

Posizione ACP sull'influenza A/H1N1: un aggiornamento

Luisella Grandori, responsabile vaccinazioni ACP

Il nuovo virus A/H1N1 si è dimostrato finora meno aggressivo della comune influenza stagionale. Non si capisce come mai, nonostante ciò, l'OMS abbia dichiarato la pandemia, modificando i precedenti criteri della definizione*.

La bassa letalità (0,3% in Europa, 0,4% negli USA) riscontrata finora nei paesi dove l'A/H1N1 è circolato ampiamente, potrebbe essere ancora inferiore perché i casi lievi sfuggono alla sorveglianza e alcuni decessi possono essere dovuti ad altre cause concomitanti. Dai dati attualmente disponibili, risulta che i bambini si ammalano più spesso ma le complicazioni gravi e i decessi – inferiori a quelli attribuiti all'influenza stagionale - riguardano prevalentemente quelli con gravi patologie preesistenti o l'età adulta (1, 2).

I sintomi sono quelli della comune influenza (febbre, tosse, raffreddore, dolori muscolari, malessere, vomito o diarrea) che possono essere causati da molti altri virus o batteri. In 79 svedesi con sintomi influenzali, provenienti da paesi con epidemia di H1N1, sono stati isolati 13 diversi virus e 2 batteri. Solo 4 erano positivi all'H1N1 (3).

I vaccini contro il nuovo H1N1 sono in fase di sperimentazione. Nessuno è in grado oggi di sapere se e quanto saranno efficaci e sicuri. Ma per diventare aggressivo il virus dovrebbe cambiare (per mutazione? riassortimento con altri virus?), quindi i vaccini mirati al virus attuale, potrebbero non essere utili. Sulla sicurezza sia l'OMS che l'Agenzia del farmaco europea (EMA), raccomandano un'attenta sorveglianza post-marketing per rilevare eventuali effetti collaterali che potrebbero evidenziarsi con l'uso su grandi numeri, anche perché alcuni vaccini sono allestiti con tecnologie nuove. L'eccesso di casi di Guillain-Barré osservato nel 1976 dopo la vaccinazione di 40 milioni di americani contro un virus influenzale anch'esso di derivazione suina, è un esempio che induce alla cautela. Per vaccinare è indispensabile acquisire un consenso informato scritto che illustri i benefici e i rischi attesi.

Riguardo al vaccino contro l'influenza stagionale, crescono i dubbi sull'efficacia sia nei bambini che negli anziani e, sotto i 2 anni di età, è risultato del tutto inefficace. Non si vedono quindi motivi per offrirlo ai bambini sani. Oltre a tutto il CDC Europeo ci dice che per prendere una simile decisione servono informazioni basilari come l'impatto della vera influenza (numero di casi, ricoveri e morti) nelle varie età dell'infanzia. Informazioni che non abbiamo. Un recente studio australiano mostra inoltre che non vi è alcuna evidenza che il vaccino stagionale offra una protezione significativa contro il nuovo H1N1, in tutte le età (4).

* Peter Doshi riporta sul *BMJ* la definizione dell'OMS dal 2003 all'aprile 2009: “Una pandemia influenzale avviene quando compare un nuovo virus dell'influenza contro il quale la popolazione non ha nessuna immunità, che determina epidemie diffuse in tutto il mondo con un enorme numero di morti e malattia. Dopo l'arrivo dell'H1N1 (maggio 2009), scompare la condizione “con un enorme numero di morti e malattia.” “Inoltre – riferisce Doshi – [nella pandemia da A/H1N1] una parte sostanziale della popolazione può avere immunità” come risulta dai dati dei CDC. (*BMJ* 2009;339:b347)

Gli antivirali a cui l'A/H1N1 è risultato sensibile in vitro - Oseltamivir (Tamiflu) e Zanamivir (Relenza) - non sappiamo quanto siano efficaci in vivo. Non ci sono ancora studi al riguardo. Si sa però che entrambi sono poco efficaci sull'influenza stagionale e sono già state segnalate resistenze del nuovo virus all'Oseltamivir (in Danimarca, Giappone, Cina, USA). Una recente revisione conclude che gli antivirali nei bambini offrono uno scarso beneficio sulla comune influenza (diminuendo di poco la durata della malattia e la sua trasmissione ai familiari) e per l'attuale H1N1, la protezione sulle complicazioni gravi è ancora da definire (3). Inoltre non va dimenticato che gli antivirali possono dare a volte effetti collaterali importanti. Il 18% dei bambini in età scolare del Regno Unito a cui è stato somministrato l'Oseltamivir durante l'epidemia di A/H1N1, ha presentato sintomi neuropsichiatrici e il 40% sintomi gastroenterici. Vanno quindi usati solo nei casi gravi o persone in cattive condizioni di salute.

Sull'uso dei vaccini e degli antivirali, Ernesto Burgio esprime un'ulteriore perplessità: entrambi potrebbero favorire la mutazione del virus verso ceppi più aggressivi.

Cosa fare?

Andrà innanzi tutto mantenuta calma e lucidità, di fronte alle notizie allarmanti diffuse quotidianamente dai mezzi di comunicazione. Se i casi di influenza saranno più numerosi del solito o il virus dovesse diventare aggressivo, sarà importante permettere ai medici e alle strutture sanitarie di dedicarsi ai pazienti più gravi.

La chiusura delle scuole – con tutte le sue ricadute sociali - potrebbe essere presa in considerazione solo se in futuro circolasse un virus altamente aggressivo (non l'attuale A/H1N1). Ma in quel caso sarebbero anche altri i luoghi di ritrovo da chiudere.

Intanto possiamo mettere in atto da subito **le uniche misure che si sono dimostrate efficaci nell'impedire la diffusione di tutti i virus respiratori** (come l'H1N1 anche se dovesse cambiare):

- lavarsi le mani spesso e accuratamente, con acqua e sapone
- ripararsi la bocca e il naso quando si tossisce o si starnutisce (e dopo lavarsi le mani)
- evitare di toccarsi occhi, naso e bocca, facili vie di entrata dei virus
- stare a casa quando si hanno sintomi di influenza
- evitare i luoghi affollati quando i casi di malattia sono molto numerosi

L'uso della mascherina è risultato efficace negli ambienti di assistenza sanitaria, mentre per altre circostanze l'efficacia non è stata stabilita.

Bibliografia:

- 1) CDC. Surveillance for Pediatric Deaths Associated with 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Infection — United States, April–August 2009. MMWR 2009; 58: 941-947.
- 2) NSW-Health (Australia). Weekly Influenza Epidemiology Report. 29 July 2009.
- 3) Follin P, Lindqvist A, Nyström K et al. A variety of respiratory viruses found in symptomatic travellers returning from countries with ongoing spread of the new influenza A(H1N1)v virus strain. Euro Surveill. 2009;14(24).
- 4) Kelly H, Grant K. Interim analysis of pandemic influenza (H1N1) 2009 in Australia: surveillance trends, age of infection and effectiveness of seasonal vaccination. Euro Surveill. 2009;14(31).
- 3) Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C et al. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2009;339:b3172