

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°53

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

MINISTERO DELLA SANITA'
DIREZIONE IGIENE PUBBLICA

17 Dicembre 1981

EPIDEMIA DI EPATITE VIRALE IN COMUNITA' CHIUSA

In data 23.11.81 fu comunicata all'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio la notifica di 5 casi di epatite virale, che agli accertamenti in un laboratorio privato, erano risultati antigene Australia positivi. I 5 casi erano bambini residenti in un collegio di Roma che accoglie 62 pensionanti tra i tre e gli 11 anni di età e 16 adulti. Due di questi casi avevano accusato sintomi quali anoressia, astenia e malessere generale, mentre gli altri avevano presentato una sintomatologia con ittero. I casi si erano verificati tutti nel giro di un mese. Il breve intervallo tra i casi, la rapida risoluzione clinica dei sintomi (in media 7 giorni) l'età dei soggetti (tra i 3 e i 10 anni) e la appartenenza alla stessa comunità chiusa, suggerirono l'ipotesi di una epatite virale di tipo A. Ad ulteriori accertamenti sierologici i cinque casi risultarono infatti tutti negativi per l'antigene di superficie dell'epatite B (HbsAg) e positivi per la ricerca delle immunoglobuline della classe IgM contro il virus A dell'epatite virale.

Un'indagine epidemiologica svolta nel collegio mirava a:

- 1) ricerca di ulteriori casi;
- 2) calcolo dell'esatto tasso di attacco, mediante discriminazione sierologica degli immuni dai suscettibili;
- 3) rilevamento del mezzo di trasmissione dell'infezione.

L'indagine è stata effettuata tramite un questionario specificamente predisposto mirato alle abitudini alimentari e alle consuetudini di comportamento all'interno del collegio. Inoltre sono stati contattati i familiari dei bambini per raccogliere dati anamnestici sull'eventuale contatto con casi di epatite avvenuti recentemente in famiglia. E' stato consultato il servizio di medicina scolastica per una verifica indiretta dei casi di epatite attraverso eventuali certificazioni su casi e immuni; sono state consultate le schede sanitarie individuali.

E' stato effettuato il test con la fluorescina sulla rete idrica del collegio, per evidenziare eventuali infiltrazioni fecali nell'acqua per uso potabile.

Sono stati identificati come casi tutte le persone con anamnesi positiva recente di epatite e positività per anticorpi (sia IgM che IgG) specifici contro il virus dell'epatite A e coloro che presentavano IgM anti virus A nel siero.

Dagli accertamenti sierologici sono risultati in tutto 10 casi; due di essi precedevano di almeno due settimane il terzo caso e di almeno un mese tutti gli altri. Sette erano maschi e tre femmine di età compresa tra i 3 e i 10 anni. Tre di questi non hanno avuto alcun sintomo. Il quadro sierologico riferito ai casi, con le presunte date di insorgenza della malattia, è riportato in tabella.

Sette casi alloggiavano nella stessa ala di un corridoio; cinque casi appartengono a uno stesso gruppo di 11 bambini suscettibili, che fanno attività in comune e occupano tre camere contigue; quattro sono costituiti da due coppie di fratelli che dormono nella stessa camera e otto, complessivamente, alloggiano in camere situate sullo stesso piano.

Alle indagini sierologiche sono risultati immuni (positivi per la presenza di immunoglobuline della classe IgG specifiche contro il virus A dell'epatite virale) tutti gli adulti e 17 bambini, di cui solo due con anamnesi positiva per epatite virale. Dall'indagine effettuata tramite il questionario non è emerso alcun consumo differenziato tra i casi e i suscettibili che non si sono ammalati di alimenti potenziali veicoli dell'infezione, mentre è emerso che la maggior parte dei casi si serviva degli stessi servizi igienici.

Il tasso di attacco totale sui 62 bambini è stato del 21% differenziato come segue nei diversi corridoi:

corridoio II piano, ala A:	8% (1/13)
corridoio II piano, ala B:	39% (7/18)
corridoio III piano, ala A:	9% (1/12)
corridoio III piano, ala B:	33% (1/3)

Tabella: descrizione dell'epidemia.

Caso	Sesso	Età	Data di insorgenza	Sintomi	IgM	IgG	Transam.
Prelievi 25-28/11/81							
A	M	3	16-20 ottobre	+	+	+	+
B	M	6	16-20 ottobre	+	+	+	+
C	M	8	indefinita	-	+	-	-
D	M	10	indefinita	-	+	+	-
E	F	10	14-16 novembre	+	+	+	+
F	F	4	14-16 novembre	+	+	+	+
G	M	7	14-16 novembre	+	+	+	+
H	F	8	18-21 novembre	+	+	+	+
I	M	7	28 novembre	+	-	+	+
L	M	9	indefinita	-	+	-	-

Il test della fluorescina non ha evidenziato alcuna contaminazione idrica.

Secondo l'ipotesi che sembra più plausibile i primi due casi (fratelli) avrebbero introdotto l'infezione dall'esterno e la trasmissione, all'interno del collegio, sarebbe avvenuta per contatto diretto interpersonale o mediato dall'uso comune degli stessi servizi igienici, in questo modo verrebbe spiegato l'addensamento geografico degli otto casi in uno stesso corridoio e il fatto che tra questi il tasso di attacco tra i maschi è il doppio rispetto a quello delle femmine.

I casi in fase acuta, all'epoca dell'indagine, sono stati tenuti in isolamento per sette giorni dall'inizio dell'insorgenza dei sintomi; i bambini ancora suscettibili sono stati immunizzati passivamente con IG (immunoglobuline aspecifiche); è stata mantenuta una sorveglianza epidemiologica e sanitaria sui bambini che sarà protratta fino al 15 gennaio del 1982.

Riportato da: B. Notargiacomo, E. Magliola

Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio

R. Amore

XVIII USL Roma

Nota: riportiamo le raccomandazioni recentemente emesse dalla Commissione Statunitense sulle Pratiche di Immunizzazione (ACIP) contro l'Epatite virale di tipo A.

Immunoglobuline (IG) e epatite A.

Numerosi studi condotti nei quattro anni passati confermano che le immunoglobuline somministrate prima dell'esposizione o durante il periodo di incubazione dell'epatite A sono protettive. Il loro valore profilattico è maggiore (80-90%) quando date nella fase precoce del periodo di incubazione e decresce successivamente. Dato che le IG devono essere somministrate il prima possibile dopo l'esposizione al virus, non è consigliabile eseguire uno screening tra gli esposti per differenziare gli immuni dai suscettibili. Non è raccomandata la somministrazione di IG dopo due settimane dall'esposizione .

Raccomandazioni specifiche per la profilassi con immunoglobuline per l'epatite A.

Le raccomandazioni per la profilassi post-esposizione dipendono dalla natura dell'esposizione:

- contatto interpersonale: IG sono raccomandate per tutti i contatti conviventi e sessuali con persone affette da epatite A.
- centri di assistenza: i nidi d'infanzia possono essere importanti per la trasmissione del virus A. Se l'evidenza epidemiologica indica che sta avvenendo trasmissione di virus A, immunoglobuline dovrebbero essere somministrate al personale e a tutti i membri del centro che si prendono cura dei bambini. Un attento lavaggio delle mani, dopo aver cambiato i pannolini dei bambini, è molto importante.
- scuole e asili: i contatti scolastici generalmente non sono un'importante via di trasmissione per l'epatite A. Somministrazioni di routine di IG non sono indicate per gli allievi e gli insegnanti in contatto con un caso. Tuttavia, quando gli studi epidemiologici indicano chiaramente che un'epidemia è focalizzata in una classe o in una scuola, è ragionevole somministrare IG a quelli che hanno uno stretto contatto personale con i casi.

- istituti di custodia: vivere in alcuni istituti come carceri o istituti per handicappati, può favorire la trasmissione dell'epatite A. Quando avvengono epidemie la somministrazione di IG ai residenti e al personale che è in stretto contatto con i pazienti, può effettivamente ridurre la diffusione della malattia. A seconda delle circostanze epidemiologiche, la profilassi può essere limitata a poche persone o coinvolgere l'intera istituzione.
- ospedali: profilassi di routine con IG per il personale ospedaliero non è indicata. Piuttosto dovrebbero essere intensificate le pratiche igieniche. Un'educazione intensiva e permanente del personale dovrebbe sottolineare il rischio di contrarre l'infezione e indicare le precauzioni da adottare nel caso di stretto contatto con pazienti affetti da epatite o con materiali infettivi.
- uffici e industrie: somministrazione di routine di IG non è indicata nelle normali condizioni di vita in uffici o industrie per le persone esposte a un collega con epatite A.
- esposizione a fonte comune: IG potrebbero essere efficaci nel prevenire l'epatite A mediata da cibi o acqua se l'esposizione è riconosciuta in tempo. Tuttavia le immunoglobuline non sono raccomandate per persone esposte a fonte comune di una potenziale infezione una volta che i casi si sono cominciati a verificare (n.d.r. in quanto la somministrazione sarebbe troppo tardiva). Se un'alimentarista è riconosciuto affetto da epatite A, si deve prendere in considerazione un'eventuale trasmissione dell'infezione. Immunoglobuline dovrebbero essere somministrate al restante personale di cucina e devono essere presi in considerazione i seguenti punti: 1) la persona infetta manipola cibi che non devono essere cotti o cibi già cotti prima che vengano consumati, 2) le pratiche igieniche dell'alimentarista sono insufficienti e 3) i consumatori possono essere identificati e trattati entro due settimane dall'esposizione.

Nella profilassi post-esposizione, viene raccomandata una singola dose intramuscolare di immunoglobuline 0.02 ml/kg.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DALL'8/12/1981 AL 14/12/1981

M A L A T T I E	Campania	Lazio *	Lombardia	Puglia	Umbria **	Veneto	Bolzano	Trento	TOTALE	NOTE
EPATITE VIRALE	75	50	54	36	7	9	1	3	235	* 48/59 USL
FEBBRE TIFOIDE	8	1	3	15					27	** 11/12
MENINGITE MENINGOCOCCICA	1	5	1	1					8	
MORBILLO	6	32	2	12		4	1	1	58	
SALMONELLOSI	13	27	36	3	10	21	11		121	
PAROTITE EPIDEMICA	17	99	91	34	17	48	24	2	331	
PERTOSSE	5	5	32	14		1		4	61	
ROSOLIA		6	6		3	2		1	18	
SCARLATTINA		10	25		1	6	1	6	49	
T.B.C. POLMONARE	2	9	5	4	1	3	2	2	28	
T.B.C. EXTRAPOLMONARE	1	6	1						8	
VARICELLA	17	146	150	86	18	44	5	13	479	
BLENNORRAGIA		9	72	1		1	1	6	90	
BOTULISMO						1	1		7	
BRUCELLOSI	2	3							1	
DIFTERITE			1					1	1	
DISSENTERIA BACILLARE			1						1	
NEVRASSITI VIRALI			16	66	3		2	5	99	
SIFILIDE									0	
POLIOMIELITE				1					1	
TETANO										

La trasmissione dei dati è a cura di: regione Campania: Dott.ssa Cauli; Regione Lazio: Dott. Notargiacomo, Sig.ina Magliola; Regione Lombardia: Dott.ssa Rizzi; Regione Puglia: Dott. Signorello; Regione Umbria: Sig.ra Alimei, Sig.ra Pagliar; Regione Veneto: Sig.ra Patron; Provincia Autonoma Bolzano: Dott. Verdi; Provincia Autonoma Trento: Dott.ssa Gobbi.

Il Sistema Informativo delle Malattie Infettive è parzialmente finanziato dal C Progetto Finalizzato Informatica.

DALL'ESTERO

NUOVA SPECIE DI LEGIONELLA

Una nuova specie di legionella, la Legionella longbeachae, è stata isolata dai ricercatori del CDC (USA) e da vari istituti in California. L'organismo è stato isolato dalle vie respiratorie di quattro pazienti. Due casi provenivano dalla California, nell'Aprile 1980, e uno dalla Georgia, nel Maggio 1980. Del quarto caso, verificatosi nel Maggio '80, non si conosce la provenienza geografica.

I ricercatori hanno proposto il nome di L. longbeachae sp.nov. dal luogo in California, Long Beach, in cui il primo paziente fu ricoverato e in cui si trova il laboratorio clinico in cui fu isolato il ceppo.

La sintomatologia dell'infezione di questa legionella non è facilmente distinguibile da quella della L. pneumophila e l'infezione è regredita dopo adeguato trattamento con eritromicina.

Riportato su: Annals of Internal Medicine, 1981, 94:739

Un altro caso di infezione con questo microorganismo è stato riportato anche in Canada. Il caso, un uomo di 69 anni di età, fu ricoverato nel luglio '81 con dispnea, ipossia e polmonite del lobo superiore destro. Nonostante il trattamento con eritromicina e rifampicina, la polmonite è progredita e il paziente è deceduto dopo circa tre settimane dal ricovero. Da un tampone effettuato all'autopsia dall'ascesso polmonare fu isolato un ceppo di legionella, successivamente identificato presso il CDC (USA), come L. longbeachae, sierogruppo 1, mediante FA diretta.

Riportato su : Canadian Diseases Weekly Report, 1981, 7:197

Nota.

Sono stati finora descritti sei specie differenti di legionella:

L. pneumophila (6 sierogruppi), L. bozemanii, L. dumoffii, L. micdadei, L. longbeachae e L. gormanii (isolata solo dall'ambiente).

INDICE

Epidemia di Epatite Virale in comunità chiusa	<u>pag 1</u>
Tabella delle notifiche-settimana 8-14/12 1981	<u>pag 6</u>
Dall'Estero	<u>pag 7</u>

INDEX

Viral Hepatitis A outbreak in closed community	<u>pag 1</u>
Table of notifications - week 8-14/12/1981	<u>pag 6</u>
From abroad	<u>pag 7</u>

Il BEN è compilato nell'OEN, Reparto Malattie Trasmissibili, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 Roma. Telefono 06/4950314-4954617-4950607
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.