'agente virale, di volta in volta in causa, allo scopo di poter attuare, data la mancanza di una terapia specifica, un'adeguata profilassi. Altro obiettivo della sorveglianza concerne la collezione e l'analisi di tutti i dati sulla morbosità e mortalità, da cui deriva la conoscenza dell'impatto della malattia.

A tale scopo è articolato il programma dell'OMS basato sulla collaborazione di una rete di Centri Nazionali (101) in 71 paesi di quasi tutte le parti del mondo, e dei due Centri Internazionali di Riferenza e di Ricerca di Atlanta e di Londra.

In Italia il Centro Nazionale dell'Influenza opera nell'Istituto Superiore di Sanità e i suoi compiti sono:

- precoce isolamento e caratterizzazione del virus influenzale responsabile dei casi di malattia sia sporadica che epidemica;
- sierodiagnosi della malattia influenzale;
- invio a uno dei Centri Internazionali dei ceppi isolati;
- raccolta ed invio all'OMS a Ginevra di tutte le informazioni virologiche ed epidemiologiche concernenti ogni episodio di malattia influenzale epidemica o circoscritta.

Per ovviare alle difficoltà degli isolamenti all'inizio della stagione e per superare l'ostacolo della scarsità dei campioni da esaminare, da casi diagnosticati come sospetti di influenza, il Ministero della Sanità ha stipulato una convenzione, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, con istituti universitari ed ospedalieri, per l'invio di tamponi faringei o, ove possibile di isolati virali, oltre che per indagini sier-epidemiologiche.

Dati epidemiologici della stagione influenzale 1980-81

Dagli isolamenti effettuati a Roma, e da quelli pervenuti da varie parti d'Italia, è possibile tracciare un quadro della scorsa stagione invernale caratterizzato dalla circolazione di due subtipi (H3N2 e H1N1) del tipo "A" contemporaneamente a quella del virus di tipo "B".

Focolai epidemici (comunità geriatriche, scuole, ospedali) e casi sporadici sono stati sostenuti principalmente dal subtipo H3N2 che ha dato il maggior numero di isolamenti identificati sia come ceppi intermedi tra A/Bangkok/1/79 e A/Texas/1/77 (Torino, Genova, Parma, Firenze, Bari, Palermo) che come ceppi strettamente correlati al ceppo A/Bangkok/1/79 (Torino, Genova, Parma, Roma, Bari) o al ceppo A/Texas/1/77 (Genova, Cagliari).

Gli isolamenti del subtipo H1N1 (da piccoli focolai o casi sporadici) sono stati caratterizzati in massima parte come simili al ceppo A/URSS/90/77 (Trieste, Milano, Roma, Napoli), un minor numero come ceppi reagenti ugualmente bene con gli antisieri URSS e Brazil (Roma), o strettamente simili al ceppo A/Brazil/11/78 (Parma, Pavia).

Per quanto riguarda il tipo "B", l'analisi antigenica ha identificato la maggior parte degli isolati come ceppi simili al ceppo B/Singapore/222/79 (Torino, Milano, Pavia, Napoli, Roma, Firenze) sebbene altri siano risultati simili al ceppo B/Hong Kong/5/72 (Milano, Roma) e al ceppo B/Hannover/13/78 (Genova).

Da come risulta dalle indagini di laboratorio, la circolazione virale si è rivelata del tutto eterogenea. La morbosità, che non è stata particolarmente elevata, ha avuto il suo picco nei mesi di gennaio e febbraio.

I nostri dati corrispondono a quelli ottenuti in tutte le parti del mondo; in base a questi la scelta degli antigeni da includere nella composizione del vaccino influenzale per la stagione 1981-82, secondo le raccomandazioni dell'OMS, è la seguente:

A/Bangkok/1/79 (H3N2)

A/Brazil/11/78 (H1N1)

B/Singapore/222/79

Riportato da: Gabriella MANCINI

Lab. Malattie Batteriche e Virali

ISS

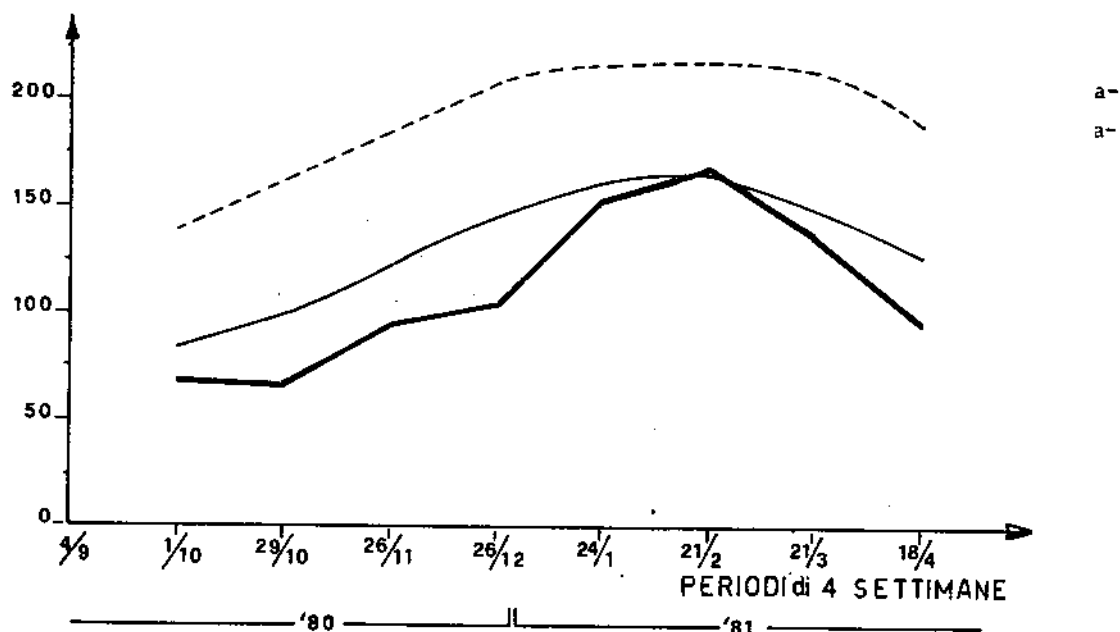
sti

Analisi dell'eccesso di mortalità per cause respiratorie

L'analisi dell'eccesso di mortalità per cause respiratorie costituisce ormai da diversi anni un efficace mezzo per la sorveglianza dell'influenza epidemica. E' noto infatti che la circolazione in forma epidemica di nuove varianti di virus influenzali contribuisce sovente a determinare un aumento della mortalità respiratoria, e che pertanto, lo studio temporale di quest'ultima può fornire indicazioni sull'attività dei virus influenzali circolanti.

I dati relativi alla mortalità per cause respiratorie nella popolazione romana vengono raccolti, settimanalmente dal 1972, presso il Servizio di Statistica del Comune di Roma. Sono considerate morti per cause respiratorie quelle individuate nella classificazione internazionale delle malattie dell'OMS nelle categorie 460-6, 470-4, 480-6, 490-3 (1). I dati relativi alla mortalità attesa e alla corrispondente soglia di significatività o "soglia epidemica" sono elaborati secondo la metodica descritta da Serfling (2). I dati della mortalità generale dell'ultimo decennio, relativi a periodi non epidemici, sono stati utilizzati per valutare il numero atteso di morti e l'andamento nel tempo della mortalità o "trend secolare". Secondo la metodica utilizzata viene definito periodo epidemico un complesso di 4 settimane in cui la mortalità per cause respiratorie eccede la soglia epidemica.

L'esame della mortalità per cause respiratorie in Roma nel periodo settembre 1980-Aprile 1981 non ha messo in evidenza mortalità in eccesso rispetto ai valori attesi (figura), escludendo così l'occorrenza, nel periodo considerato di epidemia influenzale associata ad eccesso di mortalità.



(1) Cause di morte secondo la classificazione internazionale:

460 rinfaringite acuta; 461 sinusite acuta; 462 faringite acuta; 463 tonsillite acuta; 464 laringite e tracheite acute; 465 infezioni acute delle vie respiratorie superiori a localizzazioni multiple o non specificate; 466 bronchite e bronchiolite acute; 470 influenza non spec.; 471 con polmonite; 472 con altre manifestazioni respiratorie; 473 con manifestazioni dell'apparato digerente; 474 con manifestazioni nervose; 480-6 vari tipi di polmonite; 490-493 bronchite, enfisema ed asma.

(2) Serfling R.O. - Public Health Reports 1963, 78: 494.

Riportato da: Laboratorio di Virologia della
 Clinica Medica Generale III
 Università degli Studi - Roma

Anticipazione dell'inizio della vaccinazione antitetanica obbligatoria al III mese di vita.

Il Ministero della Sanità nel 1976, sulla base delle acquisizioni scientifiche internazionali e sentito il parere del Consiglio Superiore di Sanità, ha provveduto a stilare un disegno di legge per l'anticipazione ai primi mesi di vita della vaccinazione antitetanica in associazione alla vaccinazione antidifterica ed antipoliomielitica. L'iter legislativo di tale disegno di legge è stato ratificato definitivamente negli ultimi mesi dell'anno in corso: legge 166 del 27 aprile 1981 (pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 2.5.1981).

Pertanto, in analogia a quanto già attuato in altri Paesi, il calendario delle vaccinazioni obbligatorie per tutti i nuovi nati può essere definito come segue:

- | | |
|--|--|
| 3° mese | -I inoculazione di anatossina tetanica +
anatossina difterica adsorbita abbinata alla
I dose di vaccino antipoliomielitico orale. |
| 4-5° mese
(dopo 6-8 settimane) | -II inoculazione di anatossina tetanica+
anatossina difterica adsorbite abbinata alla
II dose di vaccino antipoliomielitico orale |
| 10°-12° mese
(dopo sei mesi circa) | -III inoculazione di anatossina tetanica +
anatossina difterica adsorbite abbinata alla
III dose di vaccino antipoliomielitico orale |
| 3° anno | -IV somministrazione di richiamo di vaccino
antipoliomielitico orale |
| 6° anno
(all'ingresso nella scuola) | -I inoculazione di richiamo di anatossina
tetanica + anatossina difterica adsorbite |
| 14° anno
(durante l'ultimo anno
della scuola dell'obbligo) | -II inoculazione di richiamo di sola anatossina
tetanica adsorbita. |

Con l'applicazione di tale schedula vaccinale si consegue il raggiungimento di un duplice scopo: indurre in tutti i bambini, entro il primo anno di vita, una maggiore protezione immunitaria ed inoltre ottenere un maggior

successo della vaccinazione contro difterite e tetano utilizzando le convocazioni per la vaccinazione antipoliomielitica, verso la quale i genitori risultano estremamente sensibilizzati.

Riportato da: Direzione Generale
Servizi Igiene Pubblica
Ministero della Sanità

DALL'ESTERO

Sindrome di Kawasaki

La sindrome di Kawasaki (KS) è uno stato febbrile acuto di eziologia e patogenesi sconosciute, che colpisce prevalentemente i bambini al di sotto dei 5 anni di età.

La malattia è caratterizzata da febbre della durata di 5 o più giorni, infiammazione alla congiuntiva, alterazione delle membrane mucose orofaringee, linfadenopatia, edemi, eritemi e desquamazioni alla estremità.

Sono state riportate anche trombocitosi e aumento della velocità di eritrosedimentazione. Durante l'analisi di un caso di sospetta KS è da tenere presente la diagnosi differenziale con la scarlattina, la sindrome da "pelle scottata" da stafilococco, la leptospirosi, la sindrome Stevens - Johnson, l'artrite reumatoide, la poliarterite nodosa infantile. Il 30% dei casi di KS riporta aneurismi alle arterie coronariche, nel 0.5-2.8% di tutti i casi il paziente muore per le subentrate complicazioni cardiache (infarto al miocardio, aritmia, rottura dell'aneurisma).

Il trattamento della KS è finalizzato soprattutto a minimizzare l'incidenza delle complicazioni cardiache. Sembra che una dose di aspirina di 30mg/Kg di peso corporeo al giorno riduca effettivamente la formazione degli aneurismi coronarici.

La maggior parte dei casi in Giappone e Stati Uniti è avvenuta sporadicamente; "epidemie" in senso temporale o geografico sono rare e sono state riportate solo recentemente.

In Giappone, dove la malattia è considerata endemica, sono stati registrati 20.000 casi dal 1967 ad oggi, e la prima "epidemia" è stata osservata nel 1979.

Negli U.S.A. più 650 casi sono stati riportati ai Centri per il Controllo delle Malattie (CDC, Atlanta, Georgia).

CRITERI DIAGNOSTICI PER LA SINDROME DI KAWASAKI.

- A. Febbre per 5 o più giorni.
- B. Presenza di 4 delle seguenti 5 condizioni:
- 1) Infiammazione bilaterale delle congiuntive;
 - 2) Alterazioni delle membrane mucose delle vie aeree superiori, come: infiammazione faringea, infiammazione delle labbra, labbra secche e fessurizzate, lingua "a fragola".
 - 3) Alterazioni delle estremità periferiche come:
 - edema periferico
 - eritema periferico
 - desquamazione
 - desquamazione periungueale.
 - 4) Esantema polimorfo, ma non vescicolare, soprattutto del tronco.
 - 5) Linfadenopatia cervicale.
- C. Malattia che non rientra in altri quadri clinici conosciuti.

Bibliografia

1. Kato, H, et al. J. Pediatr. 1975, 86: 892-8
 2. Yoshida, H, et al. Am J Dis Child 1979, 133: 1244-7
 3. Kato, H, et al. Pediatrics 1979, 63: 175-9
- MMWR 1980, 29: 61
- MMWR 1980, 29: 369

Il BEN è compilato nell'O.E.N., Reparto Malattie Trasmissibili, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 ROMA. Tel. 06/4950314 - 4954617 - 4950607 - 493659. Chiunque voglia ricevere il BEN può farne richiesta al suddetto indirizzo. Si ricorda che la trasmissione dei dati di sorveglianza deve essere effettuata ai numeri telefonici su riportati.