

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°29

SETTIMANALE DELL'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' MINISTERO DELLA SANITA'
LAB. EPIDEMIOLOGIA e BIOSTATISTICA DIREZIONE IGIENE PUBBLICA
del 2 LUGLIO '81

ROTAVIRUS: RISULTATI PRELIMINARI DELLA SORVEGLIANZA IN UN REPARTO PER IMMATURI

Sulla base della nostra precedente esperienza relativa all'osservazione di numerosi casi di gastroenterite occorsi nei mesi di febbraio e marzo 1980 in occasione di un'epidemia da rotavirus, evidenziata in un reparto per immaturi (1), abbiamo avviato, a partire dall'ottobre 1980, una ricerca clinico-epidemiologica della durata di un anno. Scopo di questa ricerca, della quale sono qui illustrati i risultati relativi ai primi otto mesi, è quello di contribuire ad una migliore definizione dell'epidemiologia delle infezioni da rotavirus nel particolare ambiente ospedaliero preso in considerazione e ad una più consistente valutazione del rilievo clinico che tali infezioni assumono nell'immaturato.

Sono stati studiati circa 1350 campioni di feci raccolti da 168 neonati prematuri o dismaturi, ricoverati nel reparto specialistico dell'Ospedale "Bambino Gesù" di Roma tra l'ottobre 1980 ed il maggio 1981.

I neonati entrano nel reparto, di norma, nel corso della prima giornata di vita e la durata media delle degenze è dell'ordine dei 40 giorni, con variazioni comprese tra 2 settimane e 3 mesi. Campioni di feci per la ricerca di rotavirus sono stati prelevati all'ingresso in reparto e successivamente due volte alla settimana, per tutta la durata della degenza di ciascun

neonato. I campioni di feci, trattati in modo da evidenziare la presenza di tutte le eventuali specie virali in essi contenute, sono stati esaminati al microscopio elettronico (2).

In figura 1 è presentato l'andamento temporale delle infezioni da rotavirus individuate nei degenti studiati. Nella figura sono indicati anche i casi che hanno presentato eliminazione fecale di virus diversi dai rotavirus e precisamente adenovirus e piccoli virus tipo Norwalk. Lo studio della distribuzione mensile ha permesso di individuare alcuni periodi di maggior frequenza della infezione in corrispondenza del mese di ottobre 1980 (59% di positivi su 34 ricoverati), del trimestre gennaio-marzo 1981 (35% di positivi su 122 ricoverati) ed ancora del maggio 1981 (29% di positivi su 45 ricoverati).

L'esame, ancora oggi preliminare, dei dati clinici relativi ai soggetti risultati positivi per rotavirus, ha mostrato una frequenza di gastroenteriti associate cronologicamente alla escrezione virale pari al 45% circa (fig. 2). La manifestazione clinica dell'infezione, caratterizzata da diarrea persistente per oltre due giorni, associata spesso a vomito e occasionalmente a febbre, ha determinato in tutti i casi disidratazione e arresto nell'aumento atteso del peso corporeo.

Questi dati indicano come, alla stagionalità invernale caratteristica dell'epidemiologia delle infezioni da rotavirus nei paesi a clima temperato, si possano aggiungere, in condizioni di ospedalizzazioni particolari, ricorrenze epidemiche subentranti che richiedono il mantenimento di attività di sorveglianza necessarie per determinare interventi mirati sia di ordine preventivo che terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Rocchi G. et al. Brit. Med. J., 1981 (in press).
- 2) Donelli G. et al. Ann. Ist. Super. Sanità, 1979, 15: 801.

Riportato da: G. Donelli, F. Tangucci, A. Tinari
Istituto Superiore di Sanità, Roma.
G. Rocchi, S. Resta, S. Cochi
Clinica Medica III, Università di Roma.
D. Menichella, A. Varveri, M.D. Caione
Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma.

Summary

A longitudinal E.M. study on rotavirus infections among premature infants was carried out from October 1980 to May 1981.

1350 faecal specimens were collected from 168 cases admitted to the special case ward of the Bambino Gesù paediatric hospital in Rome.

Rotavirus excretion was demonstrated in 49% of the babies.

Gastroenteritis occurred in about 45% of rotavirus excretors.

Nota Editoriale

I rotavirus sono stati identificati negli ultimi anni come una delle cause maggiori di diarrea infantile. Tali virus non possono ancora essere isolati di routine in coltura ed una delle tecniche di diagnostica rapida di diffuso impiego prevede l'identificazione delle particelle virali al microscopio elettronico.

La ricerca è stata recentemente semplificata con l'introduzione della tecnica ELISA, in cui la presenza dell'antigene virale viene messa in evidenza dalla reazione con un antisiero specifico coniugato con enzima. Aggiungendo un idoneo substrato, la presenza dell'enzima provoca un cambiamento di colore che indica la presenza dell'antigene virale.

Una rassegna delle metodiche e delle conoscenze sui rotavirus è reperibile in bibliografia (1,2).

I rotavirus sono in grado di causare infezioni enteriche in soggetti appartenenti ad ogni classe di età, ma la gastroenterite, espressione patologica tipica di tali infezioni, si manifesta con maggior frequenza e gravità nella prima e seconda infanzia. L'infezione in età neonatale decorre solitamente in forma asintomatica (3), mentre nei soggetti prematuri o dismaturi sono stati riportati dati relativi a limitate casistiche con evidenze cliniche non sovrapponibili (4,5).

Bibliografia

- 1) Bulletin de L'Organisation mondiale de la Santé 1980, 58: 539.
- 2) Blacklaw N.R., Cukor G.: N. Engl. J. Med. 1981, 304, 397.
- 3) Murphy A.M. et al. Lancet, 1977, 2: 1149.
- 4) Von Renterghem L. et al. J. Med. Virol., 1980, 5: 137.
- 5) Rocchi G. et al. Brit. Med. J., 1981 (in press).

FIG. 1 - DISTRIBUZIONE MENSILE DELLE INFEZIONI DA ROTAVIRUS
IN UN DEPARTO FER IZZATURE

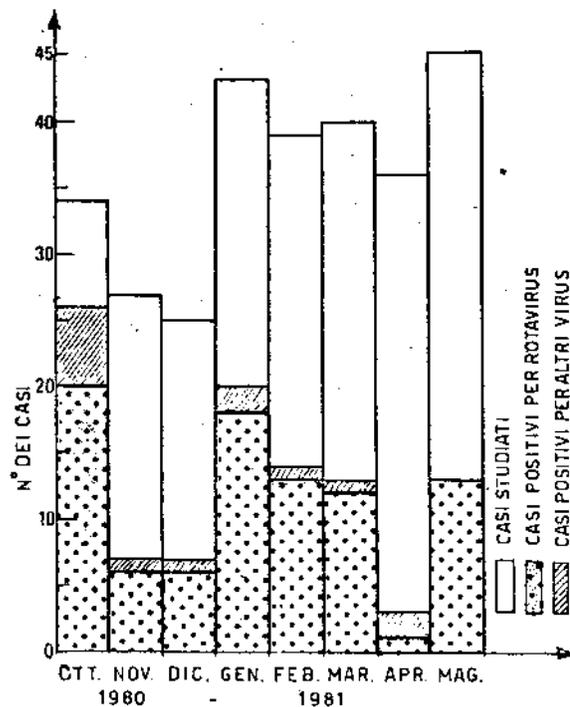
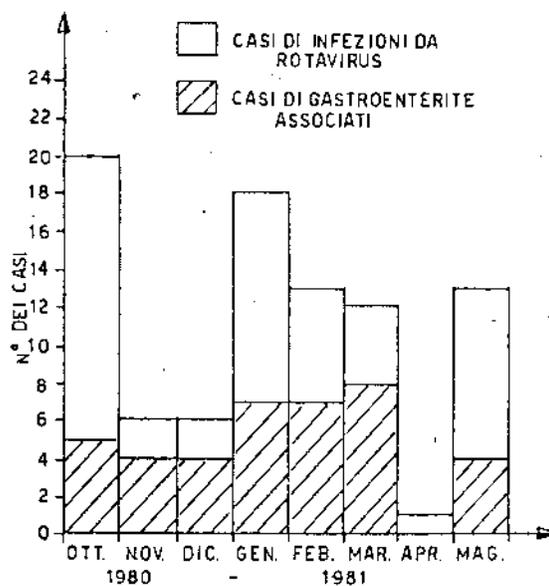


FIG. 2



Febbre Gialla nel 1979 nel mondo

Il numero di casi notificati nel 1979 è stato più elevato che nell'anno precedente (tabella).

In Africa il 1979 è stato caratterizzato dalla persistenza e dall'esaurimento dei focolai endemici in Ghana.

In Sud America il pericolo che la febbre gialla possa riapparire nella sua forma urbana è sempre più preoccupante.

Una revisione dei casi dal 1965 al 1979 indica che negli ultimi 15 anni un piccolo progresso è stato fatto per ridurre il rischio di contrarre la malattia.

Tabella - Casi di febbre gialla nel 1978 e 1979, in Africa, Sud America e casi importati in Europa.

	1978		1979	
	casi	morti	casi	morti
Africa:				
Gambia	30	30	*	*
Ghana	219	40	494	120
Nigeria	-	-	11	-
Senegal	-	-	1	-
Sud America:				
Bolivia	11	4	10	7
Brasile	27	7	12	9
Colombia	109	20	51	36
Ecuador	1	1	14	13
Perù	93	56	97	87
Trinidad e Tobago	-	-	18	7
Venezuela	3	3	3	2
Europa:				
Francia	-	-	2	2
Totale	493	161	713	283

* dati non disponibili.

Riportato da: Organizzazione Mondiale della Sanità
Weekly Epidemiological Record 1980, 55: 345.

Nota Editoriale

E' da sottolineare che nessuno dei casi europei importati (probabilmente dal Senegal o dal Gambia) era stato vaccinato contro la febbre gialla, essendosi tutti serviti della facoltà di esenzione dall'obbligo della vaccinazione consentita dagli Stati di zone endemiche, ai turisti che soggiornano sul loro territorio per meno di 15 giorni (vedi BEN n. 28 pag. 7).

E' chiaro che tale esenzione può essere consentita dallo Stato in quanto il turista che si rechi per breve tempo sul suo territorio, proveniente da zone indenni da febbre gialla, non costituisce elemento di rischio di reintroduzione del virus nella zona, tuttavia il passeggero di per se stesso non è protetto ed è quindi nel suo interesse vaccinarsi.

Tra l'altro la vaccinazione antiamarillica non dà, in genere, reazioni, ed è considerata estremamente efficace per cui, chiunque si rechi in zone di epidemia dovrebbe sottoporsi a tale pratica profilattica.

Le informazioni in merito possono essere assunte presso il Ministero della Sanità, i suoi uffici periferici di Sanità Marittima ed Aerea o presso gli altri uffici autorizzati a praticare le vaccinazioni contro le malattie quarantenarie.

Errata corrige:

nel BEN n. 28 pag. 7 al posto di Vaccinazioni dopo la febbre gialla, legga-
si Vaccinazioni contro la febbre gialla.

Primo simposio sull'epidemiologia in igiene e medicina del lavoro.

Si è tenuto ad Helsinki (10-12 giugno) un simposio sull'epidemiologia in igiene e medicina del lavoro, organizzato dalla International Association on Occupational Health. Il simposio prevedeva sessioni di metodologia e sessioni relative a campi specifici di studio: tumori, malformazioni, neuropatie, patologia respiratoria, patologia osteoarticolare. Questo riflette la funzione dell'epidemiologia occupazionale, che da un lato si sviluppa nell'ambito di tematiche particolari, e dall'altro deve affrontare problemi più generali, quali le condizioni di validità di uno studio, le strategie di campionamento, le modalità di analisi dei dati.

Nelle relazioni su argomenti di metodologia sono stati trattati vantaggi e limiti delle indagini di coorte e caso-controllo per lo studio dei rischi presenti nell'ambiente di lavoro, gli effetti delle approssimazioni nella valutazione delle esposizioni, il ruolo delle indagini di mortalità, le possibilità di lettura epidemiologica dei dati relativi agli accertamenti sanitari periodici. Fra le tematiche specifiche, si sono considerati i rischi connessi all'esposizione ai solventi, all'asbesto, ai metalli pesanti e ai fattori presenti nell'ambiente di lavoro agricolo. Altre relazioni hanno riguardato i criteri per valutare l'effetto di interventi ambientali e sanitari, e la pianificazione dell'attività delle strutture di igiene e medicina del lavoro.

Il simposio è risultato interessante e ricco di spunti. Gli atti saranno pubblicati in un fascicolo speciale dello *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. Chi, pur non essendo abbonato a tale rivista, sia interessato ad avere il fascicolo, può scrivere al Prof. Sven Hernberg, Institute of Occupational Health, Haartmaninkatu 1, SF-00290 Helsinki 29 (Finlandia).

L'International Association on Occupational Health ha formato un comitato scientifico per l'epidemiologia, che prevede di organizzare altri simposi (ogni anno o ogni due anni), e assicurare una rete di contatti fra i gruppi di ricerca impegnati su queste tematiche.

Polmoniti atipiche in Spagna

Il Ministero della Sanità spagnolo ha comunicato ufficialmente che la causa dell'epidemia sarebbe stata individuata nell'olio di colza denaturato con anilina ed altre sostanze chimiche probabilmente importato nel paese e destinato ad uso industriale, mescolato illegalmente ad olio di oliva venduto sfuso per uso alimentare. Il ruolo dell'olio nell'epidemia di polmonite è emerso da uno studio epidemiologico, in cui il consumo di questo tipo di olio e l'insorgenza di polmonite sono risultati associati in modo statisticamente significativo (vedi BEN n. 27).

Compilato dalla Redazione su informazioni del:

Ministero Affari Esteri - Roma.

Ministero della Sanità - Roma.

Il BEN è compilato nell'OEN, 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.
