



## H1N1/2009 un aggiornamento

*In corso di stampa sul numero 6/2009 (Novembre-Dicembre) di Quaderni acp*

*Luisella Grandori, referente vaccinazioni ACP*

### **Cosa dicono i dati disponibili**

Il virus H1N1/2009 continua a circolare in tanta parte del mondo mostrando comportamenti diversi a seconda delle aree geografiche. In Australia sembra scomparso dopo l'epidemia dei mesi scorsi, nel Regno Unito e negli USA è in corso una seconda ondata, da noi circola da mesi in forma strisciante ed ora (ottobre) appare in ascesa. Il timore che il virus H1N1/2009 potesse creare grandi dissesti sociali, finora non si è avverato. Un rapporto australiano dichiara che le assenze del personale sanitario hanno raggiunto un picco massimo dell'1,4%. I dati preliminari pubblicati di recente sulle epidemie trascorse in Canada, USA, Australia, Nuova Zelanda e Messico (1, 2, 3, 4), risentono delle diversità nei sistemi sanitari, l'accesso alle cure, la densità di popolazione, le condizioni igieniche e sociali, il clima, l'altitudine. Tuttavia mostrano alcune caratteristiche comuni. Il numero di morti è uguale o inferiore a quello per l'influenza stagionale, spostate però verso le età più giovani. Il decorso è lieve nella stragrande maggioranza dei casi (anche asintomatici), ma in alcune persone compaiono sintomi gravi che richiedono il ricovero in terapia intensiva e possono avere esito fatale. Però è molto difficile definire un tasso di morbilità e letalità perché il denominatore (i casi di malattia) è quanto mai incerto. La natura delle forme gravi è ancora oggetto di indagine anche con l'aiuto di studi sugli animali (5). Vengono descritte polmoniti virali primarie, co-infezioni e sovra-infezioni batteriche, shock catecolamino resistente, compromissione d'organo e multi organo. Il CDC europeo ha prodotto un nuovo Risk assessment (6) che ridimensiona le previsioni precedenti, ipotizzando un tasso di letalità inferiore allo 0,1% sulle forme sintomatiche. Valuta inoltre che servizi sanitari ben funzionanti saranno in grado di affrontare un eventuale picco epidemico senza gravi contraccolpi se pure con un forte impegno dei reparti anche di terapia intensiva.

### **Chi è più a rischio**

I dati disponibili confermano che il rischio di complicazioni è maggiore per chi ha malattie croniche, per le donne gravide specie nel terzo trimestre, e per gli obesi. Più raramente le forme gravi interessano persone senza apparenti fattori di rischio. Nell'infanzia le malattie neurologiche sono quelle più spesso associate ad esito infausto. I bambini sani hanno un'alta frequenza di malattia ma le complicanze sono molto rare. Alcuni segnalano un maggior rischio sotto i 2 anni. Anche lo svantaggio sociale gioca un ruolo importante in alcuni gruppi di popolazione e ancor più preoccupa ciò che potrebbe accadere nei paesi più poveri, soprattutto in Africa per l'enorme prevalenza di malati di AIDS.

### **Gli strumenti di prevenzione e terapia**

Le attuali tecnologie per l'allestimento dei vaccini determinano alcune criticità nell'affrontare virus in continuo cambiamento come quelli influenzali o un evento improvviso come una pandemia. Per l'influenza stagionale rimane sempre – oltre all'efficacia incerta - l'incognita della sovrapposizione virale e per la pandemia i tempi stretti costringono ad autorizzazioni affrettate come quella a cui abbiamo assistito, basata sui dati di altri prodotti e studiati su piccoli numeri di bambini. Sugli adiuvanti poi avremmo bisogno di studi sulla sicurezza anche a lungo termine. Dai primi riscontri clinici, sembra che gli antivirali migliorino l'evoluzione dei casi gravi da H1N1, specie se assunti entro 48 ore. I possibili effetti collaterali rappresentano però un serio motivo di cautela per la somministrazione al di fuori delle situazioni di rischio, specialmente nei bambini (7). Forse sarebbe meglio investire maggiori risorse (non solo uno spot

televisivo) negli unici strumenti che si sono dimostrati efficaci nell'impedire la diffusione di tutti i virus respiratori: le misure igieniche e di distanza sociale che sono facilmente attuabili almeno nei paesi benestanti come il nostro.

### **Una conoscenza in divenire**

Le conoscenze sul nuovo virus sono in continuo divenire. I rapporti pubblicati finora segnalano i limiti dovuti alla fretta con cui sono state raccolte le informazioni, alla conferma di laboratorio non sempre disponibile e la conseguente sottostima o sovrastima del fenomeno, alla provenienza dei dati da ospedali selezionati su base volontaria che può costituire un bias. In tutti i paesi interessati dall'epidemia, si notano difformità nella diffusione del virus sul territorio e nella gravità della malattia. Evidentemente esistono fattori ancora non conosciuti che interagiscono con il comportamento del virus. Un recente contributo di Jefferson sul Clinical Evidence del BMJ segnala una possibile distorsione nella visione dello scenario complessivo. In alcuni rapporti dei CDC di Atlanta, si nota in effetti che i ricoveri e le morti per infezione accertata da H1N1/2009 sono una minoranza rispetto a quelli dovuti a sindromi simil-influenzali (influenza-like illness, ILI) di eziologia non nota. Quali sono le cause di questi altri eventi? Un ulteriore vuoto conoscitivo da colmare.

### **Una comunicazione difficile**

Le tante incertezze collegate alla malattia, alla sua evoluzione e alle sue possibili rare complicanze, così come all'efficacia e la sicurezza dei vaccini disponibili, rendono particolarmente impegnativa la comunicazione con le famiglie, specialmente a quelle dei bambini a rischio ai quali si offre la vaccinazione. Sarà un esercizio che metterà alla prova le nostre capacità di informare e decidere insieme, caso per caso. Per aiutare i pediatri in questo compito difficile, l'ACP mette a disposizione sul sito continui aggiornamenti accessibili a [www.acp.it](http://www.acp.it)

### **Bibliografia**

- 1) The ANZIC Influenza Investigators. Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. *New Engl J Med* 2009. Published Online October 7, 2009
- 2) Kumar A, Zarychanski R, Pinto R et al. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada. *JAMA*. published online Oct 12, 2009
- 3) Jain S, Kamimoto L, Bramley AM et al. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April–June 2009. *N Engl J Med* 2009. Published Online October 7, 2009
- 4) Domínguez-Cherit G, Lapinsky SE, Macias AE et al. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico *JAMA*. published online Oct 12, 2009
- 5) WHO. Clinical features of severe cases of pandemic influenza. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 13, 16 October 2009
- 6) ECDC Interim risk assessment. Pandemic H1N1 2009. 25 September 2009.
- 7) Jefferson T, Jones M, Doshi P et al. Possible harms of oseltamivir—a call for urgent action. *Lancet* 2009; 374: 1312-1313.