

RESTA ALTO IL RISCHIO DI TRASMISSIONE PROFESSIONALE DELL'EPATITE C

I virus vanno all'ago

Forse per sfortuna, o forse per inesperienza, un medico ventinovenne, ai suoi primi giorni in ospedale, nell'inserire un catetere venoso si punge il dito con l'ago. Il dito sanguina. E il paziente è portatore sia dell'HIV sia del virus dell'epatite C. Viene subito attivato il servizio di pronto intervento per le ferite da ago e nel giro di tre quarti d'ora il malcapitato medico ha già iniziato la profilassi con tre antiretrovirali, come raccomandato dai Centers for Disease Control di Atlanta. Ma non è quella dell'HIV la preoccupazione principale; il rischio maggiore, che si rivelerà concreto, è quello del contagio da epatite C. «Chi lavora nella sanità è ormai vaccinato contro l'epatite B, mentre la trasmissione dell'HIV è poco efficiente nelle usuali condizioni ospedaliere e può essere contrastata con la profilassi. Il medico in questione infatti non ha contratto l'immunodeficienza. Viceversa, il contagio da HCV dopo una singola puntura è dieci volte più facile di quello da HIV e la probabilità di avere di fronte un portatore di HCV è cinque volte maggiore, né d'altra parte esiste una profilassi valida» osserva Mark Sulkowski, della Johns Hopkins University di Baltimora, che prende spunto dal caso descritto per esaminare su JAMA i pericoli dell'epatite C per i sanitari e le misure da prendere in caso di contatto a rischio.

Se la difesa migliore, ovvero l'insieme delle misure di prevenzione, non basta a evitare contatti di sangue, il rischio dipende molto dalle modalità del contatto. Nelle casistiche della letteratura la pelle intatta si conferma una barriera invalicabile, mentre in rari casi il virus si è trasmesso quando uno schizzo ha colpito gli occhi o altre mucose oppure lesioni della cute; il pericolo più serio, con frequenze variabili dallo zero al dieci per cento secondo la casistica, si ha naturalmente in caso di inoculo di sangue. «Le concentrazioni virali sono massime nel sangue ed è questo l'unico liquido di cui è stata finora accertata l'infettività» precisa Sulkowski. «Molto dipende anche dal volume: anche se si ha notizia di infezioni per ferite con aghi da sutura, gran parte dei contagi avviene tramite aghi cavi, che inoculano molto più sangue». Dopo il malaugurato contatto, per capire se l'infezione è avvenuta si può ricorrere a più marcatori: gli anticorpi contro il virus, l'RNA virale e gli enzimi epatici. «Come minimo, va fatto un controllo degli anticorpi e delle ALT entro qualche giorno, per verificare se l'interessato non sia già infetto, e uno dopo sei mesi, la cui negatività permette di escludere l'infezione» riassume Sulkowski.

«Poiché in genere gli anticorpi divengono rilevabili solo dopo parecchie settimane dal contatto, se si pensa di ricorrere a un trattamento precoce può essere utile ricercare l'RNA virale, che è rilevabile già dopo dieci giorni. Tuttavia i livelli di RNA oscillano molto e il test va ripetuto in più momenti; un singolo risultato negativo non garantisce l'assenza di infezione». Gli studiosi di Baltimora presentano comunque uno schema dettagliato degli esami consigliabili da eseguire in ogni fase a seconda delle diverse

circostanze. Per evitare l'insorgere dell'infezione, una volta che il contatto è avvenuto, come si è detto c'è poco da fare. La somministrazione di immunoglobuline nei modelli animali ha solo ritardato la proliferazione del virus senza modificarne l'esito finale, e non ci sono prove che sia utile una profilassi con antivirali. «Le sperimentazioni con l'interferone sono state deludenti, rafforzando l'idea che il farmaco funzioni solo sull'infezione già in corso» osserva Sulkowski. «E' poco chiaro anche se la somministrazione dell'interferone possa essere utile in tempi precoci, durante la fase acuta dell'infezione, per evitarne la cronicizzazione. Dato che il 15-20 per cento dei malati si libera spontaneamente del virus, e che la terapia può avere effetti indesiderati piuttosto pesanti, forse è preferibile riservarla a chi ha ancora l'RNA virale nel sangue dopo sei mesi».

Nella fase acuta, del resto, è incerto anche quale sia l'opzione migliore tra le diverse combinazioni di farmaci. «Nell'infezione cronica l'associazione di interferone alfa pegilato e ribavirina si è dimostrata superiore alle altre opzioni e, vista anche la maggiore maneggevolezza d'uso, sembra la scelta migliore. Per l'infezione acuta invece i dati sono scarsi. Le conoscenze e i protocolli comunque sono in rapida evoluzione; quel che conta è dunque sottoporre senza indugi i potenziali infetti a un esperto che consigli gli interventi più appropriati».

Giovanni Sabato

Approfondimenti in internet

Tutto sull'epatite C dai [National Institutes of Health](#) statunitensi.

© 2002 Tempo Medico (n. 741 del 16 maggio 2002)

 [torna all'inizio](#)  [torna all'indice News](#)  [vai alla home page](#)