

# La posizione ACP sull'influenza A/H1N1: un aggiornamento

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

## Parole chiave H1N1

Il nuovo virus A/H1N1 si è dimostrato meno aggressivo dell'influenza stagionale. Non si capisce come mai, nonostante ciò, l'OMS abbia dichiarato la pandemia, modificando i precedenti criteri della definizione<sup>1</sup>. È strano che la notizia di questa modifica non sia passata sulla stampa.

La bassa letalità (0,3% in Europa, 0,4% negli USA) riscontrata finora nei Paesi dove l'A/H1N1 è circolato ampiamente, potrebbe essere anche inferiore, perché i casi lievi sfuggono alla sorveglianza e alcuni decessi possono essere dovuti ad altre cause concomitanti. Dai dati disponibili risulta che i bambini si ammalano più spesso, ma le complicazioni gravi e i decessi, inferiori a quelli attribuiti all'influenza stagionale, riguardano prevalentemente quelli con gravi patologie preesistenti o l'età adulta [1-2].

I sintomi sono quelli della comune influenza (febbre, tosse, raffreddore, dolori muscolari, malessere, vomito o diarrea), e possono essere causati da molti altri virus o batteri. In 79 svedesi con sintomi influenzali, provenienti da Paesi con epidemia di H1N1, sono stati isolati 13 diversi virus e 2 batteri. Solo 4 erano positivi all'H1N1 [3]. I vaccini contro il nuovo H1N1 sono in fase di sperimentazione. Nessuno è in grado, oggi, di sapere se e quanto saranno efficaci e sicuri.

Il virus, per diventare più aggressivo, dovrebbe cambiare (per mutazione? riassortimento con altri virus?). In tal caso i vaccini mirati al virus attuale potrebbero non essere utili. Sulla sicurezza sia l'OMS che l'Agenzia del farmaco europea (EMA) raccomandano un'attenta sorveglianza post-marketing per rilevare eventuali effetti collaterali che potrebbero evidenziarsi con l'uso su grandi numeri, anche perché alcuni vaccini sono allestiti con tecnologie nuove. L'eccesso di casi di Guillain-Barré, osservato nel 1976 dopo la vaccinazione di 40 milioni di americani contro un virus influenzale, anch'esso di derivazione suina, è un esempio che induce alla cautela. Per vaccinare è indispensabile un consenso informato scritto che illustri i benefici e i rischi attesi.

Circa il vaccino contro l'influenza stagionale, crescono i dubbi sull'efficacia sia nei bambini che negli anziani; sotto i 2 anni è risultato inefficace. Non si vedono quindi motivi per offrirlo ai bambini sani. Oltretutto il CDC Europeo ci dice che, per prendere una simile decisione, servono informazioni basilari come l'impatto della vera influenza (numero di casi, ricoveri e morti) nelle varie età dell'infanzia: informazioni che non abbiamo. Un recente studio australiano mostra, inoltre, che non vi è alcuna evidenza che il vaccino stagionale offra quella vantata protezione di cui qualcuno ha parlato contro il nuovo H1N1 [4].

Non ci sono studi su quanto gli antivirali, cui l'A/H1N1 è risultato sensibile in vitro, – oseltamivir (*Tamiflu*) e zanamivir (*Relenza*) – siano efficaci in vivo. Entrambi sono poco efficaci sull'influenza stagionale e sono già state segnalate resistenze del nuovo virus all'oseltamivir in Danimarca, Giappone, Cina, USA. Una recente revisione conclude che gli antivirali nei bambini offrono scarso beneficio sulla comune influenza (diminuendo di poco la durata della malattia e la sua trasmissione ai familiari); per l'H1N1, la protezione sulle complicazioni gravi è ancora da definire [3]. Né va dimenticato che gli antivirali possono dare a volte effetti collaterali importanti. Il 18% dei bambini in età scolare del Regno Unito, cui è stato somministrato l'oseltamivir durante l'epidemia di A/H1N1, ha presentato sintomi neuropsichiatrici e il 40% sintomi gastroenterici. Vanno quindi usati solo nei casi gravi o in persone in cattive condizioni di salute. Sull'uso dei vaccini e degli antivirali, Ernesto Burgio esprime un'ulteriore perplessità: entrambi potrebbero favorire la mutazione del virus verso ceppi più aggressivi.

## Cosa fare?

Anzitutto calma e lucidità di fronte agli allarmi diffusi quotidianamente da giornali e TV. Se i casi di influenza saranno più numerosi del solito o il virus dovesse diventare aggressivo, sarà importante permettere ai medici e alle strutture sanitarie di dedicarsi ai pazienti più gravi. La chiusura delle scuole – con tutte le sue ricadute sociali – potrebbe essere presa in considerazione

solo se in futuro circolasse un virus altamente aggressivo (non l'attuale A/H1N1). Ma in quel caso sarebbero anche altri i ritrovi di cui occuparsi.

Intanto bisogna mettere in atto da subito le uniche misure che si sono dimostrate efficaci nell'impedire la diffusione di tutti i virus respiratori (come l'H1N1, anche se dovesse cambiare):

- lavarsi le mani spesso e accuratamente, con acqua e sapone;
- ripararsi la bocca e il naso quando si tossisce o si starnutisce (e dopo lavarsi le mani);
- evitare di toccarsi occhi, naso e bocca, facili vie di entrata dei virus;
- stare a casa quando si hanno sintomi di influenza;
- evitare i luoghi affollati quando i casi di malattia sono molto numerosi.

L'uso della mascherina è risultato efficace negli ambienti di assistenza sanitaria, mentre per altre circostanze l'efficacia non è stata stabilita. ♦

## Nota

<sup>1</sup> Peter Doshi riporta, sul *BMJ*, le definizioni dell'OMS dal 2003 all'aprile 2009: "Una pandemia influenzale avviene quando compare un nuovo virus dell'influenza contro il quale la popolazione non ha nessuna immunità, che determina epidemie diffuse in tutto il mondo con un enorme numero di morti e malattia. Dopo l'arrivo dell'H1N1 (maggio 2009), scompare la condizione "con un enorme numero di morti e malattia." "Inoltre – riferisce Doshi – [nella pandemia da A/H1N1] una parte sostanziale della popolazione può avere immunità" come risulta dai dati dei CDC. (*BMJ* 2009;339:b347)

## Bibliografia

- [1] CDC. Surveillance for Pediatric Deaths Associated with 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Infection - United States, April-August 2009. *MMWR* 2009; 58: 941-947.
- [2] NSW-Health (Australia). Weekly Influenza Epidemiology Report. 29 July 2009.
- [3] Follin P, Lindqvist A, Nyström K, et al. A variety of respiratory viruses found in symptomatic travellers returning from countries with ongoing spread of the new influenza A(H1N1)virus strain. *Euro Surveill* 2009;14:24.
- [4] Kelly H, Grant K. Interim analysis of pandemic influenza (H1N1) 2009 in Australia: surveillance trends, age of infection and effectiveness of seasonal vaccination. *Euro Surveill* 2009;14:31.
- [5] Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C, et al. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;339:b3172.

Per corrispondenza:

Luisella Grandori

e-mail: luisegra@tin.it

il punto su