

IL VACCINO PER LA VARICELLA

Varicella vaccine update. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Pediatrics 200;105:136

Il vaccino per la varicella (*Varivax*, Merck & Comp.) è stato registrato negli Stati Uniti nel 1995. Il vaccino è stato approvato e raccomandato dall'Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP); ma la copertura vaccinale nei bambini dai 19 ai 35 mesi non supera il 34%. Una recente raccomandazione della ACIP raccomanda che per l'iscrizione a scuola sia necessario un certificato medico riguardante l'avvenuta infezione, la vaccinazione, oppure la dimostrazione sierologica di immunità. Gli obiettivi "Healthy People 2010" prevedono una copertura del 95% all'ingresso nella scuola.

Il vaccino per la varicella è efficace. Lo studio pre-registrazione ha dimostrato una protezione tra il 70% e il 90% nei riguardi della malattia e del 95% nei riguardi della malattia severa. Questo studio è stato confermato da recentissime ricerche post-registrazione. Una varicella di rottura ("Breakthrough Disease") lieve, con meno di 50 elementi, con poca febbre, breve, si verifica nell'1-4% dei vaccinati per anno. L'efficacia protettiva si mantiene per almeno 11 anni, ed è probabile che persista tutta la vita.

Si calcola che, se la copertura non arriva al 90%, ci sarà l'effetto indesiderato di una coorte di adulti sieronegativi, dunque non protetti, con la probabilità di una varicella molto più grave. Anche la vaccinazione post-esposizione dà una protezione del 90%, se effettuata entro 3-5 gg dall'esposizione, e comunque riduce la gravità della malattia e non dà luogo a effetti indesiderati; è dunque raccomandata.

Almeno 3 studi sul rapporto costi/benefici della vaccinazione, sia negli USA che in Germania, hanno dimostrato un risparmio netto di un centinaio di dollari per bambino vaccinato.

Non tutti i soggetti adolescenti o adulti sieropositivi hanno avuto o ricordano di avere avuto una varicella clinica. Per gli adulti che non ricordano di aver superato la varicella si può ricorrere a un test sierologico, o addirittura vaccinare senza altri riscontri, poiché la vaccinazione in persona già immunizzata non dà luogo a effetti collaterali significativi.

Ugualmente, e a maggior ragione, andrebbero vaccinate le persone, insegnanti, infermieri, medici, maestre d'asilo, che abbiano a che fare coi bambini, che non abbiano superato la malattia, e che siano sieronegativi. Se, come è possibile, nel corso delle 6 settimane che seguono la vaccinazione, compare un rash varicelloso, attorno alla sede dell'infezione o generalizzato, costituito da pochi elementi. Questo rash è potenzialmente contagioso, anche se il virus è attenuato, e potrebbe costituire un pericolo potenziale per pazienti ad alto rischio (immunodepressi, gravide ecc.).

Gli effetti collaterali sono pochi e lievi: 20% di disturbo nella sede di inoculo, 5% circa di rash vicino all'inoculo, 5% di rash generalizzato, 10% circa di movimento febbrile negli adulti e negli adolescenti. Le complicanze della varicella (atassia, encefalite, trombocitopenia, s. di Stevens-Johnson, polmonite, morte) sono state descritte rarissimamente in associazione alla vaccinazione. Tra il 25° e il 72° giorno dall'inoculo può sopravvivere uno zoster (2,6/100.000 contro 68/100.000 dopo l'infezione con virus selvaggio). Un involontario contatto con il virus attenuato, oppure una vaccinazione effettuata in una paziente entrata in gravidanza senza saperlo, non sembra pericoloso, almeno da quanto si può desumere da più di 300 casi controllati. In un caso di rash post-vaccinale particolarmente importante (30 vescicole) in un bambino di 12 mesi, con trasmissione alla

madre, incinta di 5-6 settimane, non si è constatato, nell'aborto volontario che ne è conseguito, la presenza di DNA vaccino. Il vaccino può essere somministrato a soggetti con difetto dell'immunità umorale, ma non va indicato di routine per i soggetti con difetto dell'immunità cellulare. Tuttavia, nei bambini con leucemia e nei bambini con infezione da HIV nella classe I della CDC (> 25% di CD4) la vaccinazione è efficace e senza rischi, ed è perciò fortemente raccomandata.

Che dire di questo "update?" Sembra fuori dubbio che, tra oggi e domani, il vaccino sarà registrato e reso disponibile in Italia. Per alcune categorie (bambini con tumore) sarà un importante passo avanti. Per altri, la maggior parte, sarà un fastidio certo (la sieroconversione, ancora oggi, riguarda quasi il 100% degli individui). Per pochissimi (leucemia, celluliti, fasciti, encefalite) potrà essere una salva-vita, o meglio un "previeni-morte". Credo che il consiglio di vaccinare che, penso, ogni pediatra darà ai suoi assistiti, sarà giusto, sarà nell'interesse del singolo bambino.

Eppure. Bisogna dire innanzitutto che le complicazioni severe da varicella sono infinitamente meno numerose di quelle da morbillo (un'encefalite ogni 1000-2000 morbillo), e anche meno numerose delle pur rare, e perfettamente guaribili, meningiti da emofilo. Ed è ovvio che siamo sulla strada di voler cancellare tutte le malattie infettive, con una punta di paranoia. Giusto? Sbagliato? Tutto va misurato in rapporti costi/benefici? Tutto quello che assomiglia all'eradicazione è buono? È certo che il mestiere del pediatra cambierà (non avrà più a che fare con l'acuzie); è quasi certo che le occasioni del bambino (e della famiglia) di misurarsi con la malattia, affettivamente e immunologicamente, si avviano a ridursi di molto, che il carico vaccinale tende a farsi sempre più pesante. È certo che, portato all'estremo, questo finirà per cambiare, in qualche misura, il sentimento stesso della vita e del rapporto col rischio. È anche certo che stiamo cambiando un equilibrio ecologico che ha dietro a sé almeno centinaia di migliaia di anni; che questo è prima un bisogno indotto dall'industria che non un bisogno sentito dalle famiglie. Capisco che questi discorsi fanno di eresia, e anche di arretratezza mentale; che la visione preminente e introiettata dalla maggioranza dei sanitari è quella di una medicina che sconfigge il male, anche nei suoi aspetti residuali. Purtroppo, non tutto il male della Terra sta nei microrganismi patogeni; e prendersela con loro potrebbe apparire, a un alieno, un falso scopo. Cancelliamo malattie con la mano destra e produciamo povertà, fame, disuguaglianza, inquinamento, disastri ambientali, dipendenza, violenza, con la mano sinistra. Chi vivrà vedrà.

LA PREVENZIONE DELLA MALATTIA DI LYME

Prevention of Lyme Disease. Committee of Infectious diseases 1998-1999. Pediatrics 2000;105:142

La malattia di Lyme è sottoposta a sorveglianza negli Stati Uniti dal 1982, e il numero di casi annualmente registrati è di 12.500, per lo più provenienti dagli Stati della costa atlantica, e dalle regioni nord-occidentali, con la maggiore prevalenza tra i 2 e 15 anni. È considerata di gran lunga la più frequente malattia "trasportata da un vettore" (purtroppo la zecca non è un insetto, anche se gli assomiglia, se no si potrebbe dire "da puntura d'insetto"). La prevenzione consiste nel non andare nei boschi, oppure, per chi abita nelle sedi suburbane infestate da zecche, nel rasare spesso i prati e/o nell'usare repellenti, poi nel guardarsi spesso e nel lavarsi, nel to-

gliere le zecche, afferrandole (meglio con una pinza da sopracciglia, ma anche con le unghie, senza titillarle, afferrando la testa più vicino possibile alla cute) non appena si scoprono (in genere l'infezione non viene trasmessa prima delle 48 ore dal morso). La prevenzione antibiotica, anche nelle aree altamente endemiche, è formalmente sconsigliata (anche da questa messa a punto caratterizzata dalla iper-prudenza), sia per i rischi, ancorché limitati, di effetti collaterali della terapia, sia e soprattutto per l'assoluta irrilevanza statistica di questo tipo di profilassi, dovuta all'alta improbabilità della malattia. Infatti, la maggior parte delle zecche (70-80%) non è infetta; il rischio di trasmissione reale, anche da acaro infetto, non supera lo 1,4% dei morsi, l'infezione non è eguale a malattia, e infine la quasi totalità dei casi ha come prima manifestazione un ben riconoscibile eritema migrante attorno al morso, condizione che consente largamente e sicuramente una terapia mirata ed efficace. Allo stesso modo è inutile effettuare una ricerca sierologica al momento del morso (la risposta anticorpale è più tardiva, e una eventuale positività è solo l'indizio di una infezione pregressa senza malattia, ed è anche inutile ritestare il paziente a distanza di 6-8 settimane, perché un aumento del titolo senza eritema migrante è l'eccezione più che la regola).

Esiste, registrato negli Stati Uniti, un vaccino ricombinante (*LymErix*, Smithkline Beecham) contro la proteina di superficie A della *Bartonella burgdorferi* (rOspA); gli anticorpi specifici (che non si sviluppano nella malattia naturale) sono attivi contro la Bartonella al momento in cui viene iniettata con il morso di zecca. Un altro, simile, vaccino, è in via di registrazione (*ImuLyme*, Aventis Pasteur). Questo vaccino va bene contro le Bartonelle statunitensi, ma probabilmente non sarebbe adatto per la vaccinazione in Europa, in considerazione della maggior variabilità genetica dei ceppi europei. L'efficacia del vaccino per prevenire l'infezione asintomatica è del 49% dopo 1 anno (2 iniezioni), e del 76% dopo 2 anni (3 infezio-

ni); e la sua efficacia per prevenire la malattia clinica raggiunge il 100% dopo la terza dose. Il vaccino è sicuro. Manifestazioni locali (gonfiore, dolore, 2%) e sistemiche (febbre, mialgia, < 3%) si possono osservare entro 48 ore dall'iniezione, senza alcun disturbo di maggiore entità nei mesi seguenti. In particolare, l'ipotesi teorica di artrite non è stata confermata. Il vaccino andrebbe fatto alle persone di età > 15 anni, a rischio particolare di malattia. Il calcolo costi/benefici richiederebbe, per un effetto economicamente vantaggioso, un'incidenza, nella popolazione da vaccinare, superiore a 1%/anno, un'incidenza molto più alta di quella segnalata nella maggior parte delle aree endemiche.

Il problema della malattia di Lyme, forse, non ci riguarda. Il Friuli-Venezia Giulia è considerato, per la situazione italiana, un'area endemica; tuttavia, al di là dell'eritema migrante e di rarissimi casi di pseudolinfoma, e a dispetto delle indagini sierologiche fatte sistematicamente nei casi clinicamente sospetti, non abbiamo osservato nessuna vera malattia, nemmeno a livello articolare. Tuttavia il fantasma del problema esiste e si pone non a ogni eritema migrante ma ad ogni puntura di zecca. È dunque doveroso parlarne; e pur rimandando ogni discorso sul vaccino, è opportuno che vengano ribadite le raccomandazioni di non intervento, al di là della tempestiva eliminazione (semplice) della zecca.

Personalmente, trovo che le raccomandazioni di protezione individuale costituiscano una limitazione della libertà per me personalmente intollerabile (raccolgo un paio di morsi di zecca ogni domenica); e anche gravemente lesiva della mia idea del futuro della qualità della vita. Una vita (come è descritta e proposta nelle raccomandazioni del Committee on Infectious Diseases) in cui il limite del rischio accettabile di infezione è diventa sempre più vicino a zero (gli altri rischi esistenziali non sono presi in considerazione), una vita invasa dalla medicina, e che rischia di essere ridotta a niente.

CONFRONTI IN PEDIATRIA

Fare o non fare?

Le ragioni del sì e le ragioni del no

Trieste, 1/2 dicembre 2000

Centro Congressi Stazione Marittima

Venerdì, 1 dicembre

9.00 - SESSIONE PLENARIA - modera F. Panizon

L'immunoterapia per via orale A. Vierucci, G. Longo

Curare l'epatite C L. Zancan, G. Maggiore

L'adenoidectomia nelle OMAR E. Zocconi, P. Marchisio

12.00 - SESSIONI PARALLELE

I corticosteroidi nelle meningiti

B. Assael, F. Marchetti - modera P. Macchia

Operare il reflusso gastroesofageo

A. Messineo, G. Torre - modera M. Guglielmi

Fare la prevenzione del piede piatto

G. Tagliavoro, G. Maranzana - modera G. Longo

14.45 - SESSIONE PLENARIA

La terapia farmacologica della bronchiolite

E. Barbi, G. Cavagni - modera F. Panizon

Lo screening della malattia celiaca

A. Ventura, C. Catassi - modera L. Greco

DDVP nell'enuresi

L. Chiozza, M. Pennesi - modera L. Peratoner

18.00 SESSIONE PLENARIA - modera F. Panizon

Il bambino proveniente dai paesi extraeuropei

G. Bartolozzi commenta 10 anni dopo il suo articolo su "Medico e Bambino"

Sabato, 2 dicembre

9.15 - SESSIONE PLENARIA - modera A. Ventura

Utilizzare i probiotici S. Martellosi, M. Fontana

Mettere in dieta l'obeso G. Tonini, A. Saggin

11.30 TAVOLA ROTONDA - modera F. Panizon

Fare o non fare: la visita domiciliare G. Meneghelli, D. Faraguna,

S. Fedele, A. Alberti: "pinocchio" M. Mayer

13.15 Chiusura dei lavori

Segreteria scientifica:

G. Longo, A. Ventura

Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo"
via dell'Istria, 65/1 - 34147 Trieste; Tel 040 3785233

Segreteria organizzativa:

Quickline Congressi

via S. Caterina da Siena 3 - 34122 Trieste

Tel 040 773737 - 363586; Fax 040 7606590

e-mail: quick@trieste.com

CONTRARIAMENTE A QUANTO SEGNALATO LE ISCRIZIONI SONO ANCORA APERTE