



*Si è appena concluso a Stoccolma il meeting ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) che ha visto riuniti esperti internazionali con l'obiettivo di definire i futuri Centri di Riferimento Europei per la Sorveglianza del Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) e dell'Enterovirus D68 e A71, entrambi spesso all'origine di infezioni respiratorie, come bronchioliti e polmoniti, in alcuni casi associate a gravi complicanze. Tra i rappresentanti ECDC per l'Italia, la prof.ssa Susanna Esposito, presidente dell'Associazione Mondiale per le Malattie Infettive e i Disordini Immunologici, WAidid, che nel 2012 ha presentato i risultati di alcune importanti ricerche cliniche che hanno condotto alla scoperta di due nuovi Enterovirus, C-117 e C-118*



Perugia, 9 febbraio 2017 – Al via da Stoccolma, in occasione del meeting ECDC, il progetto di un Sistema di Sorveglianza a livello europeo per un monitoraggio efficace della circolazione del Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) e degli Enterovirus D68 e A71.

Prima causa di infezione delle basse vie aeree (bronchioliti) e una delle principali cause di ospedalizzazione nei bambini di età inferiore a 12 mesi, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità il virus respiratorio sinciziale nel mondo è anche causa di mortalità nel 3% dei casi, soprattutto tra i bambini nati pretermine e quelli con patologie associate (fibrosi cistica, malattie neuromuscolari, immunodeficienza, malattia cardiaca o respiratoria di base) e in altri soggetti a rischio come donne in gravidanza e anziani.



Prof.ssa Susanna Esposito

“Fino ad oggi – sottolinea la prof.ssa Susanna Esposito, professore ordinario di Pediatria presso l’Università degli Studi di Perugia – il monitoraggio continuo sull’impatto del virus respiratorio sinciziale e dell’enterovirus D68 e A71 era disponibile, sebbene in modo non uniforme, soltanto in pochi Paesi europei, tra cui Olanda e Francia. Grazie ad un sistema di sorveglianza a livello europeo sarà possibile ottenere un monitoraggio efficace dello stato di salute della popolazione e dei soggetti più a rischio come i lattanti fino a 6 mesi, le donne in gravidanza e gli anziani. Le infezioni da VRS ed enterovirus hanno un impatto clinico, sociale ed economico non indifferente, anche nel nostro Paese. Per questo motivo, lo sviluppo di misure preventive e terapeutiche efficaci è di prioritaria importanza”.

Le manifestazioni più comuni delle infezioni da virus respiratorio sinciziale sono rappresentate dalle bronchioliti che hanno la più alta incidenza nei mesi invernali tra novembre e marzo; è ormai nota, inoltre, la correlazione tra infezioni da VRS nella prima infanzia e successivo sviluppo di wheezing ricorrente e asma bronchiale in età adolescenziale e in età adulta.

Lo sviluppo di misure preventive efficaci è certamente una priorità e quello di un vaccino sicuro e immunogenico contro il virus respiratorio sinciziale resta una delle sfide vaccinali dei nostri giorni. In Italia, al momento i vaccini anti VRS sono in via di sperimentazione nelle gravide e nei bambini dei primi anni di vita e gli esperti prevedono che saranno disponibili nei prossimi 5-10 anni.

La nuova frontiera della vaccinazione anti VRS è rappresentata dallo sviluppo di vaccini vivi attenuati o di vaccini inattivati a subunità.

“I vaccini a base di virus vivo attenuato – spiega Susanna Esposito – rappresentano un’opzione preventiva estremamente attraente, poiché permettono di ovviare alla problematica dell’instabilità connessa ai vaccini anti VRS. Tuttavia si rendono necessari ulteriori studi per ottenere il giusto profilo di immunogenicità e sicurezza soprattutto nella prima infanzia e non sono raccomandati in gravidanza. Un differente filone di ricerca si sta dedicando allo sviluppo di vaccini a subunità virali per l’immunizzazione delle donne in gravidanza. Riguardo, infine, le nuove terapie antivirali, sono attualmente in corso diversi studi clinici nel bambino nei primi mesi di vita per valutare l’efficacia di

alcune molecole con effetto antivirale con l'obiettivo di arrivare ad una terapia specifica per le infezioni sostenute da VRS".

Le opzioni terapeutiche raccomandate nei casi di bronchiolite sono, quindi, ad oggi limitate. Non trovano indicazione i corticosteroidi, il ruolo dei beta2-stimolanti è dibattuto e l'effetto dell'adrenalina è controverso.

Pertanto, le linee guida internazionali suggeriscono che il trattamento primario rimanga in gran parte sintomatico con la somministrazione di liquidi e di ossigeno, se necessario, ed eventualmente con un tentativo di terapia con broncodilatatori. Gli antibiotici non sono raccomandati per la bronchiolite a meno che non vi sia il sospetto di complicazioni come la polmonite batterica secondaria.

Ad oggi, l'unica strategia preventiva approvata, cioè l'immunoprofilassi passiva con Palivizumab, è indicata solo in bambini ad elevato rischio di contrarre l'infezione. Questa categoria di pazienti, tuttavia, incide solo in minima parte sul totale delle infezioni e delle ospedalizzazioni da VRS. Per tale ragione, lo sviluppo di un vaccino contro il VRS rappresenta una priorità per le cure in età pediatrica.

Per quel che riguarda le infezioni da enterovirus, nei mesi primaverili ed estivi delle ultime quattro stagioni sono state riscontrate epidemie di infezione respiratoria da enterovirus D68 e A71 associate a gravi manifestazioni neurologiche, quali paralisi flaccide e mieliti.

A fronte dell'assenza di misure terapeutiche e preventive efficaci, gli esperti hanno sottolineato la necessità di creare una rete europea che monitori la circolazione di questi agenti infettivi identificando l'impatto di eventuali ceppi neurotropi anche al di fuori della sorveglianza della paralisi flaccida. Solo in questo modo, infatti, sarà possibile sviluppare terapie antivirali efficaci che mirino ai recettori dei virus neurotropi e che evitino lo sviluppo di complicanze neurologiche permanenti.

*fonte: ufficio stampa*