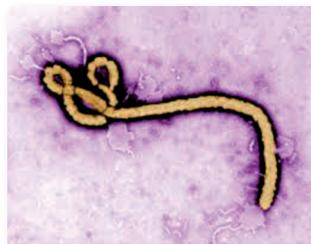


EBOLA: SE IL PANICO RUBA IL POSTO DELLA VERITÀ

Malattia da virus Ebola e bambini

Cosa deve sapere il personale sanitario pediatrico



La più grande epidemia da virus Ebola (EVD) della storia è esplosa in Africa Occidentale. L'8 agosto 2014 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che l'epidemia rappresenta un'emergenza per la salute pubblica di interesse internazionale. A partire dall'8 ottobre 2014 sono stati riportati 8399 casi di EVD (inclusi i 416 casi riscontrati nel personale sanitario) con 4033 decessi; tuttavia, è probabile che rappresentino una sottostima significativa della dimensione dell'epidemia.

La maggior parte dei casi di EVD sono stati riscontrati in Guinea, Liberia, e Sierra Leone, con un'incidenza minore in Nigeria e un solo caso in Senegal. Sebbene si pensi che il paziente 0 dell'epidemia sia un bambino di 2 anni deceduto in Guinea a dicembre 2013, ci sono poche informazioni all'impatto dell'epidemia sulla popolazione pediatrica. Sono stati rilevati casi di EVD anche nella Repubblica Democratica del Congo, anche se le analisi condotte sui virus suggeriscono che l'epidemia della Repubblica Democratica del Congo non sia collegata a quella di maggior portata. Al 15 ottobre 2014 negli Stati Uniti sono stati rilevati 3 casi di EVD, inclusi 2 casi tra il personale sanitario, e in Africa Occidentale 5 casi di EVD, inclusi 4 tra il personale sanitario: questi ultimi pazienti sono stati trasferiti negli Stati Uniti per essere sottoposti a ulteriori cure. Il presente lavoro si focalizza su ciò che il personale sanitario pediatrico deve sapere.

La maggior parte dei casi di EVD sono stati riscontrati in Guinea, Liberia, e Sierra Leone, con un'incidenza minore in Nigeria e un solo caso in Senegal. Sebbene si pensi che il paziente 0 dell'epidemia sia un bambino di 2 anni deceduto in Guinea a dicembre 2013, ci sono poche informazioni all'impatto dell'epidemia sulla popolazione pediatrica. Sono stati rilevati casi di EVD anche nella Repubblica Democratica del Congo, anche se le analisi condotte sui virus suggeriscono che l'epidemia della Repubblica Democratica del Congo non sia collegata a quella di maggior portata. Al 15 ottobre 2014 negli Stati Uniti sono stati rilevati 3 casi di EVD, inclusi 2 casi tra il personale sanitario, e in Africa Occidentale 5 casi di EVD, inclusi 4 tra il personale sanitario: questi ultimi pazienti sono stati trasferiti negli Stati Uniti per essere sottoposti a ulteriori cure. Il presente lavoro si focalizza su ciò che il personale sanitario pediatrico deve sapere.

INTRODUZIONE

L'EVD è una malattia zoonotica rara, provocata dall'infezione di una delle 5 specie di virus Ebola. Lo Zaire Ebola virus, il ceppo responsabile dell'attuale epidemia, è stato scoperto per la prima volta nel 1976 vicino al fiume Ebola in Zaire (oggi Repubblica Democratica del Congo). Da allora sono state identificate una serie di epidemie da EVD, principalmente confinate ad aree remote dell'Africa Orientale e Centrale. Si pensa che l'animale portatore dell'Ebola virus sia il pipistrello della frutta. La trasmissione zoonotica può avvenire attraverso il diretto contatto con pipistrelli, primati e antilopi duiker morti a causa dell'infezione da virus Ebola.

Il virus Ebola può diffondersi tra gli uomini principalmente per contatto diretto e non protetto della pelle (attraverso ferite o microabrasioni) o per contatto delle membrane delle mucose con sangue o fluidi corporei (ad es. feci, saliva, urine, e vomito) di un soggetto infetto o di un cadavere di un paziente deceduto a causa di EVD oppure attraverso oggetti contaminati con sangue o fluidi corporei di un soggetto infetto.

Si stima che il tempo di incubazione medio dell'attuale epidemia sia di 11,4 giorni (range 2-21 giorni). Un soggetto affetto da infezione da virus Ebola non è contagioso finché non sono presenti i sintomi. Al momento non esistono farmaci specifici o vaccini per l'EVD, e la gestione clinica si focalizza sul trattamento delle complicazioni (ipovolemia e anomalie dei livelli degli elettroliti). Farmaci sperimentali sono in via di sviluppo e alcuni possono essere disponibili per uso compassionevole oppure, in futuro, attraverso l'inserimento in trial clinici. Due vaccini sperimentali si trovano nella fase I del trial condotto su adulti sani.

CHE COSA SAPPIAMO SULL'EVD IN ETÀ PEDIATRICA?

Trasmissione del virus Ebola nei bambini

Poiché le epidemie di EVD sono scoppiate in Paesi con poche risorse, non sono stati raccolti sistematicamente dati dettagliati riguardo ai casi in età pediatrica. Sulla base dei dati disponibili, i bambini e gli adolescenti spesso rappresentano una piccola percentuale di casi di EVD. Ad esempio, nel 1995, nell'epidemia scoppiata in Zaire, più della metà della popolazione era più giovane di 18 anni e solo il 9% dei 315 casi di EVD comprendevano soggetti minori di 18 anni.

Similmente, 147 degli 823 (18%) casi riportati di EVD dell'epidemia in Guinea erano bambini e il 13,8% dei casi in 4 Paesi interessati erano rappresentati da soggetti più giovani di 15 anni.

I ricercatori ritengono che il basso numero di casi di EVD sia probabilmente dovuto al fatto che in questi Paesi i bambini sono tenuti lontani dai familiari ammalati, e quindi la probabilità di trasmissione del virus Ebola si riduce.

Manifestazioni di EVD nei bambini

Una sfida unica per i pediatri è poter distinguere i segni e i sintomi di EVD da quelli delle malattie infettive pediatriche più comuni. Generalmente i bambini presentano segni e sintomi di EVD non specifici, simili a quelli degli adulti, che inizialmente includono febbre, emicrania, mialgia, dolore addominale e debolezza, seguiti dopo parecchi giorni da vomito, diarrea e, meno frequentemente, da sanguinamento o ematomi inspiegabili. I dati però sono estremamente scarsi, da qui l'importanza fondamentale di produrre una storia di esposizione allo Zaire Ebola virus che riporti anche una relazione sui viaggi effettuati e soprattutto la presenza di qualunque recente contatto diretto con sangue o fluidi corporei di un soggetto malato o deceduto a causa di infezione da Zaire Ebola virus sospetta o conclamata.

Tra il 2000 e il 2011 il Sudan Ebola virus si diffonde in Uganda, tutti i bambini con infezione da EVD confermata dalle ana-



lisi di laboratorio erano febbrili, mentre solo il 16% presentava emorragia. I sintomi respiratori (ad es. tosse e dispnea) e gastrointestinali erano comuni tra i bambini, mentre i segni di interessamento del sistema nervoso centrale erano rari.

La mortalità complessiva nell'epidemia attuale è stimata essere del 70,8%, che riguarda: 73,4% soggetti con età \leq 15 anni; 66,1% tra i 15 e 44 anni e 80,4% pazienti con età maggiore di 44 anni. Tuttavia, nell'epidemia dovuta al Sudan Ebola virus scoppiata in Uganda nel 2000-2001 i bambini minori di 5 anni avevano un rischio maggiore di contrarre la malattia o di morire. Gli Autori ipotizzano che ciò sia dovuto a un contatto prolungato con il personale sanitario ammalato. Infatti nel corso di questa epidemia i bambini non infetti venivano spesso ammessi con i loro genitori ammalati al reparto malattie infettive per il trattamento di EVD a causa della riluttanza degli altri adulti di prendersene cura.

Visto l'impatto dell'attuale epidemia di EVD sulle infrastrutture sanitarie nei Paesi colpiti gravemente, è molto probabile che anche la salute dei bambini sia messa a serio rischio a causa delle difficoltà a fornire trattamenti sanitari di routine (ad es. vaccinazioni e ospedalizzazioni per le malattie comuni).

Suggerimenti per il personale sanitario pediatrico

L'operatore sanitario pediatrico dovrebbe sospettare EVD se il bambino presenta segni e sintomi compatibili e ha visitato un paese affetto da malattia da virus Ebola negli ultimi 21 giorni. È di fondamentale importanza che l'operatore sanitario pediatrico sia a conoscenza di un eventuale viaggio da parte del soggetto esaminato in aree contaminate. La malaria, il morbillo, la febbre tifoidea e altre malattie infettive sono anche endemiche in Africa Occidentale e devono essere incluse nella diagnosi differenziale di un bambino febbrile che proviene dall'Africa Occidentale.

Qualora si sospetti un caso di EVD, le precauzioni per il controllo dell'infezione devono essere adottate immediatamente (ad es. procedure standard, liquidi corporei, contatto).

CONCLUSIONI

Il personale sanitario, incluso quello pediatrico, dovrebbe conoscere le caratteristiche cliniche di EVD e dovrebbe informarsi riguardo ai viaggi recenti nei Paesi colpiti dell'A-

frica Occidentale quando valuta pazienti che presentano malattie compatibili. L'applicazione tempestiva delle misure raccomandate per il controllo dell'infezione e l'opportuna comunicazione ai dipartimenti sanitari sono essenziali per prevenire ulteriori trasmissioni. Sulla base delle epidemie precedenti e dei dati limitati dell'attuale epidemia, i bambini presentano un rischio minore per EVD rispetto agli adulti, perciò il personale sanitario dovrebbe anche prendere in considerazione altre malattie infettive comuni prevalenti in Africa Occidentale quando valuta bambini malati provenienti da questa regione, mantenendo sempre un alto livello di sospetto per EVD.

Traduzione adattata dell'articolo:

"Ebola virus disease and children:

what pediatric health care professionals need to know".

Peacock G, Uyeki TM, Rasmussen SA.

JAMA Pediatr 2014 Oct 17.

doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.2835

Commento

Abbiamo voluto riportare questo breve rapporto sull'Ebola nei bambini, pubblicato recentemente su una rivista pediatrica autorevole "americana". Le informazioni sono in gran parte note, obiettive e, a seconda della visione scientifica o meno del problema, sufficientemente rassicuranti per quello che è il mondo occidentale, e invece preoccupanti rispetto a quello che dovrebbe essere fatto operativamente (e non è stato fatto negli anni, vedasi l'Osservatorio di questo mese) nelle tre Nazioni dell'Africa attualmente interessate (la Nigeria è dichiarata Ebola free).

Tuttavia, nonostante un quadro epidemiologico rassicurante, ancora una volta ci risiamo col **panico da pandemia**. In tutti i Paesi occidentali e in modo capillare anche in Italia (dalle direzioni sanitarie regionali per arrivare ai singoli ospedali e ora anche ai medici di medicina generale e ai pediatri di famiglia) ci si è attivati per prevenire il contagio. Si fanno corsi su corsi, si predispongono e si ridiscutono nelle direzioni sanitarie (e quasi ogni giorno) i luoghi e le precauzioni da adottare per isolare i casi che arrivano e che sono minimamente sospetti. Tutto giusto? Tutto ragionevolmente precauzionale? Forse...

Ma quello che sicuramente manca è invece una visione lucida sul significato delle parole "sicurezza" e "comunicazione del rischio". L'articolo del giornalista Marco Ventura, pubblicato su Panorama il 13 ottobre, ci dà pienamente l'idea del modo irragionevole con cui si sta affrontando ancora una volta il problema. «Il **virus Ebola peggio dell'Aids** (ma non dovevamo esser già tutti morti di HIV e, prima ancora, di mucca pazza?)... Ebola che si trasmette col respiro (non è vero). Ebola che assume i connotati storico-diabolici della peste nera dei secoli passati. Non siamo cresciuti, no. L'umanità continuerà a rabbrivire e impancarsi a ogni starnuto, esagerando le conseguenze di una malattia rara, fragile e relativamente circoscritta (a tre-quattro Paesi dell'Africa nordoccidentale, ora), **invece di aprirci gli occhi su una (in)cultura della sicurezza** che anche in Italia lascia molto a desiderare...



I numeri, anzitutto: più di **8mila contagiati in Africa**, quasi la metà i morti. In America il paziente zero a Dallas, Texas. In Europa a Madrid. Ma anche se si segnalano decine e decine di casi, dall'Australia alla Macedonia, dalla Gran Bretagna alla Francia, i test sono negativi. Dieci morti occidentali, un solo contagiato in Occidente. Sì, il virus può volare (sugli aerei), ma già si è riscontrato che è talmente poco contagioso da non aver mai colpito un passeggero, nemmeno quello del sedile accanto.

Il problema, al solito, sta nella **comunicazione del rischio**. La vita è tutta un pericolo. Anche solo mettendo un piede fuori casa. C'è sempre qualche scienziato male interpretato da qualche giornalista che gonfia il problema.

E che dire delle organizzazioni che vivono sulla paura? "Nessuno di noi è isolato dalla minaccia posta da Ebola", ha detto il vicesegretario generale delle Nazioni Unite, Jan Eliasson, in pieno dibattito sull'emergenza del virus nell'Assemblea ONU. E fanno riflettere le parole di Beda Stadler, non l'ultimo arrivato ma il direttore dell'Istituto di Immunologia dell'Università di Berna: "Un virus come Ebola non annienterà l'umanità, queste cose è meglio lasciarle a Hollywood".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccoglie fondi grazie al panico, ricordatevi l'influenza aviaria e la febbre suina, penso che sia giunto il momento delle scuse. Per l'allarme ingiustamente provocato (e le sue devastanti conseguenze economiche)».

Ebola ucciderà ancora, magari anche in Europa. Ma in Africa (come in altre regioni povere del mondo), soprattutto per mancanza d'igiene, le comuni malattie infettive che si cerca di combattere da anni fanno ogni giorno più morti di quanti ne abbia fatti finora Ebola in tutta l'Africa. E adesso, impanichiamoci pure, ma prima riflettiamo sulle conclusioni di un lavoro pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nella rubrica "Perspective" che contestualizzano il problema da affrontare con urgenza nei pochi Paesi dell'Africa interessati: «Nella epidemia di Ebola in corso, riteniamo che le priorità principali dovrebbero essere quelle di avere un personale adeguato per l'identificazione rigorosa dei casi, la sorveglianza e la cura dei pazienti e dei contatti primari; lo stretto isolamento dei pazienti; la cura clinica; il rapido smaltimento (culturalmente sensibile) dei cadaveri infetti. Per un tempestivo controllo sarà necessario convincere i leader della comunità e del personale sanitario che l'isolamento e la rapida sepoltura sono pratiche obbligatorie; che i pazienti possono essere curati in modo sicuro con un miglioramento delle condizioni locali; e che solo un addestrato e qualificato personale sanitario (adeguatamente attrezzato) dovrebbe avere contatto con il paziente».

Peccato che le ultime notizie parlino di una grande carenza di personale sanitario (circa 5000 operatori). E nel frattempo nei Paesi ricchi si continuano a fare corsi su corsi, teorici e anche pratici!

Federico Marchetti