



I. L'epatite

1. INFORMAZIONI GENERALI

COS'È L'EPATITE?

1.1 Riassunto

L'epatite	L'epatite è un'infezione del fegato. Viene spesso chiamata <i>ittero</i> ma si tratta di un errore, poiché la colorazione giallognola della pelle è solo uno dei molti sintomi della malattia che non si manifesta per ogni epatite e si osserva anche in caso di altre malattie.
Cause dell'epatite	Nei paesi industrializzati occidentali, la causa più frequente delle epatiti è l'abuso di alcol. La seconda causa più comune è invece l'infezione da uno o più virus specifici. Le infiammazioni del fegato risultano sempre più spesso dal deposito di grassi (dovuto al sovrappeso) e da un'alimentazione non equilibrata. Più rari sono invece i casi di epatiti dovute ad altri microrganismi, in particolare nelle persone con un sistema immunitario indebolito. Per sopravvivere, i virus dell'epatite necessitano di cellule umane del fegato.
Forme di decorso dell'epatite virale	<p>L'epatite acuta segue spesso il suo decorso senza presentare sintomi apparenti. Tuttavia, può essere accompagnata da spossatezza, nausea, vomito e dolori all'addome (più precisamente alla parte superiore destra).</p> <p>L'epatite cronica non presenta sintomi specifici (salvo allo stadio della cirrosi). Segue il suo decorso per diversi anni e può portare ad una cirrosi; il tessuto epatico necrotizzato è sostituito progressivamente da tessuto cicatriziale (con crescente pregiudizio delle funzioni epatiche), da cui è possibile si sviluppi un tumore (epatocarcinoma).</p> <p>Una cirrosi epatica avanzata comporta un grave disturbo delle funzioni epatiche.</p>
Rilevamento di un'infezione virale	Nel caso di una sospetta epatite virale, il medico curante procederà innanzitutto ad un esame generale, in seguito ad un prelievo di sangue per rilevare determinati anticorpi, prodotti dal sistema immunitario per reagire al virus, e/o identificare determinati componenti del virus.
Chi deve sottoporsi ad un'analisi?	I test per l'epatite vengono solitamente effettuati in caso di manifestazione di possibili sintomi della malattia, quali la colorazione giallognola della pelle, stanchezza e nausea. I rischi di infezione da virus dell'epatite sono particolarmente elevati tra i consumatori di droghe. Quanto prima l'infezione è diagnosticata e trattata, tanto più sono elevate le possibilità di guarigione.
Le diverse forme dell'epatite virale	<p>Epatite A</p> <ul style="list-style-type: none">■ Trasmissione del virus: attraverso l'ingestione di acqua o alimenti contaminati con materia fecale; contatto con persone infette (contrazione orale); rapporti sessuali oro-anali.■ Decorso: il 50-70% delle persone adulte contagiate sviluppa i sintomi della malattia (nausea, ittero, ...). L'epatite fulminante è rara. L'infezione non diventa mai cronica e porta sempre all'immunità a vita: questo significa che la persona non si ammalerà più di epatite A.■ Terapia: non esiste una terapia antivirale farmacologica riconosciuta.■ Vaccinazione: la vaccinazione per l'epatite A e la vaccinazione combinata per le epatiti A e B sono sicure ed efficaci.

Epatite B

- *Trasmissione del virus:* attraverso sangue contaminato e secrezioni genitali (rapporti sessuali non protetti); l'uso comune di strumenti per l'iniezione tra persone che consumano droga per via endovenosa; tatuaggi o l'uso comune di lame di rasoio e di spazzolini da denti; dalla madre contagiata alla/al neonata/o (per trasmissione sanguigna durante il parto, percutanea – attraverso ferite della pelle – o attraverso le mucose).
- *Decorso:* i sintomi dell'epatite B acuta (50–70% dei casi tra le persone adulte) e l'evoluzione verso la forma cronica dipendono dall'età al momento dell'infezione: le infezioni contratte al momento della nascita evolvono spesso verso un'infezione cronica mentre nel caso di giovani e adulti questo avviene solo nel 5–10% dei casi. L'infezione può quindi evolvere verso la forma cronica con un conseguente rischio di cirrosi e di tumore al fegato. Solo una guarigione completa può garantire l'immunità. L'epatite fulminante è rara (circa 1% dei casi).
- *Terapia:* esiste una terapia a base di iniezioni di interferone, associata o meno a farmaci anti-virali (pastiglie). La prescrizione e l'efficacia della terapia dipendono dallo stato del sistema immunitario.
- *Vaccinazione:* la vaccinazione contro l'epatite B è sicura ed efficace. Sono necessarie di solito tre iniezioni, ma due possono bastare, in funzione dell'età della/del paziente e del tipo di vaccino.

Epatite C

- *Trasmissione del virus:* essenzialmente attraverso sangue contaminato per trasfusioni sanguigne (effettuate prima del 1990); per contrazione percutanea (attraverso ferite della pelle) o attraverso le mucose, come ad esempio con l'uso comune di lame di rasoio, di spazzolini da denti o di strumenti per tatuaggi.
- *Decorso:* l'infezione da virus dell'epatite C porta raramente ad un'epatite acuta (10–20%); questo significa che nella maggior parte dei casi essa si manifesta senza sintomi. Nel 70–80% delle persone subentra un'infezione cronica e, entro un periodo di tempo tra i 5 e i 50 anni (nel 5–50% dei casi), una cirrosi epatica che, a sua volta, può sfociare in un tumore al fegato. Dopo una guarigione spontanea o in seguito ad una terapia, una reinfezione, ossia una nuova infezione, è possibile. Si può assistere ad un'epatite fulminante, ossia un decorso rapido fino alla perdita delle funzioni epatiche, in caso di coinfezione con l'epatite A e l'epatite B. Queste ultime possono tuttavia essere evitate grazie alle rispettive vaccinazioni.
- *Terapia:* la terapia antivirale attualmente riconosciuta associa l'interferone (iniezioni sottocutanee) e un farmaco, la Ribavirina (pastiglie). Il tasso di guarigione varia secondo il genotipo del virus: dal 50 al 90%.
- *Vaccinazione:* non esiste alcuna vaccinazione.

Epatite D

Questo virus può riprodursi soltanto utilizzando il capsido del virus dell'epatite B. Per questo è possibile ammalarsi di epatite D solo se si è contemporaneamente contratto il virus dell'epatite B. L'infezione può contrarsi, come nel caso dell'epatite A, per via oro-fecale, essenzialmente attraverso alimenti e acqua potabile contaminati.

Epatite E

In Svizzera questa infezione è rara. Nei paesi industrializzati colpisce generalmente solo le persone che hanno viaggiato in regioni a rischio (Asia, Africa). L'agente patogeno è il

virus dell'epatite E che si comporta analogamente a quello dell'epatite A e comporta patologie simili. È trasmesso per via oro-fecale e può giungere ad un'infezione acuta che non diventa tuttavia mai cronica.

Tabella riassuntiva

	Epatite A	Epatite B	Epatite C	Epatite D	Epatite E
Trasmissione	orale contaminazione di acqua, alimenti e persone con materia fecale	attraverso la cute o le mucose sangue contaminato, rapporti sessuali non protetti, dalla madre contagiata alla/al neonata/o	attraverso la cute o le mucose sangue contaminato	attraverso la cute o le mucose come l'epatite B; solo in presenza di un'epatite B (coinfezione o superinfezione)*	orale come l'epatite A
Periodo di incubazione	15-50 giorni	1-6 mesi	50 giorni - 6 mesi	1-6 mesi	15-50 giorni
Decorso	50-70% dei casi sviluppa i sintomi (nausea, ...)	varia in funzione dell'età	per lo più senza sintomi, tuttavia con possibile evoluzione verso la cirrosi e il cancro al fegato	come l'epatite B	come l'epatite A; nel caso di gestanti può avere un decorso grave
Epatite acuta	sì	sì (nel 50-70% delle infezioni contratte in età adulta)	rara (5-10% dei casi)	sì	sì
Epatite cronica	mai	sì (nel 5-10% delle infezioni contratte in età adulta, 90% in caso di infezione contratta alla nascita)	sì (70-80% dei casi)	sì	mai
Reinfezione	no	no	sì	no	no
Vaccinazione	sì (2 iniezioni per una protezione di lunga durata)	sì (3 iniezioni per gli adulti, 2 per i giovani; protegge anche contro l'epatite D)	no	sì (il vaccino contro l'epatite B protegge anche dall'epatite D)	sì
Terapia	no	interferone e altri farmaci antivirali efficacia variabile (<50%)	interferone e Ribavirina (efficacia: 50-90%)	interferone e altri farmaci antivirali (terapia poco efficace)	no

* È possibile un'infezione contemporanea da entrambi i virus, oppure una persona che ha già contratto l'epatite B può essere contagiata in un secondo tempo anche dall'epatite D.

Coinfezioni

Si parla di coinfezione quando più agenti patogeni sono attivi contemporaneamente. Per coinfezione da HIV/HBV (e/o da HIV/HCV, e/o da HIV/HDV), si intende che una persona è affetta sia dall'HIV sia dall'HBV e/o dall'HCV e/o dall'HDV. Si tratta di situazioni che si verificano spesso, dato che l'HIV e alcuni virus dell'epatite si trasmettono per vie simili. Si parla di coinfezioni anche quando si presentano infezioni da almeno due agenti patogeni dell'epatite, ad esempio il virus dell'epatite B e il virus dell'epatite C (HBV/HCV).

1.2 Funzione epatica

Il fegato è il più grande organo interno del corpo umano. È situato nel quadrante superiore destro dell'addome, appena sotto il diaframma. È composto da un lobo epatico sinistro e da un lobo epatico destro e pesa all'incirca 1.5–2 kg.

I problemi di fegato passano sovente inosservati, poiché questo organo è insensibile al dolore. La membrana che lo avvolge, invece, è innervata. Nel caso di un ingrossamento, ad esempio a causa di un'infezione, può subentrare un dolore dovuto alla tensione.

Il fegato è un organo doppiamente vascolarizzato. Malgrado costituisca solo il 4% della massa corporea, è percorso dal 28% del flusso sanguigno e utilizza circa il 20% dell'apporto totale di ossigeno del corpo. La circolazione proviene dai vasi che trasportano il sangue dall'intestino e dalle arterie della circolazione generale. Dopo essere passato dal fegato, il sangue torna nell'apparato circolatorio da dove, a partire dal cuore, viene ridistribuito in tutto il corpo.

Il fegato è coinvolto in numerosi processi di trasformazione. Ad esempio, metabolizza alcuni componenti degli alimenti (come lipidi, proteine e zuccheri) ed immagazzina importanti sostanze come zuccheri, vitamine, oligoelementi e sostanze minerali.

Il fegato produce fattori di coagulazione, enzimi, ormoni e proteine, tra le quali si trova anche l'albumina, molto importante per la regolazione della pressione osmotica ed il trasporto delle sostanze insolubili nel plasma. Esso metabolizza inoltre la bile che, nell'intestino, svolge un ruolo importante per digerire ed assimilare determinati elementi nutritivi (soprattutto i lipidi).

Elimina le tossine (ad esempio, l'alcol) e purifica l'organismo scomponendo sostanze (ad esempio, i medicinali), permettendo di secernerle attraverso l'urina o la bile.

Quando è in buona salute, il fegato ha inoltre la particolare capacità di rigenerare rapidamente le sue cellule danneggiate o distrutte.

1.3 Cosa significa «epatite»?

«Epatite» deriva dal termine greco *hêpar* che significa fegato. Quando un tessuto o un organo è infiammato, si aggiunge alla sua denominazione (che per lo più deriva dal latino o dal greco) il suffisso *-ite*. L'infezione del fegato diventa quindi *epatite*. Questo termine designa varie forme di infiammazione del fegato e non fornisce alcuna informazione sulla ragione dell'infiammazione. L'epatite è sovente chiamata ittero, ma a torto, poiché la colorazione giallognola della pelle è solo uno dei molti sintomi possibili, non si manifesta in tutti i casi di epatite ed appare anche in altre malattie.

Alcune nozioni mediche

- *Infezione acuta*: infezione del corpo da microrganismi, con o senza sintomi.
- *Epatite acuta*: infezione del fegato da microrganismi, con o senza sintomi.
- *Infezione cronica*: stato che segue un'infezione, quando il microrganismo resta nel corpo (per più di 6 mesi); con o senza sintomi.
- *Epatite cronica*: stato che segue un'epatite acuta, quando il microrganismo resta nel fegato; con o senza sintomi.

1.4 Cause delle epatiti

Nei paesi industrializzati occidentali le epatiti sono dovute soprattutto ad un *consumo eccessivo di alcol*. Quest'ultimo, infatti, è essenzialmente eliminato dal fegato, sul quale ha pertanto un effetto tossico diretto. I valori soglia oltre ai quali il fegato subisce un danno si situano, nel caso di consumo regolare, per gli uomini tra i 40–60 g e per le donne attorno ai 20 g di alcol puro al giorno (un bicchiere - 3 dl di birra, 1 dl di vino, 2 cl di superalcolici - contiene in media 10 g di alcol puro).

La seconda causa più frequente dell'epatite sono le infezioni da virus specifici.

Nei paesi industrializzati, le infiammazioni del fegato sono causate sempre più frequentemente da fattori che non riguardano il consumo di alcol. I principali fattori di rischio sono costituiti dal sovrappeso e da un tasso di colesterolo elevato, dovuti ad una scorretta alimentazione.

Più rare sono invece le epatiti che derivano dall'infezione da altri microrganismi, soprattutto quando il sistema immunitario è già indebolito. È il caso, ad esempio, del citomegalovirus (CMV), del virus di Epstein-Barr (EBV, agente patogeno della mononucleosi infettiva), del virus della varicella e dell'*herpes zoster* (VZV) e del virus dell'*herpes simplex* (HSV).

In questi casi, l'infiammazione del fegato è per lo più accompagnata da quella di altri organi. Questa combinazione può costituire un pericolo nelle persone il cui sistema immunitario è indebolito (ad esempio, nel caso di persone che hanno contratto l'HIV).

Agenti patogeni come il virus della febbre gialla o quello dell'Ebola non sono diffusi alle nostre latitudini; possono però essere contratti durante viaggi nei paesi in cui queste malattie sono endemiche (Repubblica Democratica del Congo, Congo-Brazzaville, Sudan, Gabon, Costa d'Avorio o Uganda) ed assumere quindi una certa rilevanza.

Anche infiammazioni di origine batterica come la brucellosi (trasmissibile attraverso il latte), la leptospirosi (trasmissibile attraverso l'urina dei topi) ed il tifo possono sfociare in un'epatite.

Infine, l'epatite può essere pure provocata da parassiti (organismi monocellulari). Anche in questo caso, di solito, vengono colpiti altri organi.

In casi rari, le epatiti possono essere una conseguenza degli effetti collaterali di alcuni farmaci, di disturbi del metabolismo del ferro e del rame, o di processi autoimmuni. Questi ultimi indicano in generale le malattie in occasione delle quali il sistema immunitario reagisce improvvisamente ed arbitrariamente cercando di distruggere cellule dell'organismo cui appartiene.

Questo manuale si occupa principalmente delle epatiti di origine virale.

1.5 Decorsi

Nel caso di infiammazioni virali del fegato bisogna sostanzialmente distinguere tra *infezioni acute* ed *infezioni croniche*.

L'epatite acuta passa sovente inosservata (forma asintomatica) o è accompagnata da spossatezza, nausea, vomito, perdita di peso e dolori alla parte superiore destra dell'addome. Talvolta può insorgere uno stato febbrile. In un terzo dei casi può svilupparsi, dopo all'incirca una settimana, un ittero, ossia una colorazione giallognola della sclera, la parte bianca degli occhi (*subicterus*), e della pelle (*icterus*). Questi disturbi scompaiono per lo più dopo un periodo di tempo compreso tra le 2 e le 6 settimane. Raramente si giunge ad un grave pregiudizio delle funzioni epatiche con esito letale, ossia al così detto

«decorso fulminante». La colorazione giallognola della pelle è dovuta ad uno squilibrio nell'eliminazione della bilirubina. Quest'ultima è un normale prodotto della degradazione dell'emoglobina (il pigmento responsabile della colorazione rossa del sangue): il fegato la evacua nelle feci attraverso la bile. Quando questo processo è disturbato, la bilirubina viene in parte immagazzinata nei tessuti e si rende parzialmente visibile nella sclera e nella pelle. Una parte viene invece secreta attraverso i reni. In questo caso l'urina diventa marrone. Le feci, al contrario, si schiariscono: la bilirubina è infatti all'origine della loro colorazione normale. Anche l'assimilazione dei grassi da parte delle cellule dello stomaco viene disturbata, poiché vengono a mancare gli acidi biliari, componenti importanti della bile. Questa disfunzione può causare diarrea.

Paradossalmente, in questa fase le persone colpite si sentono spesso meglio rispetto all'inizio dell'infezione, malgrado abbiano un aspetto malato. Durante questo periodo, anche il rischio di contagio è inferiore; questo è strettamente legato alla quantità di virus nel sangue o nelle feci.

L'*epatite cronica (> 6 mesi)* persiste per anni e può portare ad una cirrosi epatica; il fegato produce tessuto cicatriziale per sostituire i tessuti morti (con crescente pregiudizio delle sue funzioni) o forma un tumore (epatocarcinoma).

Solo alcune infiammazioni acute del fegato sfociano in un'infezione cronica. Questo dipende principalmente dal tipo di virus all'origine dell'infezione acuta (nelle persone adulte si registra ad esempio una cronicità del 5-10% nel caso dell'epatite B e del 70-80% nel caso dell'epatite C).

Decorsi cronici con eventuali conseguenze ritardate si verificano nel caso di infezioni con virus dell'epatite B, C e D. In questo caso è molto importante evitare il più possibile influssi negativi supplementari, come l'ingestione eccessiva di farmaci nocivi per il fegato (ad esempio, il paracetamolo = Panadol) o di alcol.

Non sempre le sensazioni della/del paziente, i risultati del prelievo di sangue e lo stato dei tessuti convergono. Nel caso, ad esempio, di epatite C cronica si può a volte rilevare un'elevata concentrazione virale (→ capitolo I.2.4), senza che l'esame dei tessuti prelevati mediante biopsia tradisca un'infezione importante del fegato. In altri casi è possibile che le sensazioni della/del paziente e i risultati del prelievo di sangue siano soddisfacenti, mentre la cirrosi si aggrava.

Una *cirrosi epatica avanzata* comporta un grave pregiudizio delle funzioni del fegato e diversi sintomi. Oltre ad una perdurante stanchezza, ad un calo di vitalità e ad una sensazione di pressione e di gonfiore dell'epigastrio ed eventualmente anche ad un generale prurito cutaneo, possono insorgere i seguenti sintomi:

- Diminuzione della massa muscolare.
- Apparizione di piccoli vasi sanguigni a forma di ragno (angioma stellare, *spider naevi*) sotto la pelle, soprattutto sul torace.
- Arrossamento dei palmi delle mani e delle piante dei piedi (eritema palmare e plantare).
- Colorazione giallognola della pelle.
- Femminilizzazione degli uomini. Nelle ghiandole surrenali gli uomini sintetizzano quantità modiche di estrogeni (ormoni sessuali femminili) che, in un fegato sano, sono rapidamente decomposti. In un fegato cirrotico che ha sviluppato tessuti cicatriziali, questo processo è ostacolato; gradualmente si accumulano considerevoli quantità di ormoni femminili che diventano efficaci, provocando uno sviluppo delle ghiandole mammarie (ginecomastia), una degenerazione dei testicoli (atrofia testi-

colare) ed una diminuzione della villosità (alopecia). A volte possono insorgere disturbi dell'erezione (*impotentia coeundi*) e sterilità (*impotentia generandi*).

- Disturbi del ciclo per le donne, che possono giungere fino ad una completa cessazione delle mestruazioni (amenorrea).
- «Ventre gonfio» (*ascite*). Siccome il flusso del sangue dalla vena porta attraverso il fegato è fortemente ostacolato a causa dell'infiammazione e dei cambiamenti subiti dal tessuto epatico (cirrosi), in questa zona si verifica un aumento della pressione (ipertensione portale) che provoca un versamento di liquidi nella cavità addominale (trasudazione). Questo processo viene favorito dalla carenza di determinate proteine del sangue (l'albumina che, di norma, è sintetizzata in misura sufficiente da un fegato sano). I meccanismi di regolazione ormonale tendono a sostituire i liquidi filtrati nel sistema vascolare e mantengono l'ipertensione portale, instaurando un circolo vizioso. Alcuni medicinali possono ridurre leggermente la tensione portale (determinati betabloccanti e nitrati).
- «Circolazione collaterale»: piccoli vasi sanguigni collegano la vena porta alla vena cava superiore passando sotto la mucosa dell'esofago. In caso di ipertensione portale si dilatano, provocando la formazione di varici esofagee che, se si rompono, possono provocare emorragie letali.
- Disturbi della coagulazione del sangue: il fegato malato è nell'incapacità di produrre una quantità di fattori coagulanti sufficiente. Inoltre, l'ipertensione portale provoca l'ingrossamento della milza con una conseguente crescente carenza di piastrine (splenomegalia). La mancanza di fattori di coagulazione e di piastrine innalzano il rischio di emorragie.
- Encefalopatia epatica (malattia del cervello). Alcune persone affette da ipertensione portale soffrono anche di disturbi psichici, poiché sviluppano la così detta encefalopatia epatica. All'origine di questa patologia si trovano le sostanze tossiche assimilate dalle cellule dello stomaco che non possono più essere trasformate dal fegato malato oppure che finiscono direttamente nella circolazione dalla vena porta attraverso la circolazione collaterale. L'ammoniaca, che si forma solitamente nello stomaco come conseguenza della scomposizione di proteine da parte dei batteri gastrici, svolge un ruolo fondamentale nell'emergenza di un'encefalopatia epatica, poiché il fegato non riesce più a trasformarla in urea. Fonte di altri disturbi, l'eccesso di ammoniaca è anche all'origine dell'aumento della permeabilità dei vasi cerebrali, dai quali filtrano liquidi sanguigni nel tessuto del cervello. Questo processo è la principale causa di morte improvvisa in seguito ad un collasso delle funzioni epatiche, mentre, in un decorso cronico, porta alla morte progressiva di cellule nervose (atrofia cerebrale), con disturbi di rilevanza sempre maggiore: stato di eccitabilità, disorientamento, disturbi della memoria e della concentrazione, disturbi del sonno, disturbi della motricità fine. Questi ultimi si manifestano sovente a livello della scrittura, della locuzione, della motilità, attraverso movimenti oculari abnormi e assenza di riflessi oculari normali. La terapia di un'encefalopatia epatica, pertanto, mira innanzitutto a combattere l'accumulo di ammoniaca. Ciò è possibile riducendo l'apporto di proteine, favorendo una regolare evacuazione dello stomaco (ad esempio con lattulosio) e abbassando la presenza di batteri gastrici mediante antibiotici. In caso di decorso cronico, è possibile riscontrare qualche miglioramento; a lungo termine, la prognosi è tuttavia prevalentemente sfavorevole.

LE CINQUE DIVERSE FORME DI EPATITE VIRALE

1.6 Virus dell'epatite

Di norma, i virus si attaccano solo a determinate cellule ospiti che devono presentare una superficie tale da consentire il loro aggancio. Nel caso dei virus dell'epatite, le cellule ospiti sono quelle del fegato umano. In esse si trova una sorta di serratura alla quale i virus si adattano come delle chiavi.

Durante l'infezione, il patrimonio genetico del virus si immette nella cellula epatica, la modifica e la «costringe» a produrre nuovi virus. A tutt'oggi non è ancora completamente chiaro come funzioni il meccanismo di distruzione delle cellule epatiche da parte degli agenti patogeni. Attualmente si conoscono abbastanza bene i virus dell'epatite A, B, C, D e E. Questi si differenziano sotto molteplici aspetti, ad esempio la struttura genetica, le vie di trasmissione, la pericolosità o le possibili terapie.

1.7 Epatite A

Trasmissione del virus

Il virus dell'epatite A si trasmette per via oro-fecale. Ciò significa che il virus si trova nelle feci delle persone contagiate e che è possibile contrarlo per via orale, sia direttamente, ad esempio attraverso pratiche sessuali oro-anali, sia attraverso alimenti, bevande o oggetti contaminati (condivisione di giocattoli erotici, di spinelli). Durante il periodo di incubazione (lasso di tempo tra l'infezione e la manifestazione della malattia), il virus è rilevabile, per un breve momento, anche nel sangue. In rari casi, è pertanto possibile una trasmissione per via sanguigna. La persona infetta è contagiosa a partire dalla seconda metà del periodo di incubazione (dunque già prima che la malattia si manifesti) fino ad una settimana dopo l'apparizione dei primi sintomi.

Oggi il contagio avviene per lo più durante viaggi in paesi dove sussistono condizioni igieniche precarie. Per questo motivo, nel caso dell'epatite A si parla anche di «epatite da viaggio».

Decorso

Il periodo di incubazione si situa tra i 15 e i 50 giorni (in media tra i 25 e i 30). L'infezione nel caso di bambini piccoli ha un decorso per lo più asintomatico (meno del 5% dei casi si sviluppa in un'epatite acuta), mentre le persone adulte sviluppano sintomi nel 50-70% dei casi (nausea, ...). Un'epatite fulminante, ossia un decorso rapido fino alla perdita delle funzioni epatiche, è rara (0,1%); se combinata con un'altra forma di epatite può tuttavia essere più frequente.

L'infezione non diventa mai cronica e comporta un'immunità a vita.

Diagnosi

Il rilevamento di anticorpi contro il virus dell'epatite A permette di distinguere tra un'infezione recente (rilevamento di immunoglobulina M; IgM) e l'immunità dovuta ad un'infezione guarita o ad una vaccinazione (rilevamento di immunoglobulina G; IgG). Gli anticorpi IgM possono essere rilevati 5-10 giorni dopo l'infezione (prima dunque dello sviluppo di sintomi) e restano nel corpo per 4-6 mesi.

Dati epidemiologici

Sulla base delle segnalazioni pervenute all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), è possibile affermare che fino al 2000 si sono verificati 250-350 casi di epatite A acuta all'anno. A partire dal 2001, i casi sono scesi al di sotto dei 200 all'anno. Siccome solo

una parte delle persone contagiate sviluppa una forma acuta, il numero di nuove infezioni per anno è da considerarsi da 2 a 4 volte maggiore del numero di casi di epatite A acuta registrati. In passato, tra le persone più colpite si trovavano le/i consumatrici/ consumatori di droghe per via endovenosa; il loro numero è ora lievemente diminuito. Oggi, la categoria più colpita è costituita da viaggiatori in paesi ad alto rischio (Asia, Africa, America centrale e meridionale).

Terapia

Non esiste una terapia antivirale farmacologica riconosciuta.

Vaccinazione

Le persone vaccinate (2 dosi per la vaccinazione contro l'epatite A; 3 dosi per la vaccinazione combinata contro le epatiti A e B) sono protette in modo sicuro per anni, probabilmente anche per decenni. La vaccinazione contro l'epatite A, introdotta nel 1992, e la vaccinazione combinata contro le epatiti A e B, introdotta nel 1997, si sono dimostrate molto efficaci ed affidabili. Nel caso delle persone che consumano droga si deve vaccinare soltanto chi è negativo al test di rilevamento degli anticorpi contro il virus dell'epatite A. Questo vale anche per il personale che lavora a stretto contatto con i consumatori di droghe. Oltre alla vaccinazione – denominata anche immunizzazione attiva – esiste l'immunizzazione passiva, per la quale viene iniettato del siero (immunoglobulina) che contiene anticorpi protettivi. L'effetto dura però soltanto pochi mesi. Nell'85% dei casi, la somministrazione di immunoglobulina entro 2 settimane dal contatto con una persona infetta può evitare il manifestarsi della malattia. La vaccinazione entro i 7 giorni che seguono l'esposizione ha un'efficacia comparabile e viene attualmente preferita all'iniezione di immunoglobuline.

Misure igieniche

Il rischio emerge soprattutto nel caso di viaggi a destinazione dei paesi menzionati precedentemente. Sul posto sarà pertanto indispensabile evitare il contatto con acqua contaminata ed escrementi infetti. Si raccomanda quindi di consumare unicamente bevande in lattina o in bottiglia, di rinunciare a cubetti di ghiaccio e gelati, di mangiare solo frutta sbucciata di persona, di fare attenzione nel caso di insalate e frutti di mare. È essenziale lavarsi le mani con il sapone e più accuratamente che a casa propria, in particolare dopo aver utilizzato i servizi igienici. Il virus può sopravvivere a lungo. Gli oggetti e gli alimenti potenzialmente contaminati vanno disinfettati in acqua bollente (20 minuti in acqua a 85–90° o 90 secondi al vapore per gli oggetti; 4 minuti a 85–90° per gli alimenti).

1.8 Epatite B

Trasmissione del virus

Il virus dell'epatite B si trasmette attraverso sangue e secrezioni genitali (sperma e secrezioni vaginali) contaminati, soprattutto in caso di rapporti sessuali non protetti (oro-genitali e anali), di uso comune di strumenti per l'iniezione con persone che consumano droga per via endovenosa, di tatuaggi e di uso comune di lame di rasoio e di spazzolini da denti. È possibile anche il passaggio dalla madre contagiata alla/al neonata/o. Non sussiste più invece alcun pericolo nel caso di trasfusioni, visto che da decenni il sangue raccolto viene sottoposto a test in grado di rilevare la presenza del virus dell'epatite B (antigeni HBs).

L'infezione da HBV presuppone che il sangue o le secrezioni genitali di una persona contagiata penetrino nella circolazione sanguigna attraverso la pelle o le mucose (ad esempio, per iniezione, attraverso una ferita o in seguito a contatti sessuali non protetti).

Una persona infetta è contagiosa già diverse settimane prima dell'insorgere dei sintomi e lo resta durante tutta la durata della malattia. In caso di infezione cronica, il rischio di trasmissione è più importante quando la viremia (moltiplicazione virale) è elevata: è il caso delle epatiti B croniche con antigene HBe positivo. La persona è meno contagiosa se positiva agli anticorpi HBe.

Decorso

Il periodo di incubazione si situa tra 1 e 6 mesi (in media 60–90 giorni). A dipendenza dell'età, l'infezione comporta una sintomatologia acuta, dal grado di cronicità e dalle conseguenze molto diverse.

Nel caso di neonate/i (trasmissione attraverso la madre) e bambine/i piccole/i, l'infezione non ha praticamente più un'evoluzione acuta; diventa tuttavia cronica nel 70–90% dei casi. Nelle persone giovani e adulte, l'infezione porta ad un'epatite acuta nel 20–50% dei casi e nel 5–10% diventa cronica (a dipendenza se si è verificata o meno un'evoluzione acuta). Se l'infezione dura più di 5 anni, nel 10–40% dei casi l'epatite cronica sfocia in una cirrosi con il rischio che si possa in seguito manifestare un tumore al fegato.

Diagnosi

Esistono diverse analisi di laboratorio per il rilevamento di anticorpi, di proteine del virus (principalmente quelle del capsido, antigeni HBs) e del patrimonio genetico virale. È possibile distinguere tra infezione recente, infezione cronica e immunità. È possibile anche stabilire se l'immunità sia stata provocata da una vaccinazione o dalla malattia. Il test degli antigeni HBs può rilevare un'infezione a partire da 2 settimane dopo il contagio. Di regola sono però necessarie da 5 a 9 settimane. Questo significa che l'infezione può essere individuata prima dell'inizio dei sintomi; in casi rari, è possibile solo 6–9 mesi dopo.

Dati epidemiologici

Sulla base delle segnalazioni giunte all'UFSP è possibile affermare che tra il 1988 e il 1995 si sono verificati 350–500 casi di epatite B acuta all'anno. Tra gli anni 1996–2000, circa 200–250 casi annui sono stati recensiti. A partire dal 2000 si è scesi sotto i 200 casi all'anno, di cui all'incirca il 70% sono persone di sesso maschile, per lo più tra i 25 e i 29 anni. Siccome un'evoluzione acuta ha luogo solo per una parte delle persone contagiate, si suppone che il numero di nuove infezioni sia sensibilmente maggiore (4–10 volte) rispetto al numero di segnalazioni pervenute: si stima quindi che esso si situi tra 500 e 1000 casi annui.

Mentre in passato i casi di epatite B erano registrati soprattutto tra le persone che consumano droga per via endovenosa, a costituire la maggiore fonte di contagio sono ora i rapporti sessuali non protetti (eterosessuali e omosessuali). A questo proposito, si noti che per contrarre un'infezione basta un solo rapporto sessuale. Si valuta che in Svizzera all'incirca 20 000 persone (1 persona su 200–400 abitanti) vivano con un'epatite B cronica; gran parte di loro non presenta sintomi apparenti. Alcune soffrono tuttavia di cirrosi epatica o di un tumore al fegato.

Terapia

Esiste una terapia antivirale a base di interferone pegilato (iniezioni sottocutanee, una volta alla settimana, per una durata di un anno) e a base di farmaci antivirali per via orale. La prescrizione della terapia deve essere valutata da uno specialista (infettivologo, gastroenterologo, epatologo o internista). Il trattamento richiede uno stretto monitoraggio da parte del medico. La probabilità di una guarigione completa è nettamente inferiore rispetto all'epatite C: il tasso si situa intorno al 20–30%.

Nei casi in cui la guarigione completa non è raggiunta, si tenta di ridurre il tasso di viremia nel sangue. Il processo infiammatorio ed i relativi danni del fegato possono quindi essere arrestati. Questo scopo terapeutico è raggiunto praticamente nel 100% dei pazienti.

Esistono pazienti nei quali è possibile rilevare il virus dell'epatite B senza tuttavia che manifestino alcun segno di un processo infiammatorio del fegato. Questi pazienti non hanno dunque un'epatite B cronica ma sono considerati portatori inattivi dell'antigene positivo dell'epatite B (HBsAg+). Generalmente, essi non seguono un trattamento medicamentoso.

Grazie ai trapianti di fegato, consentiti però solo in determinati casi, esistono ora possibilità di guarigione anche nel caso di cirrosi epatiche avanzate.

Vaccinazione

La vaccinazione contro l'epatite B è altamente efficace e sicura (3 iniezioni per bambine/i e adulti; 2 iniezioni per le/gli adolescenti con un dosaggio per persone adulte; 2 iniezioni anche per le/i bambine/i con vaccino combinato A e B).

In Svizzera, la vaccinazione è raccomandata dal 1982 per tutte le persone a rischio e dal 1998 per tutte le/i giovani dagli 11 ai 15 anni.

Le persone che consumano droga dovrebbero sempre essere persuase a vaccinarsi. Tuttavia, siccome esse interrompono sovente consulti e trattamenti, è consigliabile somministrare loro una dose di vaccinazione già alla prima visita, ancor prima di disporre dei risultati di laboratorio. Anche se la sierologia dovesse risultare positiva, una prima vaccinazione non è dannosa. Meglio una vaccinazione di troppo che una di meno. Se il test di depistaggio degli anticorpi Hbc è positivo, la persona è già infetta e la vaccinazione non è dunque necessaria. Si consiglia tuttavia di completare le analisi.

Anche il personale in contatto con consumatori di droghe dovrebbe farsi vaccinare contro l'epatite B. Esistono vaccini combinati, ad esempio contro l'epatite A e l'epatite B, ma anche vaccini combinati contro l'epatite B ed altri agenti patogeni. La somministrazione del vaccino e delle immunoglobuline (vaccinazione passiva e attiva) entro 24-48 ore dal contatto con sangue infetto può proteggere dalla malattia (→ capitolo II.1.7).

Controllo delle donazioni di sangue

Dal 1980, in Svizzera, tutte le donazioni di sangue vengono sottoposte a test per rilevare l'eventuale presenza di antigeni HBs. Da allora non si sono praticamente più verificate infezioni dovute a trasfusioni. Il rischio residuo si situa attorno a 1:300000, dovuto alla così detta «finestra diagnostica» o «finestra immunologica», ossia il lasso di tempo (alcuni giorni) che intercorre dall'infezione da HBV al momento in cui l'antigene HBs è rintracciabile. In questo periodo, l'infezione non è ancora rintracciabile e può quindi essere trasmessa, in casi rarissimi, mediante trasfusione.

Controlli per le gestanti

In Svizzera, il depistaggio mirato è consigliato dal 1985. Si raccomanda invece di sottoporre tutte le gestanti ai test per rilevare la presenza di antigeni HBs dal 1996. In caso di infezione della madre, occorre vaccinare ed immunizzare passivamente le/i neonate/i immediatamente dopo il parto.

Misure igieniche

Osservare attentamente le regole del sesso sicuro (come per la prevenzione di infezioni da HIV); evitare le siringhe potenzialmente infette (scambio, uso in comune, sterilizzazione insufficiente) e le ferite con oggetti taglienti o acuminati. Queste misure valgono in particolare nel caso di consumo di droga, ma anche di tatuaggi, piercing e iniezioni eseguite in condizioni igieniche precarie.

Il virus può sopravvivere nell'ambiente a temperature normali per almeno una settimana. Gli oggetti potenzialmente contaminati devono pertanto essere lavati con cura e non devono essere utilizzati in comune, in particolare se vi è un pericolo di ferimento (nel caso di oggetti acuminati o taglienti, rasoi, lime per le unghie, strumenti per la cura delle mani, spazzolini da denti, ...).

1.9 Epatite C

Trasmissione del virus

Il virus dell'epatite C viene per lo più trasmesso tramite sangue contaminato che penetra attraverso una ferita della pelle o delle mucose. Nella maggior parte dei casi, il contagio si verifica attraverso l'uso comune di strumenti per l'iniezione nel caso di consumo di droga per endovena. Più raramente, anche in occasione di tatuaggi o di uso in comune di rasoi e spazzolini. La trasmissione sessuale è possibile in caso di ferite. Analogamente, la trasmissione del virus dalla madre contagiata alla/al neonata/o si verifica in caso di contatto sanguigno (probabilità di circa il 5%). In Svizzera, inoltre, non si registra praticamente più alcuna infezione dovuta a trasfusione di sangue contaminato. Nei paesi in via di sviluppo il rischio è invece nettamente maggiore. Il contagio è possibile da una a più settimane precedenti l'apparizione della malattia; il rischio persiste per una durata indeterminata nella maggioranza delle persone infette e non trattate.

Controllo delle donazioni di sangue

Nel 1990 è stato introdotto in Svizzera il controllo della presenza di anticorpi HCV per tutte le donazioni di sangue e per tutti gli emoderivati, e nel 1999 il depistaggio di genoma virale mediante la reazione a catena della polimerasi (PCR). Attualmente, il rischio di subire un contagio al momento di una trasfusione è di 1:1.4 milioni. In Svizzera, questo equivale a circa un caso ogni 5-10 anni, dovuto ad una donazione avvenuta subito dopo l'infezione, quando il test PCR è ancora negativo (finestra diagnostica).

Decorso

Il periodo di incubazione dura da 20 giorni a 6 mesi. L'infezione da HCV porta raramente ad un'epatite acuta (nel 10-20% dei casi) ed evolve di solito senza sintomi. Conduce però nel 70-80% dei casi ad un'infezione cronica. In un lasso di tempo compreso tra i 5 ed i 50 anni, nel 5-50% delle persone malate cronicamente porta ad una cirrosi, con un considerevole rischio di sviluppare un tumore al fegato.

Diagnosi

Il sangue viene innanzitutto sottoposto ad un test di depistaggio degli anticorpi (*screening*). Un risultato positivo deve in seguito essere confermato da un metodo più mirato. La diagnosi può ritenersi comprovata solo se anche questo secondo test risulta positivo. Il test per rilevare la presenza di anticorpi è efficace entro 15 settimane (in media 7-8 settimane) dall'infezione o entro 6 settimane dal manifestarsi dei sintomi. Grazie alla PCR, è possibile rilevare la presenza di genoma virale entro un periodo compreso tra 1 e 3 settimane dall'infezione, ossia ben prima di quanto non lo consenta il depistaggio degli anticorpi. La PCR è generalmente effettuata in caso di sospetta infezione acuta o cronica, anche se il test degli anticorpi è negativo. La PCR è di norma effettuata in caso di sospetto di infezione cronica per confermare che l'infezione è attiva e, se occorre, per determinare il genotipo.

Dati epidemiologici

I medici ed i laboratori sono tenuti a segnalare all'UFSP i casi di epatite C acuta. Sulla base dei dati disponibili, è possibile affermare che dal 1992 al 2000 il numero di casi si è stabilizzato tra i 50 e i 65 all'anno. A partire dal 2000, si è osservato un aumento a 80-90 casi, dovuto a nuovi criteri adottati per definire i casi acuti (sieroconversione documentata). Nel 2002 si sono addirittura verificati 133 casi; questo aumento è legato, con ogni probabilità, ad una campagna di sensibilizzazione che ha portato ad un aumento dell'attività diagnostica. Nel 2003 i casi sono scesi a 90 e questa tendenza prosegue: nel 2006 sono stati infatti recensiti 65 casi.

Anche per l'epatite C si può presumere che il numero delle nuove infezioni sia molto più elevato (5-10 volte) di quello dei casi acuti segnalati, dato che non tutte le persone con-

tagiate sviluppano dei sintomi. Si considera pertanto che il numero di nuove infezioni si aggiri tra 300 e 1000 all'anno.

A partire dagli anni Ottanta, nuove infezioni sono state registrate soprattutto tra le persone che consumano droga per via endovenosa (60–80%). Il 60% di queste sono uomini, per lo più di un'età compresa tra i 25 e i 29 anni.

Molte persone presentano d'altra parte un'infezione cronica contratta in passato, in un momento non ben determinato, mediante consumo di droga o trasfusione di sangue prima dell'introduzione del depistaggio degli anticorpi (prima del 1990), e ciò comporta circa 2500 nuove dichiarazioni all'anno.

Infezione cronica

Siccome l'infezione del virus dell'epatite C può perdurare senza manifestare sintomi clinici per anni e anche decenni, solo all'incirca la metà delle 50 000–70 000 persone che si stima siano contagiate è a conoscenza della propria malattia.

Terapia

La terapia farmacologica virale al momento riconosciuta consiste nella combinazione di interferone pegilato e Ribavirina. Una guarigione è possibile nel 50–90% dei casi, se la terapia è iniziata in maniera tempestiva e, ad ogni modo, prima che si sviluppi una cirrosi. Le prospettive di guarigione dipendono in forte misura dall'aderenza alla terapia e dal tipo di virus. I pazienti con il genotipo 1 e 4 devono, nel 50% dei casi, seguire un trattamento di 48 settimane. Nel caso del genotipo 2 e 3, la durata si riduce a 24 settimane ed il tasso di guarigione si aggira intorno all'85%. I principali effetti collaterali della terapia sono stanchezza, febbre, dolori muscolari e articolari, modifiche dei valori sanguigni e stati depressivi. Il trattamento deve quindi essere strettamente monitorato. Come per l'epatite B, il trapianto del fegato deve essere preso in considerazione in caso di perdita delle funzioni epatiche in fase avanzata. Questo intervento si effettua generalmente in un centro universitario. Attualmente anche il trapianto epatico permette di ottenere buoni risultati nel caso di cirrosi avanzata, ma non in tutte/tutti le/i pazienti.

Vaccinazione

Non esiste nessun vaccino specifico per l'epatite C e non è neppure probabile, per quanto possibile prevedere, che ne venga sviluppato uno nei prossimi anni.

Misure igieniche

Evitare il contatto con oggetti che potrebbero essere contaminati (siringhe, aghi, cucchiai, filtri, acqua) e che vengono impiegati in comune durante il consumo di droga, oppure il contatto in generale con oggetti taglienti o acuminati. Ciò vale in particolare nel caso di consumo di droga, ma anche di tatuaggi, piercing e iniezioni eseguite in condizioni igieniche precarie.

Una delle misure più importanti che andrebbero osservate è fare in modo che le persone che consumano droga abbiano a disposizione una quantità sufficiente di strumenti sterili per le loro iniezioni e che possano ottenerli gratuitamente e anonimamente 24 ore su 24. Sono ad ogni modo necessarie rigorose misure d'igiene supplementari.

La durata di vita del virus dell'epatite C nell'ambiente non è ancora conosciuta. Per questo motivo, in caso di dubbio, qualsiasi oggetto deve essere considerato contaminato e trattato di conseguenza (→ capitolo II.2).

1.10 Epatite D

Il virus dell'epatite D può propagarsi soltanto sfruttando il capsido del virus dell'epatite B. L'epatite D, pertanto, insorge solo in presenza di un'infezione da virus dell'epatite B.

Può comportare un'infezione più acuta o aggravare considerevolmente lo stato di salute. In Svizzera, l'epatite D è rara. Tuttavia, in caso di coinfezione, assume un ruolo importante. Il periodo di incubazione si situa tra 1 e 6 mesi. La vaccinazione contro l'epatite B protegge anche dall'epatite D.

1.11 Epatite E

Il virus dell'epatite E si manifesta principalmente nel maiale. Esso si comporta in maniera analoga al virus dell'epatite A e può causare lo stesso tipo di disturbi. Viene trasmesso per via oro-fecale. L'infezione può avere un'evoluzione acuta, senza diventare mai cronica e può comportare delle gravi conseguenze nelle gestanti. Il periodo di incubazione varia tra le 2 e le 8 settimane.

Negli ultimi anni – in particolare nei paesi con standard igienici precari – si sono verificate a livello mondiale epidemie con migliaia di malati. In Svizzera, non è obbligatorio dichiarare i casi di epatite E, che finora sono molto rari. Si sta attualmente sviluppando un vaccino che potrebbe presto essere disponibile.

Altri virus epatici

I virus conosciuti attualmente permettono di chiarire soltanto l'80–90% dei casi di epatite virale acuta e cronica. La ricerca a livello mondiale è attiva per trovare la soluzione dei casi restanti. Ogni 1–2 anni viene scoperto un nuovo virus, la cui importanza resta tuttavia marginale.

COINFEZIONI

1.12 Cosa sono le coinfezioni?

Si parla di coinfezione quando più agenti patogeni sono attivi contemporaneamente. Per coinfezione da HIV/HBV e/o da HIV/HCV, e/o da HIV/HDV, si intende che una persona è affetta sia dall'HIV sia dall'HBV e/o dall'HCV e/o dall'HDV. La coinfezione da HIV/HCV si verifica spesso tra i consumatori di droghe, mentre le altre più raramente.

Fondamentalmente, tutte le malattie che comportano un indebolimento del sistema immunitario possono influenzare negativamente il decorso di una malattia infettiva.

1.13 Informazioni generali sulle coinfezioni

L'HIV è il virus dell'immunodeficienza umana, responsabile dell'Aids.

Il tasso di CD4 misura il numero di linfociti CD4 nel sangue. Nel corso di un'infezione da HIV non trattata, il numero di linfociti CD4 diminuisce costantemente. Più il tasso di linfociti CD4 è basso, più il sistema immunitario si indebolisce.

Un'infezione da HIV non è curabile. Con le terapie antiretrovirali può – almeno in parte e temporaneamente – essere tenuta sotto controllo, così da evitare l'avanzamento dell'immunodeficienza. Queste terapie hanno notevolmente migliorato la qualità e le aspettative di vita delle persone malate di Aids. Un'infezione da HIV e le relative terapie provocano danni epatici a lungo termine: questa è la ragione per cui le malattie del fe-

gato, e quindi anche quelle d'origine virale, figurano tra le cause di decesso più frequenti delle persone malate di Aids.

La questione delle vaccinazioni riveste un'importanza fondamentale per le persone affette da HIV. Per questo viene chiesto loro di programmare le vaccinazioni precocemente, mantenendole costantemente aggiornate. Se non hanno mai contratto l'epatite A o l'epatite B, si consiglia loro la vaccinazione attiva.

Se un'infezione da HIV è accompagnata dall'immunodeficienza, le probabilità di successo delle vaccinazioni sono minori, poiché il sistema non è più in grado di produrre anticorpi a sufficienza. Le vaccinazioni attive contro l'epatite A e B non sono controindicate per questo tipo di pazienti poiché si tratta di virus inattivi (vaccino contro l'epatite A) o di frammenti di virus prodotti mediante ingegneria genetica (vaccino contro l'epatite B). Non ci sono indizi per affermare che le vaccinazioni producano più effetti collaterali del solito o che influiscano negativamente sul decorso dell'infezione da HIV, malgrado si sia osservata in alcuni casi una concentrazione temporanea più elevata di questo virus nel sangue.

Tra le persone che consumano sostanze stupefacenti, la coinfezione HIV/HCV è particolarmente frequente. La via di trasmissione dei virus è infatti sovente la stessa, ossia attraverso sangue contaminato. Il 90% circa delle persone che consumano sostanze stupefacenti e nel contempo hanno contratto l'HIV è anche portatore del virus dell'epatite C. Le due infezioni si condizionano a vicenda, con effetti negativi tanto sul piano del loro decorso quanto su quello delle possibilità di cura. Una coinfezione da HIV e da epatite cronica è sovente difficile da sopportare e la sua prognosi è sfavorevole. Se l'epatite cronica non è curata, la qualità di vita ne risente enormemente. Le malattie epatiche, inoltre, sono una delle principali cause di decesso tra le persone colpite da HIV. È pertanto di primaria importanza sottoporre le persone malate di epatite C a terapia il più presto possibile rispetto al decorso della malattia.

Le persone colpite contemporaneamente da HIV e HCV sono trattate con interferone pegilato e Ribavirina.

Questi stessi antivirali vengono utilizzati per la terapia in caso di coinfezione HIV/HBV.

1.14 Epatite A – HIV

L'epatite A non diventa cronica. In caso di coinfezione da HIV, ha un'incidenza soprattutto sulle persone già colpite da un'epatite cronica (pericolo di un'evoluzione fulminante). Le vie di trasmissione dell'epatite A (essenzialmente oro-fecali), inoltre, al contrario di quanto vale per le epatiti B e C, non sono le stesse dell'HIV. Non esiste una terapia per l'epatite A: l'unica misura che si possa prendere è dunque vaccinare le/i pazienti colpite/i da HIV contro l'epatite A.

1.15 Epatite B – HIV

Questa coinfezione è rara tra le persone che consumano sostanze stupefacenti, poiché l'epatite B cronica è molto meno frequente dell'epatite C cronica. Nelle persone colpite da HIV e che presentano uno stadio avanzato di immunodeficienza è più frequente che un'epatite B abbia un'evoluzione cronica: succede in circa il 25% dei casi.

La progressione dell'epatite B è accelerata e meno favorevole in caso di coinfezione da HIV; il rischio di danni al fegato è maggiore che in presenza della sola epatite. A lungo termine, le triterapie esercitano effetti nefasti sul fegato, e ciò ancor più in caso di coinfezione da HBV. È pertanto molto importante tenere sotto controllo il decorso dell'epatite B. Alcuni farmaci destinati alle terapie combinate contro l'HIV sono anche efficaci contro l'HBV. Una coinfezione HIV/HBV sarà trattata con farmaci efficaci contro entrambi i virus (3TC, FTC, tenofovir). La lamivudina (3TC), ad esempio, è utilizzata nelle due terapie ed in particolare nel caso di pazienti che presentano una coinfezione. Entrambi i virus, tuttavia, sono in grado di sviluppare una resistenza a questo farmaco. Anche il tenofovir agisce contro l'HIV e l'HBV, ma per il momento è riconosciuto solo nelle terapie contro l'HIV. Se non sono sviluppate resistenze contro questi due farmaci, essi sono utilizzati in primo luogo nelle terapie anti HIV e nei casi di coinfezione HIV/HBV. Lo scopo delle due terapie (anti HIV e anti HBV) è tenere sotto controllo le infezioni; la loro durata è quindi indeterminata. Il problema principale è lo sviluppo di resistenze, in particolare per la terapia anti HBV. Si raccomanda alle persone sieropositive che non hanno mai contratto un'epatite B acuta o non soffrono di epatite B cronica di farsi vaccinare al più presto.

1.16 Epatite B/D – HIV

Il decorso dell'epatite B determina quello dell'epatite D. Di conseguenza, le persone colpite da HIV, in particolare se presentano già un'immunodeficienza, sono soggette con più frequenza ad evoluzioni croniche dell'epatite D. L'epatite D cronica sembra avere un decorso più grave nel caso di presenza concomitante dell'HIV.

1.17 Epatite C – HIV

Si tratta della coinfezione più frequente tra le persone che consumano sostanze stupefacenti. Non appena si presenta la possibilità, occorre trattarla al più presto. Nelle persone positive all'HIV, l'epatite C cronica può essere curata con interferone pegilato e Ribavirina. La terapia dell'epatite C nelle/nei pazienti sieropositivi/i è di solito più complicata a causa dello sfavorevole condizionamento reciproco delle due infezioni. Rispetto a quanto avviene nel caso delle persone sieronegative, nelle persone sieropositive l'epatite C acuta provoca più spesso un colorito giallognolo della pelle e l'epatite C cronica evolve più rapidamente e più frequentemente verso un'insufficienza epatica. L'immunodeficienza favorisce infatti la distruzione delle cellule epatiche. Nell'era delle triterapie, le persone che muoiono a causa di un'infezione da HIV nei paesi industrializzati sono sempre più rare; tra di loro, una delle cause più frequenti di decesso è oggi il collasso epatico dovuto ad un'epatite C cronica. D'altra parte, non si sa fino a che punto l'HCV acceleri il decorso dell'infezione da HIV. Il tasso di successo della terapia diminuisce quando il grado di fibrosi aumenta: è pertanto estremamente importante trattare l'epatite C il più precocemente possibile.

A seconda del genotipo, le possibilità di successo della terapia contro l'epatite C nelle persone che presentano una coinfezione da HIV si situano tra il 40 e l'80%: sono pertanto leggermente inferiori ai risultati riscossi tra le persone colpite solo da HCV.

Le persone ad uno stadio avanzato di infezione da HIV presentano una concentrazione virale più elevata rispetto alle persone sieronegative. Si deve dunque supporre che la

contagiosità (rischio di trasmissione) del virus dell'epatite C aumenta. D'altra parte, le madri colpite da HCV trasmettono più sovente il virus alla/al loro neonata/o se sono anche sieropositive (8-40%).

Nel caso delle persone colpite da HIV e che soffrono nel contempo di altri tipi di immunodeficienza, un solo test negativo agli anticorpi non è sufficiente per diagnosticare un'epatite C; nel 10% dei casi, in effetti, queste persone non producono anticorpi contro l'HCV. Per individuare la presenza di materiale genetico del virus, occorre pertanto misurare la carica virale (ricerca dell'RNA dell'HCV mediante PCR). Una terapia combinata anti HIV permette di ridurre considerevolmente l'infezione da HIV ma non influisce sulla concentrazione di HCV come si vorrebbe. All'inizio della terapia combinata anti HIV, si osserva infatti talvolta un aumento dell'infezione di HCV e dell'attività infiammatoria. (→ capitolo 1.2.4)

1.18 Epatite A – epatite C

Il rischio di una coinfezione può essere affrontato con una vaccinazione attiva contro l'epatite A. Una coinfezione HAV/HCV ha luogo quando ad un'epatite C cronica viene ad aggiungersi un'epatite A. Il contrario non è possibile, dato che l'epatite A non segue un'evoluzione cronica. La presenza di epatite A parallelamente all'epatite C cronica può provocare un decorso fulminante. Non esiste una terapia specifica.

1.19 Epatite B – epatite C

Nel caso delle persone affette da un'epatite C cronica a volte non è possibile individuare il componente del capsido del virus dell'epatite B (antigene HBs), anche in presenza di un'epatite B cronica. È stata formulata l'ipotesi che l'HCV freni il propagarsi dell'HBV.

1.20 Epatite B – epatite D

La coinfezione con il virus dell'epatite D può aggravare il decorso della malattia e rischia di provocare un'evoluzione fulminante. L'infezione simultanea da entrambi i virus, tuttavia, diminuisce il rischio di cronicità. Se un decorso cronico dell'epatite B è però già in atto, il virus dell'epatite D tenderà ad aggravarlo.

2. CONSULTO, ACCERTAMENTO E VACCINAZIONE

FARSI ESAMINARE

2.1 Informazioni generali sulle analisi dell'epatite

La frequenza dei casi di epatite è elevata tra le persone che consumano droga. Molto spesso la prima infezione passa inosservata e la malattia evolve senza sintomi. È pertanto opportuno sottoporre sistematicamente tutte le persone che consumano droga alle analisi che consentano di rilevare infezioni da epatite A, B e C, almeno una volta all'anno, anche in assenza di sintomi. I test permettono di identificare le differenti categorie di anticorpi.

La combinazione di questi esami consente di stabilire se:

- si è in presenza di un'infezione in corso (recente o meno)
- si è in presenza di un'infezione guarita
- si è in presenza di un'immunità a seguito di vaccinazione (= la persona è vaccinata)
- la persona non è mai stata contagiata dal/dai virus a cui si riferiscono i test effettuati

Per il depistaggio, è possibile effettuare le seguenti analisi del sangue:

- rilevamento di anticorpi *specifici* contro i virus corrispondenti
- rilevamento di virus o di *loro componenti* (proteine o materiale genetico)

Le analisi possono essere interpretate solo se effettuate al più presto 3 settimane dopo l'esposizione al rischio. Se sono svolte prima di questo termine, possono condurre ad un risultato errato.

Oltre ai test di depistaggio, i valori epatici devono essere regolarmente controllati. In caso di valori elevati non bisogna escludere delle cause non-infettive come ad esempio delle lesioni dovute all'alcol o a medicinali. L'epatite virale è spesso asintomatica: una persona può infatti essere infetta, senza tuttavia sentirsi malata.

Se vengono rilevati componenti del virus, significa che esso è attivo nell'organismo. In questo caso la persona è contagiosa.

Test combinati per la messa in evidenza degli anticorpi e delle componenti del virus permettono di trarre le seguenti conclusioni: l'infezione è stata guarita oppure vi è un'infezione cronica.

La presenza di determinate forme di anticorpi nei casi di epatite A e di epatite B permette di individuare un'immunità: la persona è stata infetta in passato e la malattia è stata guarita, oppure è stata vaccinata ed ora è al riparo da infezioni future.

Nel caso dell'epatite C, anche se guarita, gli anticorpi non offrono alcuna protezione contro una nuova infezione.

2.2 Chi deve sottoporsi alle analisi per le epatiti?

I seguenti sintomi e situazioni richiedono un controllo medico generale che includa le analisi riguardanti le epatiti.

Epatite A

In caso di:

- ittero, spossatezza, nausea
- relazioni sessuali a rischio (in particolare relazioni oro-anali)

Il depistaggio degli anticoripi HCA è raccomandato alle persone:

- che si occupano del trattamento delle acque di scarico
- che hanno rapporti sessuali a rischio (in particolare oro-anali)
- che consumano droghe e che sono portatori del virus dell'epatite B
- con una malattia cronica del fegato (in particolare l'epatite B)

Epatite B

In caso di:

- ittero, spossatezza, nausea
- relazioni sessuali a rischio
- disturbi non specifici, quali problemi cutanei, renali, articolari

Il depistaggio degli anticorpi dell'epatite B (screening) è inoltre raccomandato alle persone:

- in gravidanza
- che vivono in comunione domestica (membri della famiglia, bambini) o che sono partner sessuali di persone positive agli antigeni HBs
- che, sul posto di lavoro, sono a stretto contatto con persone tossicodipendenti
- che provengono da paesi dove molte persone sono portatrici di antigeni HBs
- che consumano o hanno consumato droga per via endovenosa
- positive all'HIV

Epatite C

In caso di:

- ittero, spossatezza, nausea

Il test degli anticorpi HCV è raccomandato alle persone:

- che consumano o hanno consumato droga per via endovenosa, che inalano o hanno inalato (fumano o hanno fumato) cocaina o vapori di cocaina
- che hanno subito una trasfusione di sangue prima del 1992
- che hanno assunto emoderivati prima del 1987 (ad esempio, persone colpite da emofilia)
- che accusano malattie dei reni con emodialisi (reni artificiali)
- partner sessuali di persone infette dal virus dell'epatite C
- la cui madre è positiva all'HCV
- positive all'HIV
- che esercitano una professione sanitaria e sono incorse in un contatto accidentale con sangue (ferite da aghi o altro materiale eventualmente contaminato)
- con transaminasi alte (reperti epatici abnormi)

2.3 Cosa mostrano i risultati delle analisi?

Epatite A

- La positività agli anticorpi IgM e IgG segnala che l'infezione è acuta o è stata contratta da poco (gli IgM sono riscontrabili soltanto durante 4–6 mesi).
- La negatività agli anticorpi IgM e la positività agli anticorpi IgG segnalano che l'infezione è guarita o che è stata fatta una vaccinazione.
- La negatività agli anticorpi IgM e la negatività IgG mostrano che non vi è stato né contatto con il virus, né vi è una protezione in seguito ad una vaccinazione. Queste persone dovrebbero vaccinarsi.

Epatite B

- La presenza di antigeni HBs (proteine virali di superficie) indica che il virus è attivo nell'organismo (infezione acuta o cronica); in tal caso, la presenza di antigeni HBe senza anticorpi HBe è segno di un rischio di trasmissione elevato.
- La presenza di anticorpi HBc indica che esiste o è esistita un'infezione.
- La presenza di anticorpi HBs indica che l'infezione è guarita (anche in caso di positività agli anticorpi HBc) o che vi è una risposta immunitaria ad una vaccinazione corrispondente (in caso di negatività agli anticorpi HBc).
- L'assenza di anticorpi HBc e di HBs significa che non vi è stato fino ad allora alcun contatto con il virus e che non vi è una protezione in seguito ad una vaccinazione. In questo caso, la vaccinazione è raccomandata.

Epatite C

- La presenza di anticorpi HCV segnala che esiste o è esistita un'infezione (acuta, cronica o guarita).
- La presenza di RNA di HCV (materiale genetico del virus) segnala che il virus si trova nell'organismo (infezione acuta o cronica).

2.4 Analisi di laboratorio e analisi microscopiche nei casi di epatite comprovata

Valori del sangue e funzioni epatiche

Oltre alla misurazione della reazione del corpo ai virus (anticorpi) e dei componenti virali (antigeni), sono prescritte altre analisi che permettono di valutare il decorso dell'infiammazione. L'aumento degli enzimi epatici (transaminasi/transferasi) informa sul grado di distruzione delle cellule dovuta all'infiammazione. Si tratta essenzialmente dei valori di ALT (alanina transaminasi; in passato detta GPT, glutammato piruvato transaminasi) e AST (aspartato transaminasi; in passato detta GOT, glutammico ossalacetica transaminasi).

Le funzioni epatiche possono inoltre essere giudicate grazie ai seguenti rilevamenti: se diminuisce l'attività di sintesi del fegato, nel plasma del sangue calano parallelamente i valori della colinesterasi, i fattori di coagulazione e, nel caso di pregiudizio grave, anche l'albumina (un'importante proteina del sangue). La funzionalità del sistema di coagulazione è valutata sulla base del tempo di protrombina (tempo di Quick, INR). Disturbi al flusso della bile si manifestano tra l'altro sotto forma di un aumento della fosfatasi alcalina (ALP). Nel caso di cirrosi avanzata, una diminuzione dell'attività di disintossicazione si manifesta con un aumento del tasso serico dell'ammoniaca.

Concentrazione virale o viremia

La misurazione della concentrazione virale nel plasma sanguigno (ossia la quantità di virus espressa in numero di copie di DNA o RNA virale per millilitro di plasma sanguigno) viene eseguita mediante un procedimento di tecnologia genetica, chiamato reazione a catena della polimerasi (PCR) che consiste nella moltiplicazione di frammenti di DNA o di RNA virale. In base alla sequenza di acidi amminici, è possibile determinare l'agente patogeno.

La diagnostica PCR è importante anche per il controllo della terapia. Se viene impiegato l'interferone (eventualmente combinato con un'altra sostanza), essa consente infatti di determinare la concentrazione virale e di controllare l'efficacia della terapia.

La concentrazione virale può essere negativa in seguito ad una guarigione spontanea o in caso di risposta positiva alla terapia.

Biopsia epatica

Se si sospetta un'epatite cronica, è possibile eseguire una biopsia epatica. Nelle persone che non hanno disturbi di coagulazione, si procede in tal caso ad un prelievo di tessuto del fegato per biopsia mediante un ago. L'analisi al microscopio permette in particolare di determinare la gravità dell'infiammazione e l'estensione della fibrosi, ma anche di individuare lesioni dovute ad altre cause, come ad esempio il consumo di alcol. Prima della biopsia epatica propriamente detta, hanno luogo un consulto medico ed un'ecografia del fegato (apparecchio ad ultrasuoni). La mattina della biopsia è prescritto il digiuno. Aiutandosi con l'apparecchio per l'ecografia, il medico stabilisce la traiettoria che l'ago dovrà seguire per giungere fino al fegato. In seguito, disinfetta la pelle ed effettua un'anestesia locale. Al momento dell'intervento, la/il paziente trattiene il fiato, così che il fegato non si muova e resti in una posizione favorevole all'intervento. La biopsia è praticata con un sottile ago cavo, che viene introdotto nel fegato per 4-5 centimetri e che consente di prelevare, mediante aspirazione, un piccolo campione di tessuto per l'analisi. Di norma, questo intervento non è doloroso. In qualche raro caso, è possibile un dolore passeggero, situato nel punto dove è stato infilato l'ago o alla spalla destra. L'intervento dura 5 - 10 minuti. In seguito, la/il paziente è tenuta/o sotto osservazione per 4 ore circa, in modo da assicurarsi che non sopraggiunga un'emorragia (una complicazione d'altra parte rara). Per ottenere i risultati degli esami di laboratorio, è necessario attendere dai 5 agli 8 giorni. Le analisi informano sui danni subiti dal fegato e sulle probabili cause.

Metodi diagnostici non invasivi: Fibroscan®

Il Fibroscan® si fonda su un principio istologico: più il fegato è duro, più la fibrosi è avanzata. L'elasticità dell'organo può pertanto essere considerata un criterio di diagnosi. Per misurarla, il Fibroscan® utilizza una tecnologia all'avanguardia, detta elastometria ad impulsi. L'apparecchio emette una piccola vibrazione sulla superficie cutanea che si propaga fino al fegato. Mediante ultrasuoni, si misura la velocità di spostamento di questa microonda, tra 2 e 4 cm al di sotto della pelle. Quanto più rapidamente la vibrazione si sposta, tanto più il fegato è duro e la fibrosi è avanzata. Si tratta di un intervento non invasivo (poiché non implica nessun gesto chirurgico né alcun prelievo di sangue), indolore e rapido (dura al massimo 5 minuti). È tuttavia controindicato ricorrere al Fibroscan® in caso di accumulazione di liquidi nella cavità addominale (ascite) o in caso di obesità morbida che vanificherebbe qualsiasi tentativo di misurazione. Nella realtà dei fatti, non vi è sempre una buona correlazione tra il risultato di una biopsia epatica di buona qualità ed il risultato di un esame mediante Fibroscan®. Per il momento le/gli specialiste/i non sono concordi. Alcune/i preconizzano piuttosto la biopsia, altre/i preferiscono il Fibroscan®, a seconda dei genotipi.

Il metodo Fibroscan® è applicato alle/ai pazienti sulle/sui quali non è possibile effettuare una biopsia e che non presentano controindicazioni (obesità con indice di massa corporea > 26, ascite, fegato piccolo e anormalmente formato).

2.5 Risultati delle analisi: commenti e test complementari

Epatite B

In caso di sospetta epatite B, occorre eseguire delle analisi per rilevare la presenza di antigeni HBs, anticorpi HBs e anticorpi HBc.

Un prelievo positivo agli antigeni HBs è segno di un'epatite B acuta o cronica. La presenza di anticorpi HBs indica un'epatite B guarita. Gli anticorpi HBc sono sempre presenti in caso di epatite B. Dopo la vaccinazione, gli anticorpi HBc sono negativi, mentre gli anticorpi HBs sono positivi. La loro quantità consente di valutare la risposta al vaccino.

Epatite C

Se il depistaggio di anticorpi HCV è positivo, occorre procedere ad una ricerca qualitativa dell'RNA del virus. Esistono infatti 4 diversi sottogruppi (genotipi) del virus dell'epatite C; ciò significa che il virus può presentare leggere differenze strutturali. La durata della terapia ed il suo margine di successo dipendono dalla quantità di virus nel sangue e dal genotipo. In base ai dati attualmente a disposizione, si considera che le opportunità di successo delle terapie effettuate secondo gli standard più recenti si aggirano tra il 70 e il 90% per i genotipi 2 e 3, mentre per il genotipo 1, esse oscillano tra il 50 e il 70%. Per dei rari casi di genotipo 4, il tasso può essere poco superiore al 50%.

Epatite cronica

Nei casi di epatite cronica B o C, per le quali un trattamento non è (ancora) necessario o non è auspicato, occorre procedere ad un controllo annuale dei valori epatici (analisi epatiche, TP, dosaggio dell'alfa-feto proteina) e ad un'analisi del fegato mediante ultrasuoni o una biopsia ogni 5 anni, in particolar modo se dovessero subentrare sintomi che fanno sospettare un'epatite avanzata o un'insufficienza epatica.

2.6 Dichiarazione obbligatoria

In base alla legge federale sulle epidemie, per numerose malattie infettive vige l'obbligo di dichiarazione. Le segnalazioni permettono di riconoscere precocemente le malattie epidemiche e di verificare la necessità e/o l'efficacia di misure preventive. Le epatiti A, B e C fanno parte delle malattie che è obbligatorio dichiarare. I laboratori sono tenuti a segnalare gli eventuali test positivi sia all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) sia al medico cantonale. Quest'ultimo richiederà in seguito al medico curante ulteriori informazioni concernenti l'infezione, in particolare sulle possibili vie di trasmissione, e farà poi pervenire all'UFSP i dati contenuti in questa dichiarazione complementare.

Nel caso delle epatiti A, B e C, le indicazioni comprendono anche il nome e l'indirizzo della persona che risulta positiva alle analisi. Queste informazioni sono necessarie per permettere a laboratori, studi medici e ospedali di prendere eventuali altre misure (ricerca di persone infette o esposte ecc.).

Nel caso delle epatiti B e C, le informazioni complementari fornite dai medici curanti servono a stabilire se si tratta o meno di un'infezione recente. Non è infatti possibile dedurlo dai semplici dati forniti dal laboratorio.

Nel caso si sospetti un contagio dovuto a trasfusioni di sangue, si richiede un'indagine retrospettiva (*lookback*) in modo da poter individuare una/un donatrice/donatore eventualmente infetta/o e, se del caso, distruggere donazioni di sangue o emoderivati contaminati. Per le epatiti B e C si richiedono ulteriori analisi anche nel caso si sospetti che la trasmissione abbia avuto luogo in ospedale o attraverso il personale di cura. Lo stesso vale nel caso dell'epatite A, se vi è un sospetto di contagio attraverso acqua o alimenti contaminati, allo scopo di assumere, se occorre, le necessarie misure di risanamento.

Va verificata anche la possibilità che una vaccinazione non sia riuscita. Possono rendersi necessarie anche misure di profilassi post-esposizione (PEP). La dichiarazione nominativa permette inoltre di evitare di registrare più volte le stesse persone malate croniche, se annunciate da medici diversi. Queste informazioni sono tutelate dal segreto medico e dalla legge sulla protezione dei dati. I documenti vengono distrutti alla fine degli accertamenti.

FARSI VACCINARE

2.7 Vaccinazione

Contro l'epatite A e l'epatite B è possibile una vaccinazione sia attiva che passiva; per l'epatite C non esiste alcun vaccino.

(Per informazioni più approfondite su questo tema, in particolare per quanto riguarda gli aspetti giuridici, capitolo II.3.1)

Nel caso della *vaccinazione passiva*, vengono somministrati anticorpi contro il virus dell'epatite A o il virus dell'epatite B. Questo procedimento ha il vantaggio di offrire una protezione immediata e di essere efficace anche in caso di profilassi post-esposizione. La protezione dura però soltanto pochi mesi, dato che il sistema immunitario della persona vaccinata non impara a produrre a sua volta anticorpi da fornire in caso di bisogno.

Nel caso della *vaccinazione attiva*, vengono iniettati i così detti antigeni, ossia elementi costitutivi del virus prodotti mediante tecnologia genetica che incitano l'organismo a produrre gli anticorpi necessari.

Vantaggi

Il sistema immunitario delle persone vaccinate è in grado di produrre, se occorre, nuovi anticorpi.

Svantaggi

La vaccinazione non è immediatamente efficace (l'organismo ha bisogno da 2 a 3 settimane per produrre gli anticorpi); deve pertanto essere effettuata entro un periodo di tempo sufficientemente lungo prima dell'esposizione (molte persone non si preoccupano di proteggersi dai rischi) e deve essere ripetuta ad intervalli regolari per poter garantire una protezione a lungo termine (due volte per l'epatite A, tre per l'epatite B). Contro l'epatite A e l'epatite B esistono vaccini combinati. Di norma, la prima dose di vaccino è seguita da una seconda e una terza dose, somministrate rispettivamente ad uno e a sei mesi di distanza. Questi vaccini si sono rivelati molto efficaci ($\geq 90\%$) e ben tollerati. Malgrado si raccomandi una vaccinazione completa, anche una sola dose abbassa già in maniera rilevante il rischio di contagio.

Alcune persone non rispondono alla vaccinazione attiva e non producono anticorpi neanche dopo 3 dosi (ca. 5–10% dei casi). Si tratta delle/dei cosiddette/i non responder. Va comunque detto che in quasi il 70% di questi casi è possibile ottenere la formazione di anticorpi ripetendo la vaccinazione (al massimo 3 ulteriori dosi con intervalli di 3–4 mesi). Per alcune/i pazienti, solo una vaccinazione passiva garantisce una protezione relativa. Il vaccino è iniettato nella parte superiore del braccio; alle/ai bambine/i piccole/i nella coscia. In caso di vaccinazione simultaneamente attiva e passiva, le diverse iniezioni sono distribuite tra braccio destro e braccio sinistro, coscia destra e coscia sinistra. Se

si effettua una profilassi post-esposizione (PEP), ad esempio dopo il ferimento con un ago, occorre procedere, oltre alla vaccinazione attiva contro l'epatite B, anche a quella passiva, nel caso la/il paziente non sia mai stata/o vaccinata/o contro l'epatite B.

Contro l'epatite C non esiste alcuna vaccinazione e neanche una PEP.

In concomitanza con la vaccinazione è opportuno osservare alcune regole di comportamento che possono diminuire in maniera rilevante il rischio di contagio (→ capitolo II). Il vaccino non garantisce una protezione totale e nemmeno protegge da altri agenti patogeni: le persone vaccinate non devono pertanto trascurare tutte le altre misure di prevenzione.

Per essere esaustivi sul tema prevenzione/vaccinazione, occorre ricordare anche che non mancano voci critiche contro queste vaccinazioni. Seguono alcune riserve avanzate e dei relativi elementi di risposta.

Le/i non responder, che non sanno di esserlo, vivono nell'illusione di essere al riparo da qualsiasi infezione.

Per le persone che hanno comportamenti altamente a rischio, è possibile, ad esempio, controllare che dopo la vaccinazione abbiano effettivamente sviluppato i relativi anticorpi. Nel caso in cui questi manchino, si provvederà a verificare se la persona non è già infetta. Un'infezione cronica al virus dell'epatite B può infatti essere uno dei motivi di una mancata formazione di anticorpi dopo la vaccinazione.

La vaccinazione può indurre a trascurare le misure di protezione (la profilassi contro i virus dell'epatite è utile anche contro l'HIV).

È importante ricordare alle persone che si fanno vaccinare contro l'epatite B che ciò non le protegge dall'infezione da altri virus, in particolare dall'HIV, e che quindi le consuete misure preventive rimangono necessarie e vanno sempre osservate. Il virus dell'epatite B è molto più contagioso e diffuso tra la popolazione che l'HIV; per questo conviene farsi vaccinare, anche quando si applicano le usuali misure prudenziali contro l'HIV.

Si sono verificati casi di sclerosi multipla in seguito ad una vaccinazione contro l'epatite B. Casi di sclerosi multipla sono stati riscontrati in effetti in concomitanza con vaccinazioni contro l'epatite B. Studi dettagliati hanno tuttavia permesso di escludere una relazione di causa ed effetto tra il vaccino e questa malattia.

2.8 La vaccinazione contro l'epatite A

La vaccinazione contro l'epatite A è raccomandata ai seguenti gruppi:

- consumatori di droga
- personale a stretto contatto con consumatori di droga o con persone a rischio oppure con persone che provengono da zone endemiche
- viaggiatori in zone endemiche (→ lista corrispondente sul sito web www.safetravel.ch)
- minorenni di paesi in cui esiste un'endemia media o elevata, che vivono in Svizzera e tornano nel loro paese d'origine per soggiorni temporanei
- uomini che hanno relazioni sessuali con uomini
- persone che hanno una malattia epatica cronica (in particolare l'epatite C)
- persone che presentano una coinfezione da HIV, HBV e HCV

Dal 1° gennaio 2008 la vaccinazione contro l'epatite A è rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per i gruppi a rischio (ivi compresi i bambini provenienti da zone endemiche), eccetto per chi viaggia. I costi delle vaccinazioni per motivi professionali sono di solito assunti dalla/dal datrice/datore di lavoro. Si raccomanda di verificare sul registro dei medicinali quale vaccino è effettivamente rimborsato dalle casse malati (nel febbraio del 2008, solo Havrix®).

2.9 La vaccinazione contro l'epatite B

Dal 1998, in Svizzera, si raccomanda di vaccinare le/gli adolescenti tra gli 11 e i 15 anni. In questo modo la vaccinazione viene effettuata prima dell'incorrere di una possibile infezione, dato che a partire dai 15 anni, età attorno alla quale inizia l'attività sessuale, il rischio di un'infezione aumenta esponenzialmente per raggiungere il suo culmine, secondo i dati raccolti grazie alle segnalazioni obbligatorie, tra i 20 e i 24 anni. I dati più recenti mostrano che questa strategia è efficace. Attualmente, infatti, i casi di epatite B registrati tra le persone di età compresa tra i 15 e i 19 anni sono notevolmente diminuiti.

Per le altre fasce di età una vaccinazione è consigliata in casi particolari, ovvero alle persone che:

- lavorano nel settore sanitario, a contatto con sangue o con oggetti potenzialmente contaminati da liquidi biologici
- consumano droga
- svolgono una professione in ambito sociale o carcerario o in seno alla polizia ed entrano sovente in contatto con persone che consumano droga
- cambiano spesso partner sessuale
- vivono a stretto contatto (nella stessa economia domestica) con persone portatrici di virus (antigeni HBs) o che hanno relazioni sessuali con loro
- sono originarie di regioni a rischio (Africa, Asia, Oceania, alcune regioni dell'America meridionale) (→ lista corrispondente sul sito web www.safetravel.ch)
- viaggiano in zone endemiche, dove entrano in stretto contatto con la popolazione (soggiorno prolungato, attività a rischio, comportamenti a rischio)
- presentano un indebolimento del sistema immunitario; pazienti in emodialisi (pazienti con reni artificiali), persone colpite da emofilia
- soffrono di una malattia epatica cronica (in particolare epatite C)
- presentano una coinfezione da HIV e HCV

La vaccinazione è rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per tutte queste prescrizioni, salvo per chi viaggia. I costi delle vaccinazioni per motivi professionali sono di solito assunti dalla/dal datrice/datore di lavoro.

GRAVIDANZA, PARTO E ALLATTAMENTO IN CASO DI EPATITE

2.10 Epatite B

La trasmissione del virus da una gestante affetta da epatite acuta o cronica alla/al neonata/o può aver luogo già durante la gravidanza, ma di solito avviene durante il parto, quando la/il piccola/o è esposta/o alle secrezioni biologiche della madre.

Il ruolo dell'allattamento materno in assenza di immunoprofilassi postnatale è controverso, poiché gli studi a disposizione non sono abbastanza numerosi. Sebbene sia stato provato che il latte materno contiene antigeni HBs, il rischio di trasmissione attraverso il latte è considerato infimo rispetto a quello legato all'esposizione a secrezioni biologiche infette durante il parto.

L'infezione definitiva della/del neonata/o dipende moltissimo dalla viremia della madre e dalla quantità di virus trasmessa. Se non si applicano misure profilattiche alla nascita, il rischio di trasmissione si aggira tra il 70 e il 90% nel caso in cui la madre sia positiva all'antigene HBe; il rischio diminuisce al 10-40% se la madre è positiva solo all'antigene HBs. Il tasso di contagio si situa attorno al 60-70% in caso di epatite B acuta al termine della gravidanza.

Il problema maggiore che si pone nel caso di neonate/i infette/i è l'elevata probabilità che il contagio evolva verso una forma cronica di epatite (90%) che può poi degenerare in cirrosi o tumore al fegato.

Rilevando l'antigene HBs durante l'ultimo terzo della gravidanza è possibile individuare le madri che potrebbero trasmettere il virus. Le/i figlie/i di donne positive all'antigene HBs vengono vaccinate/i contro l'epatite B subito dopo la nascita (entro 12 ore). La vaccinazione viene ripetuta una prima volta dopo 4 settimane e una seconda volta dopo 6 mesi. In questo modo la/il neonata/o ha il 95% di probabilità di non essere contagiata/o e può essere allattata/o.

Il rischio di trasmissione alla/al neonata/o è dunque sostanzialmente più elevato per le epatiti B che per le epatiti C. Le misure appena descritte, tuttavia, rendono possibile una maternità senza contagio.

2.11 Epatite C

La trasmissione dei virus dell'epatite C presenti nell'organismo della madre non può essere totalmente esclusa; la sua probabilità è però ridotta (inferiore al 5%). Un'epatite C non è pertanto una ragione per sconsigliare una maternità o per imporre alla donna, durante la gravidanza o il parto, misure più restrittive rispetto alle consuete regole igieniche. Una madre infetta dal virus dell'epatite C può allattare la/il sua/o neonata/o a condizione di non avere lesioni ai capezzoli. I dati concernenti una maggiore quantità di virus (viremia) al momento del parto non hanno potuto essere messi in chiara relazione con un rischio più elevato di trasmissione. Non vi è un legame tra il contagio ed il parto, sia naturale che cesareo. Il rischio di trasmissione dell'HCV è maggiore in caso di coinfezione da HIV (8-30%); si applicano le misure profilattiche raccomandate per l'HIV.