

Pneumococco: a che punto siamo?

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Vaccino antipneumococcico. Vaccinazione antipneumococcica. Sorveglianza. Infezioni

I risultati della vaccinazione

A distanza di alcuni anni dall'introduzione estesa del vaccino antipneumococcico coniugato 7-valente (PCV7), si stanno evidenziando risultati contrastanti. Da un lato, il calo eclatante dell'incidenza della malattia anche in età successive all'infanzia fa presumere una potente herd immunity (immunità di gregge) del vaccino [1]; dall'altro, la segnalazione crescente di forme sostenute da sierotipi non contenuti nel vaccino, anche multiresistenti agli antibiotici, solleva interrogativi poco rassicuranti ai quali la comunità scientifica non è in grado di dare risposta, se non sottolineando l'assoluta necessità di una stretta sorveglianza epidemiologica e auspicando la disponibilità di vaccini sierotipo-indipendenti [2-3].

In Europa

Dopo la sua introduzione negli USA nel 2000, il PCV7 è stato inserito in modo esteso anche in alcuni Paesi europei, per lo più a partire dal 2006: Norvegia, Francia, Germania, Grecia, Olanda, Polonia, Regno Unito, Cipro, Lussemburgo e alcune Regioni italiane.

L'incidenza apparentemente bassa (27 casi su 100.000 in Europa vs 160-180 su 100.000 negli USA, nei bambini di meno di 2 anni) e la difficile valutazione del significato del rimpiazzo dei sierotipi hanno reso difficoltosa la valutazione sull'opportunità d'uso del vaccino, autorizzato nel nostro continente nel 2001 [4]. La sorveglianza epidemiologica risulta inadeguata in molti Paesi, perciò il peso complessivo della malattia in Europa non è ben conosciuto [5]. I dati disponibili mostrano tassi molto variabili (da 0,4 a 20 su 100.000 nella popolazione generale), che possono essere spiegati in parte dalla disomogeneità – o assenza – dei sistemi di sorveglianza e delle definizioni di caso, dalla diversa abitudine all'emocoltura o alla somministrazione di antibiotici prima del ricovero.

Per corrispondenza:
Luisella Grandori
e-mail: luissegra@tin.it

Diversi documenti del CDC europeo ribadiscono l'importanza della sorveglianza come strumento per valutare l'introduzione della vaccinazione e il monitoraggio dei risultati.

In Italia

Dalla ricognizione effettuata dall'ISS nel maggio 2006, risulta che: a) tutte le Regioni italiane offrono gratuitamente il vaccino ai bambini a rischio aumentato per condizioni di salute; b) nove lo offrono in modo attivo e gratuito a tutti i nuovi nati; c) tre anche ai bambini di meno di 3 anni che frequentano le comunità [6].

La revisione del PNV, richiesta dalle Regioni nel 2006, si ripromette di indicare criteri omogenei per l'introduzione del vaccino. Nel frattempo la situazione è in continua evoluzione, ma poche delle Regioni che hanno introdotto la vaccinazione hanno attivato la sorveglianza epidemiologica e di laboratorio (tipizzazione), che (anche il rapporto della Evidence Based Prevention della Toscana) indica come indispensabile per l'introduzione del vaccino. Attualmente non disponiamo di dati adeguati a livello nazionale ma è stata annunciata l'attivazione della sorveglianza dei casi e della tipizzazione a cura dell'ISS e del Meyer di Firenze. Mettere a regime un sistema tanto complesso richiede tempo, di solito qualche anno. Perciò per i risultati dovremo ancora attendere.

Il futuro

La futura disponibilità di vaccini 10, 11 e 13-valenti, annunciata dall'industria, rappresenta un'opportunità interessante, ma si tratta sempre di vaccini "parziali", quindi verosimilmente di utilità limitata nel tempo per la possibile induzione del fenomeno del rimpiazzo (vedi a pag. 240). L'aumento di forme invasive sostenute da sierotipi non contenuti nel vaccino, anche antibiotico-resistenti, segnalate in diversi Paesi (Intermountain West, Texas, Massachusetts, Spagna, Alaska), dopo l'introduzione del 7-valente, è un segnale inequivocabile. Recentemente la Banca Mondiale e il GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization, partnership pubblico-privato) hanno progettato l'introduzione del PCV7 e dei futuri vaccini, in Africa, e l'OMS ha modificato la sua precedente

posizione valutando positivamente l'estensione in tutto il mondo dei vaccini coniugati contro lo pneumococco [7-8]. Le perplessità riguardo a una simile operazione – apprezzabile negli intenti – riguardano soprattutto il rimpiazzo dei sierotipi, che sui grandi numeri rischia di rendersi evidente in tempi brevi con conseguenze assai poco prevedibili, specie in Paesi privi di controllo e di assistenza sanitaria. La disponibilità del vaccino sierotipo-indipendente è prevista per il 2015-2019. Cosa accadrà nel frattempo? ♦

Bibliografia

- [1] Whithney CG, Farley M, et al. Decline in invasive pneumococcal disease after the introduction of protein-polysaccharide conjugate vaccine. *N Eng J Med* 2003;348:1737-46.
- [2] Messina AF, Katz-Gaynor K, Barton T, et al. Impact of the pneumococcal conjugate vaccine on serotype distribution and antimicrobial resistance of invasive *Streptococcus pneumoniae* isolates in Dallas, TX, children from 1999 through 2005. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26:461-7.
- [3] Pelton SI, Huot H, Finkelstein JA, et al. Emergence of 19 A as virulent and multidrug resistant pneumococcus in Massachusetts following universal immunisation of infant with pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26:468-72.
- [4] Jefferson T, Ferraroni E, Curtale F, et al. *Streptococcus pneumoniae* in western Europe: serotype distribution and incidence in children less than 2 years old. *Lancet Infect Dis* 2006;6:405-10.
- [5] Pebody RG, Hellenbrand W, D'Ancona F, et al. Pneumococcal disease surveillance in Europe. *Euro Surveill* 2006;11(9):171-8.
- [6] D'Ancona F, Alfonsi V, Caporali M, et al. Pneumococcal conjugate, meningococcal C and varicella vaccination in Italy. *Euro Surveill* 2007;12(2).
- [7] World Bank and GAVI. Framework document pilot AMC (Advance market commitments for vaccines) for pneumococcal vaccines. Novembre 2006.
- [8] WHO. Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2007;82:93-104.