

EPATITE A IN ETÀ PEDIATRICA IN PIEMONTE

Daniela Lombardi¹, Gabriela Acucella², Luigina Boscardini², Pierangela Ferrero¹, Andrea Guala²

¹Servizio di Riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive (SeREMI), Alessandria

²SOC di Pediatria, Ospedale Castelli, Verbania, ASL VCO - Regione Piemonte

Indirizzo per corrispondenza: andrea.guala@aslvc.it

HEPATITIS A IN CHILDREN IN PIEDMONT-ITALY

Key words

Hepatitis A, Vaccination, Endemic areas

Abstract

Background - Hepatitis A epidemiology in children (0-14 years) and the distribution of cases by nationality in Piedmont, a region of North Italy were analyzed.

Aims - The aim of the present work was to raise awareness among paediatricians and general practitioners about the risk of contracting hepatitis A, especially in case of travels to endemic areas, so that they can inform families and suggest them the vaccination.

Materials and methods - All the notifications of cases of hepatitis A diagnosed in Piedmont transmitted from ASL to Alexandria's SeREMI were analyzed.

Results - Most cases are of Italian nationality, followed by North African and Romanian children respectively. It is interesting to observe a peak of HAV notifications in autumn; this phenomenon is probably due to travel to endemic areas during summer.

Conclusions - Many cases of hepatitis A could be prevented by vaccination. Paediatricians and general practitioners play a key role in this context and they should offer vaccination to all children who will travel to endemic areas.

RIASSUNTO

Background - Viene analizzata l'epidemiologia dell'epatite A in età pediatrica (0-14 anni) in Piemonte e la distribuzione dei casi per nazionalità.

Obiettivi - Lo scopo di questa ricerca è quello di sensibilizzare i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale a informare le famiglie sui rischi di contrarre l'epatite A, soprattutto se sono programmati viaggi in aree endemiche, e offrire loro la vaccinazione.

Materiali e metodi - La fonte dei dati analizzati nel presente articolo è rappresentata dalle notifiche dei casi di epatite virale A diagnosticati in Piemonte e trasmessi dalle ASL al SeREMI di Alessandria.

Risultati - La maggior parte dei casi sono di nazionalità italiana, seguiti da bambini di origine nord-africana e della Romania. Si nota un picco di incidenza di notifiche in autunno, correlato a viaggi in aree endemiche durante l'estate.

Conclusioni - Si rimarca l'importanza di offrire in modo attivo da parte dei pediatri di libera scelta e dei medici di base la vaccinazione anti-epatite A ai bambini viaggiatori in aree endemiche.

INTRODUZIONE

Il virus dell'epatite A è un piccolo virus epatotropo classificato nel genere Hepatovirus, all'interno della famiglia *Picornaviridae*¹. L'infezione da virus dell'epatite A (HAV) spesso si manifesta con un quadro clinico di epatite acuta pauci o asintomatica specialmente nei bambini al di sotto dei 5 anni. Si tratta di un'infezione altamente trasmissibile con un periodo di incubazione medio di 28-30 giorni (range 15-50). Negli adulti la malattia comporta rialzo termico, malessere generale e dolore addominale. Il sintomo predominante è l'ittero della cute e delle sclere. I sintomi possono durare da una o due settimane fino a qualche mese. L'infezione non cronicizza e conferisce immunità per tutta la vita². L'epatite A è usualmente trasmessa per via oro-fecale (ingestione di acqua o cibi contaminati)³. Il virus è molto resistente nell'ambiente, al congelamento, così come a molti metodi di conservazione utilizzati nell'industria alimentare⁴.

In Europa il trend delle segnalazioni di epatite A è stabile da molti anni, con un tasso di notifica pari a 3,4 casi confermati per 100.000 abitanti; la fascia di età più colpita è quella tra 0 e 24 anni. Il numero di casi confermati resta relativamente alto in Lettonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Romania e Bulgaria⁵. Anche nei Paesi indu-

strializzati, dove l'epatite A è una malattia a bassa o media endemia, si possono verificare casi correlati a viaggi di lavoro/turismo in aree endemiche⁶, fenomeni migratori^{7,8} e migratori di ritorno (es. nipoti che vanno a far visita ai familiari nei Paesi di origine) e adozioni internazionali (sia per quanto riguarda gli adottati che i neo-genitori).

Recentemente è stata riportata un'epidemia d'infezione da HAV in soggetti tedeschi, polacchi e olandesi che avevano soggiornato in differenti aree delle province di Trento e Bolzano, correlata all'ingestione di frutti di bosco contaminati provenienti (congelati) da Paesi dell'Est-Europa. Contemporaneamente, dall'inizio del 2013, in Italia si sta osservando un incremento di notifiche d'infezioni da HAV³. Confrontando, infatti, l'incidenza di epatite A, nel periodo gennaio-settembre degli anni 2010-2013, si può osservare il chiaro ed importante incremento dei casi di epatite A nel 2013 (incidenza di epatite A per 100.000 abitanti nel 2010: 1,50; nel 2011: 0,99; nel 2012: 1,06; nel 2013: 2,55). In particolare, sono stati segnalati complessivamente 1125 casi di epatite A nel periodo gennaio-settembre 2013 (dati provvisori). L'incremento è prevalentemente concentrato nelle Regioni del Centro e Nord Italia, e in particolare in P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Veneto e Toscana, dove si registra il 59% dei casi segnalati nel 2013. Un incremento importante è stato registrato anche in Puglia fino a giugno 2013⁹.

OBIETTIVI

L'obiettivo del nostro lavoro è stato quello di analizzare l'epidemiologia dell'epatite A in età pediatrica (0-14 anni) e la distribuzione dei casi per nazionalità nella realtà della Regione Piemonte. Lo scopo di questa ricerca è quello di sensibilizzare i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale a informare le famiglie sui rischi di contrarre l'epatite A, soprattutto se sono programmati viaggi in aree endemiche, e offrire loro la vaccinazione.

MATERIALI E METODI

Il D.M. 15/12/1990 prevede la notifica obbligatoria delle malattie infettive; dal 1995 in poi questo flusso dalle Regioni agli organi centrali, in particolare Ministero della Salute, ha luogo in formato elettronico.

La fonte dei dati analizzati nel presente articolo è rappresentata dalle notifiche dei casi di epatite virale A diagnosticati in Piemonte e trasmessi dalle ASL al SeREMI di Alessandria.

RISULTATI

I dati di notifica italiani e del Piemonte (regione del Nord Italia con circa 4.500.000 abitanti) sono riportati in Figura 1 e sono presentati dal 1997 al 2009, in quanto so-

lo per quel periodo è possibile il confronto con i dati nazionali^{10,11}.

In Figura 2 sono invece rappresentati i casi pediatrici notificati, che rappresentano circa un terzo del totale. Il trend è in lieve riduzione, o, per l'età pediatrica, sostanzialmente stabile almeno per gli anni più recenti.

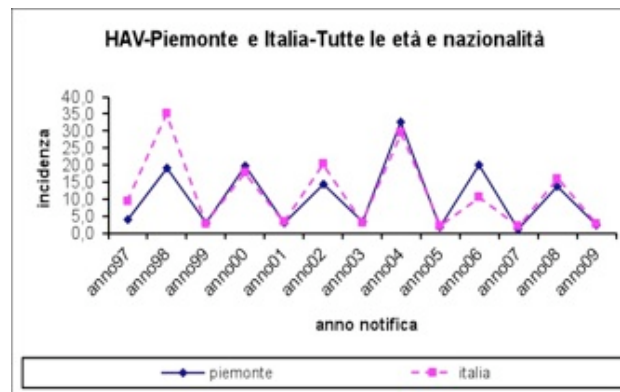


Figura 1. Incidenza di infezione da HAV in Piemonte e in Italia (incidenza per 100.000).

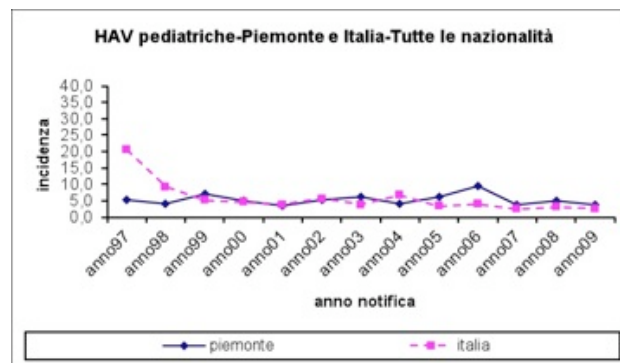


Figura 2. Incidenza di infezione da HAV in età pediatrica in Piemonte e in Italia (incidenza per 100.000).

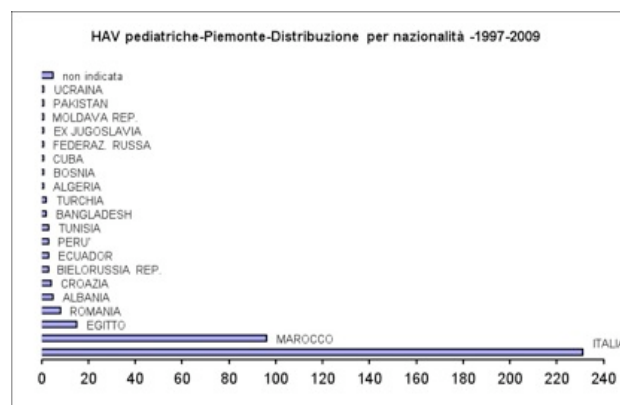


Figura 3. Casi pediatrici riportati in Piemonte come numeri assoluti per nazione di nascita.

Molto interessante è la distribuzione per nazionalità dei casi notificati (*Figura 3*). La maggior parte dei casi pediatrici segnalati è di nazionalità italiana; e tra questi solo il 5% ha nell'anamnesi una storia di viaggio all'estero; quando disponibile l'informazione, sono tutti casi che si sono recati in Maghreb e il cui viaggio rientra nel periodo di incubazione. Circa il 70% dei casi notificati di HAV pediatrica non-italiani in Piemonte è invece originario del Maghreb. Dopo Marocco ed Egitto, il maggior numero di casi pediatrici di HAV è registrato poi fra i rumeni, dato confermato anche a livello europeo.

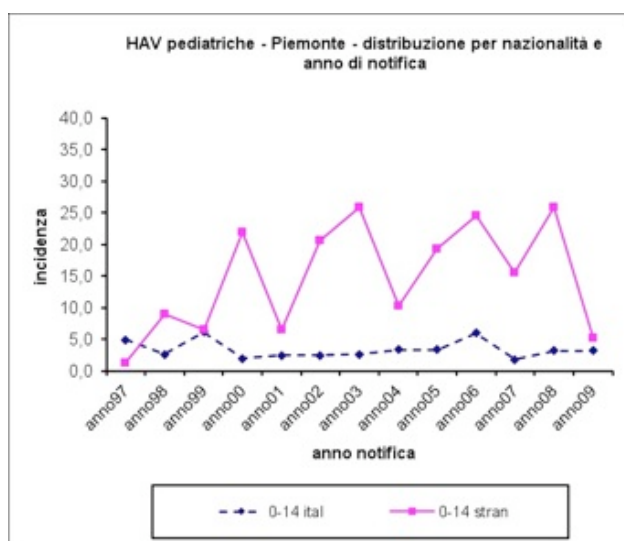


Figura 4. Casi pediatrici di epatite A in Piemonte, suddivisi per nazionalità italiana e straniera (incidenza per 100.000).

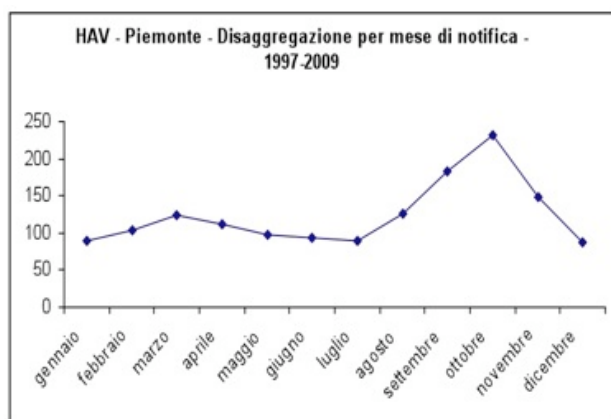


Figura 5. Casi cumulativi pediatrici, riportati come numeri assoluti. Notare l'aumento delle notifiche nei mesi successivi all'estate, quando i viaggi sono più frequenti.

L'aumento dell'incidenza dei casi pediatrici di HAV tra gli stranieri (*Figura 4*), in controtendenza con gli altri trend rilevati non è statisticamente significativo, in quanto

si tratta di numeri piccoli; inoltre la presenza di stranieri in Italia, anche in quella fascia di età nel corso degli anni, è aumentata. I casi pediatrici notificati tra stranieri/immigrati rientrati nel loro Paese di origine rappresentano il 25% del totale delle notifiche. Non è possibile però approfondire il discorso sui fattori di rischio, in quanto queste informazioni non sono obbligatoriamente riportate nelle notifiche di caso di malattia infettiva, fonte di dati per questo lavoro.

La *Figura 5* mostra la distribuzione per mese delle notifiche di HAV pediatriche; è interessante osservare l'importante picco di notifiche nel periodo autunnale.

DISCUSSIONE

Il picco di notifiche di casi di epatite A nel periodo autunnale da noi osservato è legato soprattutto al fatto che i bambini di famiglie provenienti dal Nord Africa, immigrati da piccoli o nati in Italia, sono a rischio di contrarre la malattia quando viaggiano nei loro Paesi di origine se zone endemiche per epatite A. Nel periodo estivo, in occasione delle vacanze lavorative dei genitori, si trovano, infatti, a vivere in un ambiente endemico e, se non protetti dal vaccino, sono ad alto rischio di contrarre la malattia. La stagionalità nella manifestazione dei sintomi che si osserva nella *Figura 5*, con una concentrazione della maggior parte dei casi di epatite A nel periodo autunnale, può essere spiegata dal maggior rischio di contrarre la malattia d'estate, periodo di ferie e quindi di viaggi, non solo per gli stranieri ma anche per gli italiani.

Da molti anni in Piemonte è offerta gratuitamente la vaccinazione contro l'epatite A ai soggetti diretti in aree a rischio¹². Nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e nel Piano Regionale di Prevenzione viene infatti ribadito che, poiché l'epatite A è considerata una malattia di importazione e i numeri assoluti di infezione sono bassi, la vaccinazione è consigliata e offerta solo ai viaggiatori in aree endemiche^{13,14}. Tra le vaccinazioni maggiormente effettuate nei Centri di medicina dei viaggi internazionali la vaccinazione contro l'HAV è una delle più somministrate. Viene offerta in particolare ai viaggiatori in zone endemiche, tra questi anche ai bambini che viaggiano per motivi turistici o familiari. Nessuno dei casi a noi notificati però si era rivolto per una consulenza a un centro di medicina dei viaggi (eccetto un solo caso egiziano che ha effettuato una sola dose di vaccino e troppo a ridosso della partenza). È quindi fondamentale il ruolo del pediatra di libera scelta e del medico di base nell'informare attivamente le famiglie sull'opportunità e la possibilità di vaccinare i loro bambini in previsione di un viaggio in un Paese endemico. L'unica possibilità di attuare una prevenzione primaria è, infatti, l'utilizzo estensivo della vaccinazione nei viaggiatori diretti in aree a rischio¹⁵⁻¹⁷.

La vaccinazione è efficace e sicura e può essere attuata anche nei primi mesi di vita¹⁸, pur con il limite che gli an-

ticorpi passivi materni possano ridurre l'efficacia¹⁹. Inoltre la scheda tecnica del vaccino *Havrix* pediatrico dal 2013 prevede la somministrazione dopo i dodici mesi di vita e quindi se somministrato prima risulta off label.

CONCLUSIONI

In Italia l'epatite A è una patologia a bassa incidenza. Nel nostro Paese la principale causa di casi di epatite A è rappresentata da viaggi in aree endemiche. Il numero crescente di viaggi internazionali, sia per quanto riguarda i migranti che tornano al Paese di origine spesso endemico per la malattia, sia per le famiglie italiane che si recano in vacanza in aree endemiche, espone i bambini al rischio di contrarre l'infezione e di trasmetterla una volta rientrati in Italia.

Nella prevenzione primaria di questi casi di epatite A è molto importante il ruolo del pediatra di libera scelta e del medico di base, i quali dovrebbero tenere sempre presente questa evenienza e consigliare attivamente la vaccinazione a tutti i loro assistiti diretti in aree endemiche.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Desbois D, Couturier E, Mackiewicz V, et al. Epidemiology and genetic characterization of hepatitis A virus genotype IIA. *J Clin Microbiol* 2010;48:3306-15.
- [2] Heymann DL. Control of Communicable Diseases Manual. Official report of the American Public Health Association, 18th edition, 2008.
- [3] ECDC-EFSA. Outbreak of Hepatitis A virus infection in residents and travellers to Italy. EFSA supporting publication 2013:EN-439.
- [4] Baert L, Debevere J, Uyttendaele M. The efficacy of preservation methods to inactivate foodborne viruses. *Int J Food Microbiol* 2009;131:83-94.
- [5] ECDC surveillance - Relazione epidemiologica annuale, 2011.
- [6] Nielsen US, Larsen CS, Howitz M, Petersen E. Hepatitis A among Danish travellers 1980-2007. *J Infect* 2009;58:47-52.
- [7] Gungabissoon U, Andrews N, Crowcroft NS. Hepatitis A virus infection in people of South Asian origin in England and Wales: analysis of laboratory reports between 1992 and 2004. *Epidemiol Infect* 2007;135:549-54.
- [8] Jong EC. United States epidemiology of hepatitis A: influenced by immigrants visiting friends and relatives in Mexico? *Am J Med* 2005;118:50S-57S.
- [9] Gruppo di lavoro ISS per le indagini su focolai epidemici di Epatite Virale A. Epidemia di Epatite A in Italia: la situazione al 30 settembre 2013. Epicentro: il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2013.
- [10] Ministero della Salute.
- [11] ASL Regione Piemonte Epidemiologia - SSEPI - SeREMI.
- [12] Regione Piemonte, prot. N.2992/27.001 del 20-2-2004.
- [13] Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014. Ministero della Salute.
- [14] Piano Piemontese di Prevenzione e delle Vaccinazioni, 2013-10-19.
- [15] Sonder GJ, Bovée LP, Baayen TD, Coutinho RA, van den Hoek JA. Effectiveness of a hepatitis A vaccination program for migrant children in Amsterdam, Netherlands (1992-2004). *Vaccine* 2006; 24:4962-8.
- [16] Suijkerbuijk AW, Lindeboom R, van Steenberghe JE, Sonder GJ, Doorduyn Y. Effect of hepatitis A vaccination programs for migrant children on the incidence of hepatitis A in the Netherlands. *Eur J Pub Health* 2009;19:240-4.
- [17] American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Recommendations for administering hepatitis A vaccine to contacts of international adoptees. *Pediatrics* 2011;128:803-4.
- [18] Craig AS, Schaffner W. Prevention of hepatitis A with the hepatitis A vaccine. *N Engl J Med* 2004;350: 476-81.
- [19] Letson GW, Shapiro CN, Kuehn D, et al. Effect of maternal antibody on immunogenicity of hepatitis A vaccine in infants. *J Pediatr* 2004;144:327-32.