

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Novembre 1999

numero 9

AVANZI

Novità, riflessioni, contributi e proposte

a cura di Giorgio Bartolozzi

- Una nuova arma contro l'influenza
- Tubercolosi in diminuzione in USA
- La reinfezione esogena nella tubercolosi
- *L'Helicobacter pylori* sempre più alle corde
- I casi d'invaginazione intestinale dopo vaccinazione contro i rotavirus aumentano
- I figli di madri vaccinate contro il morbillo più facilmente si ammalano di morbillo
- Successo dello screening clinico della lussazione congenita delle anche
- Comportamenti ossessivo-compulsivi e tic trattati con plasma sostituzione e con immunoglobuline per via venosa
- Quale è la causa dell'eosinofilia idiopatica?

UNA NUOVA ARMA CONTRO L'INFLUENZA

La vaccinazione rimane la migliore arma preventiva per combattere l'influenza; da qualche decennio al vaccino si erano affiancati due farmaci, utili per la prevenzione e il trattamento: l'amantadina e la rimantadina, che hanno riscosso scarsi successi in Italia perchè gravati da discreti effetti collaterali e perchè attivi solo contro l'influenza A. Già un anno fa era entrato in commercio in USA lo zanamivir, un inibitore della neuraminidasi, da usare per via nasale per la prevenzione dell'influenza A e B; oggi è la volta di un nuovo antinfluenzale, l'oseltamivir (O), anch'esso inibitore della neuraminidasi virale, ma somministrabile per bocca (N Engl J Med 341, 1336,43 e 1387-8, 1999). L'O è stato usato come profilattico in 780 soggetti adulti sani, alla dose di 75 mg una o due volte al giorno per 6 settimane durante un periodo di attività influenzale nell'inverno 1997-98; altri 780 soggetti sono stati considerati come placebo. L'O si è dimostrato sicuro ed efficace: il rischio d'influenza si è abbassato a 1,2-1,3 % a seconda del dosaggio, contro il 4,8% nel gruppo placebo ($P < 0,001$).

TUBERCOLOSI IN DIMINUZIONE IN USA

Nella prima metà degli anni '90 è stato tutto un parlare di un ripresa della tubercolosi nel mondo, Italia compresa: le misure sono state rinforzate in ogni Paese e oggi dagli USA giungono notizie confortanti (MMWR 48, 732-6, 1999). Nel 1998 si è verificata una diminuzione di casi dell'8% sul 1997 e del 31% sul 1992. L'incidenza di nuovi casi nel 1998 fu di

6,8 casi su 100.000 abitanti: l'obiettivo, che le Autorità sanitarie americane si sono poste, è di 3,5 casi su 100.000 nel 2000 e di meno di 1 caso su 1.000.000 di popolazione nel 2010. I dati nel nostro Paese (ISTAT) parlano invece ancora di un aumento nel numero di casi, per cui dai 3.500 pazienti per anno con nuova tubercolosi polmonare, siamo passati agli oltre 4.000 del 1996.

LA REINFEZIONE ESOGENA NELLA TUBERCOLOSI

I vecchi libri sulla tubercolosi ci hanno insegnato che una reinfezione esogena non ha alcuna ripercussione sul decorso di una vecchia tubercolosi; tutto quello che può accadere, dopo decine di anni dalla tubercolosi primaria, dipende, si diceva, dalla reviviscenza della vecchia tubercolosi. Oggi questa sicurezza è caduta, grazie all'applicazione delle moderne tecniche di studio del DNA del bacillo di Koch. 12 di 16 pazienti con tubercolosi polmonare attiva hanno mostrato di albergare bacilli differenti da quelli che erano stati isolati al momento della tubercolosi iniziale (N Engl J Med 341, 1174-9 e 1226-7, 1999). Questo reperto indica che una reinfezione esogena può essere la causa di una ripresa della tubercolosi, dopo che questa aveva ricevuto nel passato un trattamento curativo. Il riconoscimento dell'importanza della reinfezione esogena sottolinea la necessità di prevenire la tubercolosi nella popolazione, per non esporre altri alla malattia.

L'HELICOBACTER PYLORI SEMPRE PIÙ ALLE CORDE

Il vecchio termine "dispepsia" è tornato di moda in gastroenterologia: esso significa dolore o semplicemente uno stato di lieve sofferenza in sede epigastrica. Di rado viene collegata con l'ulcera peptica, più spesso viene riconosciuta come "dispepsia" non ulcerosa (DNU). L'impiego di un trattamento contro l'*Helicobacter pylori*, nel sospetto che esso possa essere all'origine della DNU è stato, solo poco tempo fa, sostenuto da molti. Per chiarire l'opportunità o meno di questa terapia, sono stati trattati 170 soggetti adulti, *Helicobacter pylori* positivi, con omeprazolo, amoxicillina e claritromicina per 14 giorni; i pazienti sono stati poi seguiti per un anno (N Engl J Med 341, 1106-11 e 1141-3, 1999). I risultati sono sconcertanti: non è stata riscontrata nessuna prova che la guarigione dell'infezione da *Helicobacter pylori* migliorasse i sintomi della DNU. Da questo a dire che l'*Helicobacter pylori* non debba essere mai ricercato, se non si sospetti una malattia ulcerosa, il passo è breve.

I CASI D'INVAGINAZIONE INTESTINALE DOPO VACCINAZIONE CONTRO I ROTAVIRUS AUMENTANO

Da quanto riportato sulla pagina gialla del settembre 1999, c'è stata un'ulteriore evoluzione. Su ProMED del 15 ottobre vengono riportate ulteriori notizie: il vaccino viene ritirato dal mercato dalla stessa Azienda produttrice, i medici che hanno il vaccino nei loro ambulatori sono invitati a rimandarlo immediatamente all'Azienda produttrice e infine, fatto più importante, il numero dei casi d'invaginazione ha raggiunto i 100 dai 15 del mese scorso. I dubbi si sono fatti certezza e, per la fortuna dei nostri bambini, questa nuova triste esperienza ci è stata risparmiata.

I FIGLI DI MADRI VACCINATE CONTRO IL MORBILLO PIÙ FACILMENTE SI AMMALANO DI MORBILLO

Già si sapeva che donne nate dopo l'introduzione, nella pratica, della vaccinazione antimorbillosa (1963) trasferivano minori concentrazioni di anticorpi specifici ai loro figli, in confronto a madri nate prima del 1963 e quindi non vaccinate. Per determinare l'effetto dell'anno di nascita della madre sul rischio del figlio di contrarre morbillo, è stata condotta una ricerca su 128 lattanti non vaccinati, di età inferiore ai 15 mesi, che erano stati esposti al morbillo fra il 1990 e il 1992 (Pediatrics 104, p.e 59, 1999). I figli di madri nate dopo il 1993 hanno avuto una percentuale di attacchi di morbillo del 33%, contro il 12% dei figli nati da madri nate negli anni precedenti. Viene concluso che i figli di madri vaccinate debbono ricevere la vaccinazione contro il morbillo al 12° mese di età. A conclusioni analoghe erano giunti altri ricercatori.

SUCCESSO DELLO SCREENING CLINICO DELLA LUSSAZIONE CONGENITA DELLE ANCHE

Nel sud dell'Australia è stato condotto un completo screening clinico a vari livelli di età nei primi mesi di vita del bambino, in base al quale è stato possibile identificare dal 96 al 98% delle lussazioni congenite delle anche (LCA); solo il 2-4% dei casi conosciuti di LCA è stato riconosciuto tardivamente e ha richiesto l'intervento chirurgico (Lancet 354, 1514-7, 1999). L'esame ecografico non è stato attuato di routine, come parte del programma di screening, ma è stato usato quando siano sorti dei dubbi sulla diagnosi clinica.

COMPORTAMENTI OSSESSIVO-COMPULSIVI E TIC TRATTATI CON PLASMA SOSTITUZIONE E CON IMMUNOGLOBULINE PER VIA VENOSA

I comportamenti ossessivo-compulsivi e i tic sono evenienze tutt'altro che rare nel bambino. Si parla di ossessioni quando siano in gioco pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e si parla di manifestazioni compulsive quando si tratti di azioni ripetitive e ritualistiche. I tic, compresa la sindrome di Tourette, hanno un decorso più variabile e oscillante. Fenomeni del genere non è raro che appaiano dopo un'infezione da

streptococco beta-emolitico gruppo A (SBEGA), per cui si è sospettato che le manifestazioni possano rappresentare spesso una conseguenza di un movimento autoimmune, che potrebbe risentire beneficamente della plasma-sostituzione o della somministrazione di Ig per via venosa. Questo tipo di trattamento è stato instaurato in 29 bambini: 10 hanno ricevuto plasma-sostituzione, 9 Ig per via venosa e 10 sono serviti come controlli e hanno ricevuto un placebo (Lancet 354, 1153-8, 1999). Sia la plasma-sostituzione che le Ig per via venosa sono state efficaci nel ridurre la gravità dei sintomi per bambini che avevano presentato le manifestazioni dopo un'infezione da SBEGA. Nonostante il successo riscontrato, gli autori (National Institutes of Health, Bethesda, USA) ritengono necessarie altre esperienze, anche con altri tipi di trattamento immunomodulante.

QUALE È LA CAUSA DELL'EOSINOFILIA IDIOPATICA?

E' ormai sicuro che l'eosinofilia secondaria alle malattie allergiche e alle infestazioni da parassiti è dovuta alla produzione di citochine da parte delle cellule T attivate. Ma esistono alcuni casi d'ipereosinofilia idiopatica, dei quali ci sfuggiva la causa. Dallo studio di 60 pazienti con questa sindrome è stato accertato che in molti di essi esiste una popolazione di cellule T anormali, che producono interleuchina 5, responsabile diretta dell'eosinofilia. I sintomi presentati da questi soggetti erano: eritroderma purpurico, papule di colorito rosso, diffuse a tutto il corpo, placche orticarioidi e poichiloderma.