

VACCINAZIONE ANTIROSOLIA NEL POSTPARTUM

Il ruolo del pediatra

¹A. GUALA, ²R. PAOLETTI, ¹L. GIULIATO, ¹G. LICARDI, ¹M. PERETTI, ³E. LIVERANI, ⁴E. NOÈ, ⁵A.C. CIGIOTTI,
⁶P. CARNEVALE, ¹G. PERINOTTO

¹Divisione Pediatrica e ⁶Ginecologica, Ospedale di Vigevano; ²Divisione Ginecologica, Ospedale di Borgosesia

³Divisione Pediatrica, Ospedale di Casale Monferrato; ⁴Nido Neonatale, Ospedale di Mede

⁵Clinica Pediatrica dell'Università, Ospedale di Novara

RUBELLA VACCINE IN PUERPERAE (M&B 4, 255-256, 1997)

Key words

Rubella, Rubella vaccine, Rubella embryopathy

Summary

Rubella vaccine is an effective intervention for primary prevention of handicap. The Authors report their experience concerning a vaccination programme of receptive puerperae in five obstetric departments of Northern Italy.

2850 puerperae entered the study and were tested for rubella antibodies; 220 of them (7,7 %) were negative for Rubella antibodies; 163 women (74 %) received Rubella vaccine, while 57 refused.

The Authors conclude that the vaccination of receptive puerperae could be an easy and effective intervention to reduce the risk of Rubella embryopathy in subsequent pregnancies.

L'obiettivo primario della vaccinazione antirosolia è la prevenzione dell'embriopatia rubeolica. In Italia ogni anno sono notificati all'ISTAT tra i 50 e i 100 nuovi casi di sindrome da rosolia congenita, ma è probabile che i casi veramente verificatisi siano più numerosi¹.

Al fine di conoscere lo stato di immunità per la rosolia nelle donne in età fertile, abbiamo effettuato uno studio su 2850 puerpere che hanno partorito nel 1995 in 5 ospedali del Piemonte e della Lombardia; abbiamo poi proposto alle donne recettive l'esecuzione della vaccinazione antirosolia nel corso della degenza ospedaliera, effettuandola gratuitamente in quelle che l'accettavano e cercando di comprendere le motivazioni in quelle che la rifiutavano.

Materiali e metodi

Dal 1° gennaio al 31 dicembre 1995 sono state valutate le 2850 donne che hanno parto

negli Ospedali di Vigevano, Mede, Borgosesia, Casale Monferrato e Novara; le donne extracomunitarie erano 176 (6,1% del totale).

Il pediatra addetto al Nido ha esaminato per ciascuna puerpera gli esami sierologici eseguiti nel corso della gravidanza, che indagavano l'eventuale contatto con il virus della rosolia; se non eseguiti, ne disponeva l'espletamento nel primo giorno utile del postpartum: 220 donne (il 7,7% del totale) non erano immuni, e tra queste, 18 erano extracomunitarie (10,2% su 17).

La distribuzione per classi di età e per parità è riportata nelle *Table I e II*.

A tutte le puerpere recettive è stata offerta la vaccinazione gratuita contro la rosolia, da eseguirsi in uno dei giorni di degenza nel Reparto di Ostetricia.

Il virus vaccino utilizzato è stato il ceppo RA27/3 (Gunevax, della Biocine); il costo unitario complessivo della vaccinazione è stato di circa 5000 lire; 163 puerpere (il 74% delle recettive) hanno accettato di essere vaccinate; 15 di queste erano extracomunitarie (su 18 extracomunitarie recettive, pari all'83%), 57

PREVALENZA DI PUERPERE SIERONEGATIVE PER CLASSI DI ETÀ

Classe di età	N. puerpere	N. puerpere sieronegative
<20 aa.	143	6 (4,1%)
20-30 aa.	1283	151 (11,7%)
> 30 aa.	1424	63 (4,4%)

Tabella I

DISTRIBUZIONE PER PARITÀ
DELLE PUERPERE
SIERONEGATIVE

Primipare	108	(49%)
Secondipare	95	(43,3%)
Multipare	17	(7,7%)

Tabella II

MOTIVAZIONI DEL RIFIUTO A
VACCINARSI IN 57 PUERPERE

<input type="checkbox"/> Non voglio avere altre gravidanze	32
<input type="checkbox"/> Lo farò quando deciderò di avere un altro figlio	11
<input type="checkbox"/> Non sono d'accordo sulle vaccinazioni in generale	3
<input type="checkbox"/> Lo farò a casa, dopo la dimissione	11

Tabella III

non hanno accettato il vaccino (di cui 3 extracomunitarie). Le motivazioni sono riportate in Tabella III.

A tutte le donne vaccinate è stato consigliato di non iniziare una gravidanza nei mesi successivi e quindi contattare il proprio ginecologo per ricevere i consigli del caso.

Discussione

In Italia è in corso da diversi anni un programma di vaccinazione contro la rosolia, indirizzato alle bambine prepuberi, con l'obiettivo primario della prevenzione dell'embriopatia rubeolica; inoltre da cinque anni il programma vaccinale è stato integrato, in alcune regioni, dalla vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia, somministrata al 15° mese. Ciononostante la copertura vaccinale delle donne in età fertile è piuttosto bassa con una forte variabilità locale, alla quale è forse da ascrivere la strana distribuzione geografica dei casi di rosolia congenita².

Dati epidemiologici recenti dimostrano una prevalenza di donne fertili suscettibili alla rosolia, variabile tra il 9% di Como³, il 10% di Ancona⁴, il 13,6% in Liguria⁵ e il 15% di Genova. I nostri dati, che coprono un'area del Piemonte nord-orientale e il sud-ovest della Lombardia, confermano le informazioni precedenti, con una prevalenza del 7,7%.

Tutte queste donne, a rischio di embriopatia rubeolica e che possono essere considerate "occasioni perse" per la copertura vaccinale, potrebbero essere protette mediante la somministrazione

di vaccino antirosolia nel postpartum, prima della dimissione ospedaliera. Questa metodica è ormai ben collaudata e addirittura rientra tra le "indicazioni alla vaccinazione" nel *Red Book*, edito dall'Accademia Americana di Pediatria⁷.

La vaccinazione è molto efficace: la sieroconversione è superiore al 95% e la persistenza di livelli anticorpali protettivi per almeno 20 anni è del 90%⁸. Poiché il virus attenuato contenuto nel vaccino non è infettante, l'allattamento al seno non è controindicato; anche la somministrazione di immunoglobuline anti-Rho (o altri emoderivati) non ne pregiudica l'efficacia, ma si consiglia solamente di controllare l'avvenuto viraggio anticorpale dopo 6-8 settimane; essendo il vaccino un virus vivo attenuato, è consigliabile non iniziare gravidanze nei mesi successivi. In Inghilterra la prevalenza delle donne in età fertile suscettibili al virus rubeolico è del 3% circa⁹; ciononostante sono in atto campagne vaccinali ospedaliere nel postpartum¹⁰, soprattutto perché il 45% delle donne sieronegative è proveniente da minoranze etniche extracomunitarie e quindi probabilmente "perse" nei futuri contatti con il Servizio Sanitario. Un dato molto importante, inoltre, è che il 38% dei casi di rosolia congenita (dati USA¹¹) ha colpito seconde gravidanze o pluripare, cosa che avrebbe potuto essere evitata se fosse stato offerto il vaccino nel postpartum della prima gravidanza. I dati ottenuti nella nostra realtà (il 7,7% di puerpere non immuni, il 10,2% di puerpere non immuni extracomunitarie e, nella metà dei casi, secondipare o multipare) ci inducono a caldeggiare l'offerta vaccinale nel postpartum, soprattutto per il favorevole rapporto costi/benefici. Il pediatra del Nido, a nostro avviso, si trova in una posizione privilegiata per poter recuperare quelle "occasioni fino ad ora mancate" di vaccinazione contro la rosolia: infatti di regola controlla la sierologia TORCH nelle puerpere e, per propria formazione culturale, è convinto del vantaggio di una copertura vaccinale la più estesa possibile. Ha ragione Stockman¹² che dice che «se siamo consapevoli dei notevoli benefici delle vaccinazioni, dobbiamo garantire che esse non restino nelle confezioni, ma siano somministrate ai bambini (e alle madri) che ne hanno bisogno, approfittando di ogni occasione». Un po' di preoccupazione desta la quota di puerpere che non hanno accettato il vaccino. La sensazione è che in un momento di particolare labilità emotiva, quale il puerperio, la donna tenda a sot-

tovalutare decisioni che non riguardino il neonato attuale e che perfino l'offerta attiva diventi poco efficace se non trova da parte di tutti (ostetrici, pediatri, responsabili della salute pubblica) un atteggiamento favorevole "senza riserve".

Conclusioni

La nostra esperienza dimostra che è possibile ridurre sensibilmente il rischio di una infezione primaria rubeolica in una successiva gravidanza attraverso un semplice ed economico programma di vaccinazione delle puerpere recettive subito dopo il parto. È probabile che, attraverso un'adeguata sensibilizzazione da parte degli ostetrici, già durante la gravidanza sia possibile pervenire a un successo quasi totale della vaccinazione preventiva.

Bibliografia

- Bartolozzi G: Una nuova strategia per vaccinare contro la rosolia. *Medico e Bambino* 2, 41-42, 1995.
- Editoriale: Rosolia, una bomba ad orologeria. *Vaccinazione* 2000 4, 20-21, 1992.
- Murgia S, Bonifacino G, Caccamo ML: Vaccinazione antirosolia nel postpartum: risultati preliminari e presentazione di un protocollo di intervento. Atti 9° Convegno Lombardo SIN, pag. 89, 2-3 febb. 1996, Bergamo.
- Giacomucci G, Orecchioni F, Savini S: Infezione rubeolica nelle donne in età fertile nel Comune di Falconara Marittima (AN). *Vaccinazione* 2000 30, 8-9, 1994.
- Giambartolomei G, Pendlola F, Beluschi C, Marrè V et al: Epidemiologia delle principali infezioni a trasmissione materno-fetale: risultati preliminari. Atti 51° Congresso Nazionale SIP. Bologna, 21-24 settembre 1995.
- Crovari P, Igari Canu G, Gabutti G: Rosolia e parotite: epidemiologia e prevenzione. *Tecnica Sanitaria* 28, 401-417, 1990.
- American Academy of Pediatrics: *Red Book Rosolia: Indicazioni e controindicazioni alla vaccinazione*, pag. 401, 2° ed ita, CIS editore, Milano 1995.
- O'Shea S, Woodward S, Best SM, Holzel H, Dudgeon JA: Rubella vaccination: persistence of antibodies for 10-21 years. *Lancet* ii, 909-911, 1988.
- Anonymous: Congenital rubella - 50 years on. *Lancet* 337, 668, 1991.
- Lawman S, Morton K, Best JM: Reasons for rubella susceptibility among pregnant women. *J Royal Soc Med* 87, 263-264, 1994.
- Remington JS, Klein JO: Rubella, Vaccination recommendations. In: *Infectious diseases of the fetus and newborn infants*. 4° ed, pag. 298, WB Saunders Company, Philadelphia, 1995.
- Stockman JA: Malattie infettive ed immunologia, pag 35, *Year Book-Pediatrics*, CIS ed, Milano, 1994.