

DI FRONTE ALL'INFLUENZA A, PAZIENZA E TRANQUILLITÀ

Dr. Juan Gérvas

jgervasc@meditex.es www.equipocesca.org

Medico di Medicina Generale (Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes e El Cuadron, Madrid, Spagna). Professore Onorario di Salute Pubblica, Facoltà di Medicina, Università Autonoma di Madrid e Visiting Professore di Medicina Generale in Salute Internazionale della Scuola Nazionale di Sanità (Madrid).

Riassunto:

1. L'influenza A è molto contagiosa ma molto leggera, più leggera della normale influenza di tutti gli anni (influenza stagionale).
2. Di fronte all'influenza A conviene tenere un comportamento prudente e tranquillo, simile a quello che teniamo di fronte all'influenza stagionale. Ci si deve far visitare dal medico solo in caso di malattia importante (ad. es. tosse con sangue, gravi disturbi respiratori).
3. I farmaci antivirali (Tamiflu e Relenza) non servono a prevenire l'influenza A e hanno effetti collaterali a volte importanti. Non servono neanche, a parte eccezioni, per la cura di pazienti sani. Essi debbono essere riservati alla cura di casi gravi.
4. La vaccinazione contro l'influenza A è sperimentale e, sino ad ora, non si sa nulla né della sua sicurezza né della sua efficacia.
5. Le precedenti pandemie non hanno provocato molti decessi, in quanto erano già disponibili gli antibiotici per curare le polmoniti, che sono la principale complicanza dell'influenza. Inoltre le precedenti pandemie non sono state seguite da una seconda ondata di epidemia.
6. Di fronte all'influenza A i Servizi Sanitari devono prendersi cura di migliaia di soggetti routinari, sia acuti che cronici, per cui conviene non riempire l'attività dei medici e delle infermiere per curare i casi leggeri di influenza A.

Il problema

L'influenza è una malattia virale che si può diffondere durante l'inverno, in forma epidemica (epidemia stagionale) e che colpisce gran parte della popolazione. Un vecchio adagio dice che: "l'influenza dura sette giorni con le cure e una settimana senza cure". E' una malattia lieve, con febbre e sintomi vari, come mal di testa e dolori muscolari, malessere generale, tosse, nausea, diarrea e di solito costringe a letto per un paio di giorni. Non conviene abbassare la febbre (neppure nei bambini) e le cure servono solo per i dolori ed il malessere.

Nonostante la malattia sia lieve, è dimostrato che la mortalità nella popolazione aumenta con due picchi all'anno, uno d'estate quando la temperatura è massima ed uno d'inverno, in concomitanza con l'epidemia influenzale. Per questo motivo si consiglia la vaccinazione antiinfluenzale, nonostante tuttora si discuta circa la sua utilità.

L'epidemia di influenza A, che è iniziata in Messico nel 2009, è di minor gravità rispetto a quella dell'influenza stagionale. Siccome il contagio si diffonde molto

facilmente, la si definisce “pandemia” perchè può arrivare a contagiare la metà della popolazione. Tuttavia la contagiosità non significa nulla rispetto alla sua gravità, che è minore di qualunque altra influenza del passato, occorsa sinora. Colpisce più persone, ma provoca meno morti di qualunque altra influenza passata. Le cifre variano in base alla fonte dei dati, per esempio in Gran Bretagna sono stati registrati 30 morti su centomila casi e negli USA solo 302 su un milione di casi.

Nell'inverno australe (che coincide con l'estate in Spagna e in Italia) in Argentina sono morte circa 350 persone, in Cile 128 ed in Nuova Zelanda 16. Quasi alla fine dell'inverno australe, sinora nel mondo intero si sono avuti 2501 decessi. Per fare un paragone, si calcola che in Spagna, durante un inverno “normale” i decessi per influenza stagionale sono circa 1500-3000. La mortalità per influenza A riguarda prevalentemente persone di età minore di 65 anni, in quanto i soggetti di età superiore sembrano avere un certo grado di protezione, a seguito di epidemie passate dovute a virus simili.

Il 90% dei morti per influenza stagionale ha più di 65 anni, mentre per l'influenza A solo il 10% riguarda questa fascia d'età. Ciò significa che il 90% della mortalità per influenza A è a carico di persone di età minore di 65 anni.

Nonostante tutto, in numero assoluto, l'influenza A provoca pochi decessi nei giovani; per esempio, negli USA ogni anno muoiono circa 3600 persone di età minore di 65 anni per influenza stagionale, mentre sinora, per influenza A, sono morte 324 persone dello stesso gruppo d'età. Si stima che negli USA muoiano circa 36000 persone all'anno per influenza stagionale. L'alta mortalità negli USA probabilmente dipende dalla mancanza di copertura sanitaria per coloro che ne hanno più bisogno (i poveri ed i soggetti ammalati).

In Australia, dove ogni anno per influenza stagionale muoiono circa 310 persone minori di 65 anni, con l'inverno ormai terminato, ne sono morte 132 per influenza A, di cui circa 119 di età minore di 65 anni.

I fattori di rischio dicono poco rispetto alla mortalità per influenza, sia per quella stagionale che per la A. Per esempio, negli USA il 67% dei bambini che sono morti per influenza stagionale nel 2003-2004 non avevano alcun fattore di rischio.

Si sono avute diverse pandemie, e la più letale è stata la “spagnola” del 1918, che ha provocato molte morti, soprattutto per polmonite batterica, tra i poveri (mal alimentati, che vivevano in case affollate, insalubri e fredde). Nelle altre due grandi pandemie, del 1957 e del 1968, la letalità non è stata tale, tra l'altro per la disponibilità degli antibiotici per trattare le polmoniti batteriche.

Lo studio delle pandemie degli ultimi secoli (dal 1510 ad ora) dimostra che mai il contagio ha colpito simultaneamente tutta la popolazione (il 100% nello stesso tempo) e che, se c'è stata una seconda “ondata” di pandemia, l'influenza ha avuto un carattere più lieve anche nella seconda. La proiezione di varie ondate di gravità progressiva è pura fantasia, senza alcun riferimento alla realtà. La fantasia sta riuscendo a diffondere il panico nella popolazione per: 1. l'impiego di grandi numeri (“centinaia, milioni di casi”) e 2. l'impiego di impattanti correlati, la descrizione quasi dal vivo e in diretta di ogni caso di morte. Questi due elementi portano il lettore/chi ascolta/chi vede la TV ad immaginarsi, sè stessi ed i propri cari, colpiti e gravemente ammalati o morti. Questo rappresenta un esercizio classico di “invenzione delle malattie” (disease

mongering), di trasformazione irrealistica di un'influenza A, contagiosa ma non grave, in una influenza A virulenta e letale.

Nel passato recente il Governo del Canada si è proposto un doppio obiettivo nei confronti dell'influenza aviaria: a. Ridurre il numero dei decessi e b. Mantenere il controllo della struttura sociale. Nel caso dell'influenza A il problema non sembra essere quello di raggiungere il primo di questi obiettivi, data la sua letalità minima. Il secondo obiettivo sembra ignorato, mentre si propaga un'epidemia di panico.

Cosa si può fare di fronte all'influenza A?

Quando nel 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva previsto che sarebbero potuti morire fino a sette milioni di persone per influenza aviaria, nel mondo si diffuse il panico. Alla fine i morti furono solo 262. Fu, come dire, un gravissimo errore prognostico. Nel 2009, con l'influenza A, conviene non ripetere lo stesso errore. Perciò è fondamentale evitare il panico. E' assurdo averlo di fronte all'influenza A, semplicemente perchè arriverà a colpire (leggermente) molte persone. Sembra che i messaggi dell'OMS e di molti governi, istituzioni e medici abbiano uno stile tipo " invenzione di malattie", soprattutto uno stile che va in senso opposto rispetto a ciò che già sappiamo a seguito dell'esperienza dell'emisfero australe.

Di fronte all'influenza A conviene fare ciò che normalmente si fa di fronte all'influenza: curarsi con prudenza e tranquillità. Una buona idratazione, una buona alimentazione, una buona igiene e rivolgersi al medico solo se compaiono sintomi importanti, come la tosse con sangue o un grave disturbo della respirazione. Non si deve " tossire" di fronte agli altri, non toccarsi il naso, riparsi il naso mentre si starnisce e lavarsi le mani prima di mangiare, dopo essere andati in bagno ed ogni volta che si viene a contatto con muco nasale. Il virus viene eliminato attraverso il muco nasale, circa per cinque giorni dall'inizio della malattia. Non sembra dimostrato che l'uso di mascherine serva a limitare la propagazione dell'epidemia. Conviene non fare molta vita sociale durante questi primi giorni, come sempre si dovrebbe fare quando si ha l'influenza.

Rispetto alla gravidanza non si sa cosa dire, fa bene alla salute in ogni caso, l'influenza A non la impedisce per nulla nè la può aggravare durante l'epidemia. Le differenze tra essere gravida o no è marginale, per esempio la differenza di rischio di essere contagiate per donne gravide è di tre casi per milione se gravide e di un caso per milione se no. L'essere gravida non fa aumentare la probabilità di influenza A. Il virus dell'influenza A non è peggiore per il feto di quello dell'influenza stagionale. Se siete gravide, fate una vita normalmente sana, sia personale che familiare che professionale.

Non esiste alcun trattamento preventivo: i farmaci contro l'influenza non prevenono la malattia (nè il Tamiflu/oseltamivir nè il Relenza/zanamivir). Una volta che ci si ammala questi stessi farmaci sono anche quasi inutili (accorciano di mezza giornata la durata dei sintomi della malattia). Neppure esistono studi che dimostrino la sua efficacia nell'influenza A. Inoltre hanno effetti avversi; ad esempio, durante l'epidemia di influenza A a Londra, la metà dei bambini curati con Tamiflu/ oseltamivir presentarono degli effetti collaterali, generalmente vomito e nel 18% dei casi dei disturbi neuropsichiatrici.

Forse potrebbe valere la pena di usarli come terapia in alcuni casi particolari, ad esempio in caso di persone già gravemente ammalate o con malattie croniche importanti, però non sono utili nei bambini e negli adulti sani.

Il vaccino è poco utile nei bambini e negli adolescenti, l'efficacia è del 33% e assolutamente inutile nei minori di due anni. Esistono dubbi circa la sua efficacia negli adulti e negli anziani. Non sappiamo nulla sul vaccino per l'influenza A, tranne che nel 1976 negli USA è stato prodotto un vaccino simile, anche allora con una gran fretta per un pericolo di pandemia ed il risultato fu un'epidemia di effetti collaterali gravi (sindrome di Guillan-Barrè, una malattia neurologica), per cui la campagna di vaccinazione fu subito sospesa. La fretta non è mai utile a nessuno, tanto più per fermare un'influenza come quella A, la cui mortalità è così bassa. Conviene non ripetere l'errore del 1976. In ogni caso deve essere richiesta la firma di un "consenso informato, con informativa sui rischi". Data l'urgenza di produrre il vaccino, e per evitare le conseguenze legali dei problemi di sicurezza, saranno i Governi e non l'industria farmaceutica responsabili in caso di reclami o di danni.

Qualcos'altro?

I test rapidi per identificare il virus dell'influenza A hanno poca sensibilità (dal 10 al 60%). E' come dire che non vale la pena di fare l'esame, per sapere se una persona è affetta proprio da influenza A. L'esame non garantisce con certezza di avere preso l'influenza A ed in ogni caso i consigli e la terapia non cambiano. Sia il virus A che quello stagionale possono modificarsi, rendendo totalmente inutile l'efficacia della vaccinazione.

La vaccinazione per l'influenza stagionale non protegge verso la A.

Conviene non dimenticare che un bambino (o un adulto) possono aver contratto anche un'altra malattia, oltre che l'influenza A. In Gran Bretagna ci sono stati casi di bambini, morti per meningite, dopo che era stata erroneamente posta loro la diagnosi di influenza A.

Durante la pandemia di influenza A la popolazione continuerà ad ammalarsi di infarto miocardico, appendicite, insufficienza cardiaca, diabete, asma, tentativi di suicidio, frattura del femore, depressione, schizofrenia e delle altre mille possibili malattie che richiedono assistenza medica.

Un atteggiamento sereno, paziente e tranquillo dei pazienti con influenza A è essenziale perchè i servizi sanitari funzionino bene e affinchè i medici possano continuare ad utilizzare bene il loro tempo per curare i malati che più lo richiedano, con o senza l'influenza A.

Nota

L'autore, nello scrivere questo testo, non ha altro scopo che quello di esprimere con chiarezza lo stato delle conoscenze rispetto all'influenza A e per fare questo ha analizzato la letteratura medica mondiale sull'argomento. L'autore deplora il fatto che molti degli organismi pubblici, le società scientifiche e i mezzi di comunicazione trasmettano altri messaggi: avranno le loro ragioni.

Traduzione italiana a cura di Gianluigi Passerini (Medico di Medicina Generale, Sondrio, Italia).

La traduzione di questo testo in inglese, francese e portoghese è disponibile su:
www.equipocesca.org

Bibliografia selezionata

- Bath N, Wright JG, Broder KE et al. Influenza-associated deaths among children in the United States, 2003-2004. *N Engl J Med.* 2005;353:2559-67.
- Blumenshine P, Reingold A, Egenter S et al. Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective. *Emerging Infec Dis.* 2008;14:709-15.
- Burch J, Corbett M, Stock C et al. Prescription of anti-influenza drugs for healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2009;doi:10.1016/S1473-3099(09)70199-9.
- Chowell G, Miller MA, Viboud C. Seasonal influenza in the United States, France and Australia. Transmission and prospects for control. *Epidemiol Infect.* 2008;136:852-64.
- Ellis C, McEven R. Who should receive Tamiflu for swine flu? *BMJ.* 2009;339:b2698.
- Evans D, Cauchemez S, Hayden FG. "Prepandemic" immunization for novel influenza viruses, "swine flu" vaccine, Guillain-Barré syndrome and the detection of rare severe adverse affects. *J Infect Dis.* 2009;200:321-8.
- Gérvas J. Disease mongering by WHO. *BMJ.* 2009 [letter] http://www.bmj.com/cgi/eletters/339/aug10_1/b3172
- Kitching A, Roche A, Balasegaran S et al. Oseltamivir adherence and side effects among children in three London schools affected by influenza A (H1N1), May 2009. An Internet based cross sectional survey. *Eurosurveillance* 2009;29:1-4.
- Jamieson D, Honein M, Rasmussen S et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet.* 2009; July 29. DOI:10.1016/50140-6736(09)61304-0.
- Jefferson TO, Demicheli V, Di Pietrantonj C et al. Inhibidores de neuraminidasa para la prevención y el tratamiento de la influenza en adultos sanos. www.cochrane.es/gripe/revisiones/CD001265.pdf
- Mateo M, Larraux A, Mesonero C. La vigilancia de la gripe. Nuevas soluciones a un viejo problema. *Gac Sanit.* 2006;20:67-73.
- Moreno DM, Taubenberger JK. Understanding influenza backward. *JAMA.* 2009;302:679-80.
- Sheridan C. Flu vaccine makers upgrade technology and pray for it. *Nature Biotechnolgy.* 2009;27:489-91.
- Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C et al. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ.* 2009;339;b3172.
- Simonsen L, Taylor RJ, Vibournd C et al. Mortality benefits of influenza vaccine in elderly people: an ongoing controversy. *Lancet Infect Dis.* 2007;7:658-66.
- Smith S, Demicheli V, Di Pietrantonj C, Harden AR et al. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD004879.
- White N, Webster R, Govorkovs E et al. What is the optimal therapy for patients with H5N1 infection? *PLoS Med.* 2009;6:e1000091.