

Meningococco: teniamolo d'occhio!

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave *Malattia meningococcica. Vaccini contro il meningococco. Strategie vaccinali contro il meningococco*

I casi veneti

I sette casi di meningite e sepsi da meningococco C, di cui 3 deceduti, segnalati nell'arco di pochi giorni nel dicembre 2007 in provincia di Treviso, hanno creato allarme in tutta Italia [1]. Anche per l'amplificazione data dalla stampa, che ha addirittura dato credito all'ipotesi che questo episodio rendesse necessaria e urgente l'introduzione della vaccinazione nel calendario per l'infanzia.

Si è trattato in realtà di un piccolo *cluster* epidemico che non ha modificato la situazione epidemiologica italiana, caratterizzata da un'incidenza nella popolazione generale tra le più basse in Europa (Italia: 0,5/100.000; Europa: 0,3 - 4,3/100.000) [2]. Per giunta, nel 2006 e nel 2007, i dati nazionali mostrano un calo delle forme sostenute dal meningococco C, in controtendenza con la crescita degli anni precedenti, forse per effetto della diffusione della vaccinazione [3].

La vaccinazione

La vaccinazione con l'antimeningococco C coniugato (MenC) ha dimostrato una grande efficacia nel contenere e poi eliminare l'epidemia europea iniziata nel Regno Unito nel 1999 e proseguita in Belgio, Olanda, Spagna, fino al Sud della Francia alla fine del 2002. In questi territori, se pure in modo diversificato, sono stati vaccinati in tempi brevi ampi strati di popolazione dai 2 mesi fino ai 24 anni di età ed è stata inserita contemporaneamente la vaccinazione routinaria dei piccoli. In Italia abbiamo invece una bassa incidenza di malattia e una grande disomogeneità nelle strategie vaccinali. A maggio 2006, nove delle nostre 21 Regioni avevano introdotto il MenC nel calendario, alcune solo nei piccoli, altre anche negli adolescenti; tutte vaccinano i bambini a rischio [4]. È possibile che in queste condizioni l'impatto della vaccinazione sia più limitato. Ciò potrebbe spiegare il *cluster* epidemico del Veneto

che ha riguardato persone dai 15 ai 33 anni, mentre la vaccinazione era stata introdotta, dal 2006, nei bambini di 12 mesi e 15 anni con coperture non elevate (rispettivamente 77% e 50%). Non si può neppure escludere che si sia trattato di un ceppo particolarmente aggressivo, visto che dopo anni di vaccinazione estesa, è stato segnalato nel Regno Unito un aumento significativo della diversità genetica del meningococco C; e in Canada è emerso un clone geneticamente modificato dopo un ampio impiego del vaccino non coniugato.

Scelte individuali e di comunità

La scelta per il singolo appare più semplice, purché sia "informato" sui benefici attesi dalla vaccinazione e sul rischio di malattia. La protezione individuale è risultata molto elevata (> 90%) dopo 4 anni dalla vaccinazione con MenC, ma non si conosce ancora l'eventuale necessità di richiami. Il profilo di sicurezza è risultato buono. I dati nazionali sulla malattia, facilmente accessibili online, riportano una media di circa 60 casi/anno nei bambini di età inferiore ai 5 anni con una proporzione del tipo C rispetto al B, variabile nel tempo. Meglio sarebbe disporre anche di dati regionali e locali, ma questo purtroppo avviene solo in alcune aree del Paese [4].

La scelta di vaccinare la comunità è invece più difficile. Le informazioni sulla malattia non ci mancano: la sorveglianza epidemiologica esiste da anni, compresa la tipizzazione. Mancano però criteri standardizzati per decidere l'introduzione estesa della vaccinazione. Speriamo che li indichi il nuovo Piano Nazionale Vaccini 2008-2010, atteso per marzo 2008.

Il coniugato tetravalente

Dal 2005 è stato autorizzato negli USA un tetravalente coniugato contro il meningococco A, C, Y, W135, raccomandato per gli adolescenti [5]. Il 75% dei casi registrati negli Stati Uniti, dagli 11 anni di età in su, è sostenuto dai tipi C, Y e W135; il tipo B è più frequente sotto l'anno di vita. Essendo un vaccino coniugato, si presume che induca una protezione più duratura rispetto al non coniugato con uguale contenuto di antigeni. L'attribuzione degli episodi di Guillain-

Barré segnalati dopo la vaccinazione è rimasta incerta, per cui si consiglia cautela per chi ha una storia di pregressa Guillain-Barré. Ora è allo studio un nuovo tetravalente coniugato da somministrare fin dai 2 mesi di vita. È probabile che prima o poi il tetravalente coniugato verrà autorizzato anche in Europa, dove circolano quasi esclusivamente il meningococco di tipo B e C. Quindi il suo impiego sarà limitato ai viaggiatori in aree endemiche per gli altri tipi di meningococco contenuti nel vaccino, al posto del tetravalente non coniugato attualmente in uso. Ci servirebbe invece disporre di un vaccino contro i sottotipi del meningococco B circolanti in Europa, annunciato da tempo.

Una speranza

L'Africa è il continente più pesantemente colpito dalla malattia meningococcica, sostenuta prevalentemente dal tipo A. Si verificano epidemie che possono raggiungere fino a centinaia di migliaia di casi e decine di migliaia di morti. Gli attuali vaccini non coniugati (bivalenti A e C o tetravalenti A, C, Y, W135) proteggono solo per tempi brevi e sono poco efficaci nei bambini più piccoli. È un motivo di speranza sapere che l'India sta producendo un vaccino coniugato contro il meningococco A che dovrebbe essere disponibile nel giro di pochi anni [6]. ♦

Bibliografia

- [1] Ferro A, Baldo V, Cinquetti S, et al. Outbreak of serogroup C meningococcal disease in Veneto region, Italy. *Euro Surveill* 2008;13(2).
- [2] EU-IBIS Network. Invasive *Neisseria meningitidis* in Europe 2003/2004. Health Protection Agency, London 2006.
- [3] ISS, Sistema informatizzato Malattie Infettive. <http://www.simi.iss.it/dati.htm>.
- [4] D'Ancona F, Alfonsi V, Caporali M, et al. Pneumococcal conjugate, meningococcal C and varicella vaccination in Italy. *Euro Surveill* 2007;12(2).
- [5] CDC. Prevention and control of meningococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2005;54(RR-7).
- [6] WHO. Improved meningitis vaccine for Africa could signal eventual end to deadly scourge. *WER* 2007;82(24):222-4.

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