

Il morbillo



Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce) – Gruppo ACP prevenzione malattie infettive

Il morbillo è una delle poche malattie teoricamente eradicabile con la vaccinazione, ma da qualche anno le coperture vaccinali hanno subito prima un ristagno e poi addirittura un calo.

La “fiammata” epidemica registrata a inizio 2017 ha indotto l’ISS a istituire un Sistema di sorveglianza integrata per morbillo e rosolia.

L’aggiornamento dell’11 aprile 2017 conferma la notifica di quasi 1500 casi da inizio anno, ben più che in tutto l’anno precedente.

Circa il 90% dei casi si è verificato in soggetti non vaccinati (il che conferma l’efficacia della vaccinazione); circa il 40% di questi casi è stato ricoverato, testimoniando che non si tratta di quella malattia di scarsa rilevanza di cui troppo spesso si favoleggia; circa il 75% dei casi si è verificato in soggetti > 15 anni per cui il morbillo non può essere più definito una malattia dell’infanzia!! Come al solito moltissime sono state le complicanze, anche gravi: dalla diarrea alla polmonite, dalla otite alla cheratocongiuntivite, dall’epatite all’insufficienza respiratoria, alla trombocitopenia e alla immane encefalite [1].

Per ora non sono segnalati decessi, come invece è successo in Svizzera [2] e in Germania [3] per non parlare della Romania, dove i decessi confermati sono stati ben 16 [4].

La peculiarità che rende particolarmente pericoloso il morbillo è la sua altissima contagiosità: si calcola che il R0 (*basic reproduction number*) vari tra 14 e 18; significa che, in un contesto privo di soggetti vaccinati, si sviluppano 14-18 casi secondari per contatto col caso primario [5].

Nel contesto reale di popolazione in gran parte vaccinata (come nel caso dei focolai epidemici sviluppati in Italia tra il 2008 e il 2011), il R0 è stato invece di 6,1 [6].

Quando il 10% della popolazione non è immunizzato si può determinare un focolaio epidemico [5].

La diagnosi di morbillo si basa sulla triade: febbre, rash generalizzato non vescicolare e almeno uno tra i seguenti sintomi: tosse, corizza, congiuntivite. Patognomiche ma non sempre presenti le macchie di Koplik. La conferma laboratoristica prevede la ri-

cerca delle IgM specifiche (da effettuare nel periodo 3-28 giorni dall’inizio del rash); l’esame ha alta sensibilità e specificità.

Poco usata la coltura, mentre la PCR ha anche la capacità di individuare il genotipo, fornendo indicazioni utili per il controllo delle epidemie.

Non esiste un trattamento antivirale specifico ma in base a una revisione sistematica Cochrane l’OMS e la AAP raccomandano nei casi di morbillo un trattamento con vitamina A, almeno nelle forme gravi [7].

Altra caratteristica del morbillo è la capacità di deprimere, a volte anche per diversi anni, la risposta immunitaria; ciò rende ragione delle frequentissime complicanze, fra cui una delle più temibili è l’encefalite, che può verificarsi in forme differenti:

- 1 encefalomielite postinfettiva su base autoimmunitaria: si verifica circa una settimana dopo il rash, associata a demielinizzazione; raramente si riscontra il virus nel cervello;
- 2 encefalite acuta, distanziata di alcune settimane o mesi dal contatto: si verifica in genere in soggetti immunodepressi, a volte senza anamnesi di rash febbrile;
- 3 PESS o PanEncefalite Sclerosante Subacuta, complicanza tardiva (da 7 a 20-30 anni dopo la malattia) e mortale. I casi sono quasi scomparsi con la vaccinazione al 90%; l’autopsia dimostrava riscontro del virus selvaggio nel cervello anche nei casi con anamnesi di malattia negativa.

La sorveglianza britannica dimostra come l’introduzione della vaccinazione corredi di-

rettamente con la riduzione del numero di casi di morbillo e di conseguenza dei decessi.

Prima del vaccino si contavano da 160.000 a 800.000 casi/anno con 100 decessi/anno in media.

Negli anni con bassa copertura i casi sono scesi tra 50.000 e 100.000/anno con ancora 13 decessi/anno in media.

I decessi hanno riguardato soprattutto soggetti immunodepressi o già portatori di altre malattie croniche, ma merita di essere segnalato il fatto che tra il 1970 e il 1983 la metà dei decessi si sono verificati in bambini non vaccinati fino a quel momento apparentemente sani [8].

I CDC stimano una letalità dello 0,2% negli USA.

La principale causa di morte è la polmonite, seguita dalla encefalite e dalla PESS [9].

La **Tabella 1** riporta una stima che compara gli effetti avversi da morbillo rispetto agli effetti avversi da vaccino [10].

Fatta questa analisi, è doveroso fare una riflessione: il 10% dei casi notificati in Italia nel 2017 è a carico di operatori sanitari [1].

Non è solo una questione di coerenza e di buon esempio; si tratta di vero e proprio malcostume perché l’operatore non vaccinato che si contagia, sarà a sua volta l’“untore” magari a carico del soggetto fragile e più esposto alla complicanza grave.

È inaccettabile che continui a succedere!

✉ roscavallo58@gmail.com

Bibliografia consultabile online.

TABELLA 1. Tratta da “Measle and measles vaccination, JAMA Pediatrics”

1 milione di bambini affetti da morbillo	1 milione di bambini vaccinati
50.000 bambini con polmonite	999.996 bambini senza eventi avversi gravi
80.000 bambini con diarrea	33 casi di trombocitopenia transitoria
70.000 bambini con otite	1 reazione allergica grave
1000-3000 bambini con encefalite acuta	0,2 casi di encefalite non correlabile con certezza
1000 bambini con encefalite postinfettiva	
110 bambini con PESS	
2000 decessi	

Bibliografia

1. http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/bollettino/Measles_WeeklyReport_N3.pdf
2. <http://www.tio.ch/News/Svizzera/Cronaca/1137246/Muore-a-causa-del-morbillo>
3. http://www.ansa.it/salute/ebenessere/notizie/rubriche/medicina/2015/02/27/epidemia-di-morbillo-a-berlino-tenere-neonati-a-casa_8c6303c6-a10d-48fd-ba91-ad4ca51fea35.html
4. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/27-02-2017-RRA-Measles-Romania,%20European%20Union%20countries.pdf>
5. Moss WJ, Griffin DE. Measles. *Lancet*. 2012;379 (9811):153-164.
6. http://www.iss.it/binary/pres/cont/Analisi_situazione_morbillo_in_Italia_ISS_2016.pdf
7. Measles vaccines: WHO position paper, Weekly epidemiological record 28 august 2009, 84th year / 28 août 2009, 84e année No. 35, 2009, 84, 349–360
<http://www.who.int/wer>
8. Green-Book-Chapter-21-v2_0%20(2).pdf
9. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine preventable diseases: measles.
<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/meas.html>. Updated July 24, 2015. Accessed March 29, 2016.
10. Measles and Measles Vaccination A Review Johan Christiaan Bester, MBChB, MPhil *JAMA Pediatr*. doi:[10.1001/jamapediatrics.2016.1787](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1787)