



Una finestra sul mondo



REGIONE DEL VENETO

Centro di riferimento regionale
vaccinazioni internazionali

Responsabile:

Dott. Massimo Valsecchi

Redazione:

D.ssa Giuseppina Napoletano
giuseppina.napoletano@ulss20.verona.it

Dott. Federico Gobbi
federico.gobbi@sacrocuore.it

Dott.ssa Emma Conti
econti@ulss20.verona.it

Dott.ssa Chiara Postiglione
chiara.postiglione@ulss20.verona.it

Recapiti:

tel. 045 8075918 – 5956
tel. 045 601 3563

Le newsletter e gli aggiornamenti in epidemiologia sono reperibili nel sito della Regione del Veneto al seguente indirizzo:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Stili+di+vit+a+e+salute/Malattie+viaggiatori+internazionali/Newsletter.htm>

Nel sito del Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 all'indirizzo:

<http://prevenzione.ulss20.verona.it/viagnew.html>

Supporto tecnico:
Lucrezia Tognon
Andrea Comin

NEWSLETTER

N. 3 - 2013

EPATITE A

Casi in Europa nel 2013

Il primo marzo 2013 il Ministero della Salute della Danimarca ha segnalato un aumento dei casi di epatite A in soggetti "non viaggiatori". Questa insolita situazione ha allarmato gli stati del nord Europa, una delle regioni del mondo in cui c'è la più bassa concentrazione di questa malattia, per cui è stata attivata un'indagine retrospettiva in Danimarca, Finlandia, Norvegia e Svezia. In questo modo sono stati individuati, tra il primo ottobre 2012 e l'otto aprile 2013, 56 casi di epatite A in persone che non avevano viaggiato e, di questi, 16 erano stati infettati da un virus che presentava la stessa sequenza genomica: dunque la fonte dell'infezione era la stessa, verosimilmente un alimento importato. Da indagini epidemiologiche eseguite tra i pazienti, è risultato essere comune a tutti i casi il consumo di frutti di bosco congelati (fig. 1), anche se, dai primi accertamenti, non è stato isolato il virus.

A maggio 2013, tramite il Sistema di Epidemic Intelligence di informazione per le malattie trasmesse da alimenti e acqua (Epi-Flow) e il Sistema di allerta rapida della Commissione europea (Ewrs), il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno ricevuto la segnalazione di 15 casi di Epatite A in soggetti residenti in Germania, Olanda e Polonia che avevano soggiornato nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, in un periodo compatibile con l'incubazione della malattia.

L'indagine epidemiologica preliminare indirizzava i sospetti verso i "frutti di bosco surgelati", in quanto consumati da tutti i soggetti coinvolti nel corso della loro permanenza nelle zone suddette.

Il 19 giugno 2013, sempre tramite le piattaforme EPIS ed EWRS, è pervenuta la segnalazione, anche da parte dell'Irlanda, di tre casi di epatite A in cittadini irlandesi che non avevano storia di viaggio in Italia e avevano consumato frutti di bosco surgelati nel periodo di incubazione. Tutti e tre i casi presentavano una sequenza genomica identica a quella isolata nei precedenti casi europei e dal campione di frutti di bosco surgelati analizzato in Italia, risultato positivo.

Nei mesi precedenti era stato identificato un altro cluster di epatite A in viaggiatori provenienti dall'Egitto, in cui la sequenza virale riscontrata era molto simile a quella dei casi dell'Europa del nord.

Fig. 1 Torta ai frutti di bosco, come quelli congelati, fonte di infezione nei focolai europei di epatite A.



... e in Italia

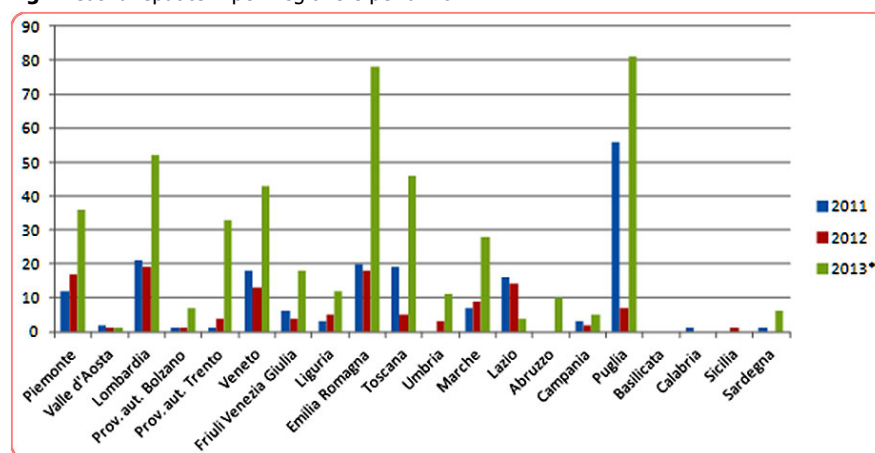
Anche in Italia, negli ultimi mesi, si è verificato un aumento dei casi di epatite A, secondo quanto riportato dal sito Epicentro dell'Istituto Superiore di Sanità tramite il sistema di sorveglianza Seieva (Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta).

Il notevole aumento di casi si è osservato tra settembre 2012 ed aprile 2013: complessivamente, in questo arco di tempo, il Seieva ha registrato 417 casi di epatite acuta A, rispetto ai 167 casi notificati nel corrispondente periodo dell'anno precedente.

Nelle 16 regioni che hanno trasmesso dati aggiornati al 20 maggio 2013, risulta un incremento delle notifiche di Epatite A pari al 70% nel periodo marzo-maggio 2013 rispetto allo stesso periodo del 2012.

Nella figura 2 sono rappresentati i casi per regione degli ultimi 3 anni.

Fig. 2 Casi di epatite A per Regione e per anno.



*dati provvisori, fino a giugno 2013

Dal primo gennaio al 30 giugno 2013 sono stati segnalati al Seieva, 471 casi di epatite A, rispetto ad una media di 190 casi notificati nello stesso periodo nei 2 anni precedenti. I dati evidenziano che questo aumento è concentrato in 7 Regioni del nord Italia, nelle quali si registra il 58% dei casi segnalati: P.A. di Trento e Bolzano, Emilia-Romagna, Lombardia, Friuli Venezia-Giulia, Piemonte e Veneto. Un incremento importante è stato registrato anche in Puglia.

I casi notificati tra il 23 maggio e l'11 luglio sono invece riassunti nella tabella 1.

Tabella 1 Casi di Epatite A notificati dal 23 maggio all'11 luglio 2013 per Regione.

Regione	Numero di segnalazioni
Piemonte	22
Valle d'Aosta	1
Lombardia	47
P. A. Bolzano	4
P. A. Trento	10
Veneto	20
Friuli Venezia Giulia	5
Liguria	4
Emilia Romagna	16
Toscana	15
Umbria	5
Marche	9
Lazio	3
Abruzzo	4
Molise	0
Campania	0
Puglia	40
Basilicata	0
Calabria	0
Sicilia	1
Sardegna	0
Totale	206

Il 17 agosto 2013, inoltre, sono stati segnalati 2 casi di epatite A nell'Ulss 20 di Verona, in persone che avevano partecipato a un pranzo tra amici, circa 1 mese prima, e avevano mangiato un dolce preparato con frutti di bosco congelati.

La Circolare Ministeriale del 23/05/2013 ha sottolineato l'importanza di raccogliere dati sui fattori di rischio ai quali sono stati esposti i casi, in particolare su:

- consumo di frutti di mare crudi o poco cotti (fig. 3);
- consumo di frutti di bosco surgelati o prodotti guarniti con gli stessi;
- consumo di acqua non potabile, storia di viaggi in aree a rischio, storia di contatti stretti con casi di malattia.

Fig. 3 I frutti di mare consumati poco cotti sono un alimento a rischio, se pescati in acque contaminate.



A seguito di questo evento epidemico è stato messo a punto, da parte dell'ISS (CNESPS), in collaborazione con alcune regioni interessate, uno studio analitico, caso-controllo, in alcune regioni italiane e Province Autonome (Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Puglia).

I dati preliminari della P.A di Trento evidenziano che il consumo di frutti di bosco surgelati è il fattore di rischio maggiormente associato alla malattia rispetto a tutti quelli indagati.

Sono risultati contaminati dal virus dell'epatite A 4 diversi campioni di frutti di bosco surgelati corrispondenti ad altrettanti prodotti mix a base di ribes rossi, mirtilli neri, more e lamponi (fig. 4). In seguito al riscontro di positività, i lotti positivi e quelli relativi alle materie prime, sono stati sottoposti a sequestro presso le ditte produttrici.

Fig. 4 Mix di frutti di bosco.



Il trend degli ultimi anni in Europa

Facendo una rapida retrospettiva possiamo dire che il tasso di notifica dell'epatite A in Europa, negli ultimi 15 anni, ha subito una notevole riduzione: da 14 casi su 100.000 abitanti nel 1998, a 2,6 su 100.000 abitanti nel 2010. Questa situazione rispecchia il miglioramento delle condizioni igieniche e di sanificazione delle acque. Il più alto tasso di notifica, in Europa, si ha tra ragazzi di età < 15 anni e, di solito, segue un picco stagionale con aumento in autunno, il che può essere imputato al ritorno da vacanze in Paesi endemici.

L'epatite A in Europa non è endemica da diversi decenni, questo fa sì che la popolazione più giovane sia maggiormente esposta in quanto, non avendo avuto contatto con il virus, non ha sviluppato immunità.

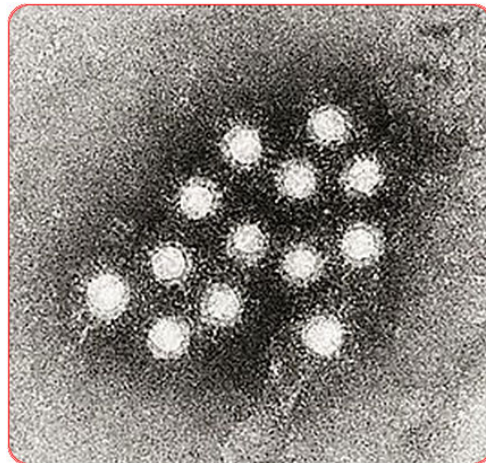
Uno studio pubblicato nel 2012 che mette a confronto la sieroprevalenza per epatite A in 10 Paesi europei, tra cui l'Italia, ha mostrato che la suscettibilità alla malattia è molto elevata tra i bambini e i giovani adulti in tutti i Paesi esaminati. Emerge, infatti, che più dell'80% delle persone, al di sotto dei 30 anni, è suscettibile in Italia, Belgio, Inghilterra, Germania e Slovacchia, e più dell'80% delle persone, al di sotto dei 50 anni, è suscettibile in Finlandia.

LA MALATTIA

Il virus

L'agente causale dell'epatite A è un piccolo virus epatotropo a RNA, privo di rivestimento esterno, appartenente al genere Hepatovirus, della famiglia dei Picornaviridae (fig. 5).

Fig. 5 Il virus dell'epatite A.

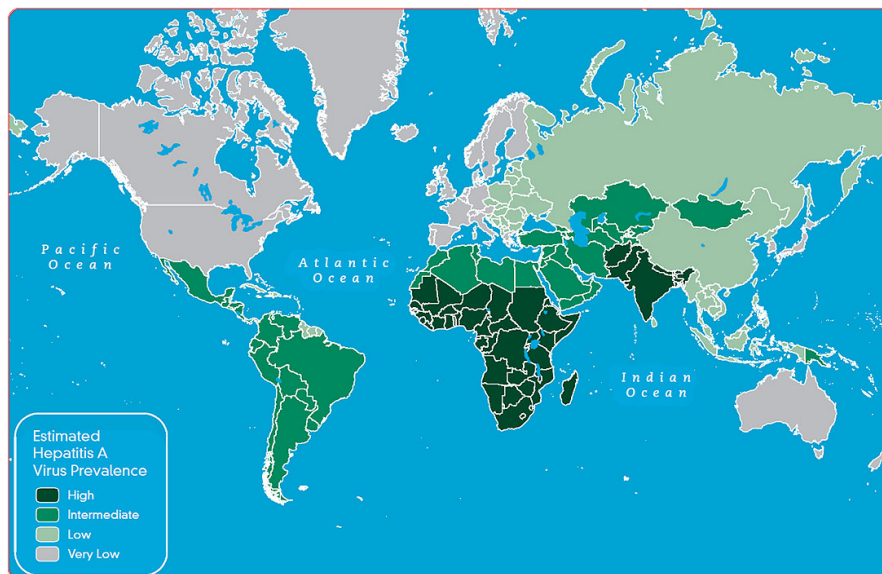


Esistono 6 genotipi, da I a VI; i genotipi I, II e III, suddivisi a loro volta in sottotipi A e B, possono infettare l'uomo. Il genotipo I è il più diffuso in tutto il mondo, in particolare il sottotipo IA; il sottotipo IIIA è prevalente in Asia Centrale. Nei Paesi a bassa endemia di solito predomina il sottotipo IA, ma possono esserci tutti i sottotipi.

Epidemiologia

Nel mondo distinguiamo aree geografiche ad alta endemia di epatite A, aree ad endemia intermedia e aree a bassa endemia (mappa fig. 6). L'endemia viene valutata sulla base della sieroprevalenza, cioè quale percentuale della popolazione ha IgG positive per epatite A, ed è correlata alle condizioni igieniche e sanitarie di ogni area.

L'epatite A è comune nei Paesi in via di sviluppo, dove l'infezione viene frequentemente acquisita durante l'infanzia, quando spesso è asintomatica; in questo modo si ha una popolazione di adulti per lo più immunizzata e le epidemie sono rare. Nei Paesi sviluppati l'infezione è meno comune, ma possono verificarsi focolai epidemici.

Fig. 6 Prevalenza stimata del virus dell'epatite A (dal sito del CDC).

L'epatite A è una delle più comuni infezioni, legate ai viaggi, prevenibile con il vaccino. Il rischio di contrarre la malattia in viaggio è correlato alle condizioni di vita del Paese visitato, durata del soggiorno e incidenza di epatite A nel luogo visitato. Maggiormente a rischio sono i viaggi in aree rurali, ma ci sono comunque casi di infezione contratta da viaggiatori che effettuavano itinerari turistici "standard".

L'infezione è trasmessa da persona a persona per via feco-orale (conviventi, partner sessuali, in ambienti ospedalieri o scolastici). Il virus si trova nelle feci 1-2 settimane prima della comparsa dei sintomi.

Le epidemie causate da fonti comuni sono state messe in relazione all'uso di acqua o cibi contaminati, anche di cibi poco cotti o manipolati dopo la cottura da persone infette.

Alcune epidemie negli USA e in Europa sono state messe in relazione all'uso di droghe iniettive e non. Sono segnalati casi di trasmissione del virus attraverso trasfusioni di sangue o di fattori della coagulazione, da donatori che avevano effettuato la donazione nel periodo di incubazione.

Il virus è molto resistente nell'ambiente e sopravvive a molti metodi usati per la conservazione nell'industria alimentare, tipo acidificazione o congelamento, per questo, quando si individuano alcuni casi, bisognerebbe sempre ricercare una possibile fonte alimentare.

Clinica

La malattia, come già accennato, è spesso asintomatica nei bambini, soprattutto in quelli con meno di 5 anni di età. Il periodo di incubazione è in media di 28-30 giorni (con un range di 15-50). Negli adulti la sintomatologia inizia bruscamente con febbre, malessere e dolori addominali; l'ittero è il segno predominante. Il periodo di maggiore contagiosità va da 2 settimane prima fino ad una settimana dopo l'inizio dei sintomi.

I sintomi possono persistere per un periodo che varia da 2 settimane a diversi mesi. Nel 15% dei casi si assiste ad una malattia prolungata o con ripresa dei sintomi per circa un anno, ma l'infezione non cronicizza mai. La malattia conferisce immunità per tutta la vita.

La mortalità in caso di epatite A è molto bassa (0.1-0.3%), ma può essere più elevata se contratta da persone con più di 50 anni, o che hanno, di base, una patologia cronica del fegato (1,8%).

Diagnosi

La presenza di IgM anti HAV nel sangue permette di fare diagnosi di malattia acuta o recente. Se i test di laboratorio non sono disponibili, le evidenze epidemiologiche possono essere di supporto alla clinica per porre diagnosi.

Il virus HAV RNA può essere riscontrato nel sangue e nelle feci di molti pazienti nella fase acuta dell'infezione, ma tale indagine di solito non è praticata.

Trattamento

Non esiste alcuna terapia specifica per i pazienti con epatite A, ma solo terapia di supporto.

PREVENZIONE

Il vaccino

È disponibile un vaccino costituito da virus inattivato e somministrato per via intramuscolare nel muscolo deltoide; determina una protezione già dopo 14-21 giorni dalla somministrazione. Sono necessarie due dosi di vaccino per ottenere una protezione duratura.

Le dosi devono essere somministrate ad almeno 6 mesi di distanza l'una dall'altra (in genere l'intervallo consigliato tra le 2 dosi è tra i 6 e i 12 mesi, ma può essere esteso fino a 4-5 anni).

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia e la sicurezza di questo vaccino. Non ci sono controindicazioni per la somministrazione se non gravi reazioni allergiche ad una precedente dose; può essere somministrato insieme ai vaccini di routine per i bambini o per i viaggiatori.

La vaccinazione può essere effettuata a partire da 1 anno di età ed è indicata per chi viaggia, per turismo o lavoro, in paesi con prevalenza elevata o intermedia di epatite A: Sud America, Messico, Asia (escluso il Giappone), Africa ed Europa centro-orientale.

È preferibile effettuare la vaccinazione qualche settimana prima del viaggio.

È inoltre consigliata alle persone affette da malattia epatica cronica, a chi vive in comunità dove si sono verificati focolai di epatite A, o ai soggetti ad elevato rischio di infezione (omosessuali, tossicodipendenti, addetti allo smaltimento dei rifiuti, emofilici).

La vaccinazione si è dimostrata efficace nel prevenire l'infezione se effettuata entro 8 giorni dall'esposizione (dalla comparsa dei sintomi nel caso indice).

Norme comportamentali

Alimenti veicolo di infezione possono essere: acqua, pesce pescato in acqua contaminata, verdura cruda, frutta fresca o congelata. Far bollire o cuocere cibi e bevande per qualche minuto a 85°-90° C inattiva il virus dell'epatite A.

Alimenti e bevande così trattati non possono fungere da veicolo del virus a meno che non vengano contaminati dopo la cottura. Anche un'adeguata clorazione dell'acqua può inattivare il virus.

Bibliografia e siti utili

1. European Centre for Disease Prevention and Control, Hepatitis A virus infection in four Nordic countries, 15 April 2013
2. Kurkela S. et al. Comparative hepatitis A seroepidemiology in 10 European countries *Epidemiol. Infect.* (2012), 140, 2172–2181.
3. Weekly epidemiological record (WHO) 13 July 2012, 87th year No. 28-29, 2012, 87, 261–276 (<http://www.who.int/wer>)
4. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/epatite/Hav2013.asp>
5. <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hepa/>
6. <http://www.cdc.gov/travel>
7. <http://www.cdc.gov/hepatitis/HAV/HAVfaq.htm#protection>
8. D. L. Heymann M.D. Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili. Rapporto ufficiale dell'American Public Health Association. 18° edizione