



CRSP Bucuresti -Compartiment PromoSan

Ziua Mondiala de Lupta impotrivaHepatitei – ZMLH 28 iulie 2011

2. Analiza de situatie

Sumar:

2.1 Introducere

2.1.1 Semnificatia ZMLH

2.1.2 Date de baza

2.1.3 Preventia hepatitelor virale

2.2 Contextul mondial si european

2.2.1 Raspandirea globala a hepatitelor virale

2.2.2 Programe de imunizare la nivel global

2.3 Situația în România

2.3.1 Hepatita virala tip A

2.3.2 Hepatita virala acuta tip B

2.3.3 Hepatita virala tip C

2.4 Concluzii

2.5 Bibliografie

2.1 Introducere

2.1.1 Semnificatia ZMLH

Ziua Mondiala de Lupta impotriva Hepatitei - ZMLH s-a desfasurat din 2008 pana in 2010 pe 19 mai in coordonarea Aliantei Mondiale pentru Hepatita (World Hepatitis Alliance), o federatie internationala cu sediul la Geneva, reunind asociatii de pacienti cu afectiuni hepatice din Europa, America de Nord, America de Sud, Australia și Asia [1]. Romania a devenit membra WHA cu drept de vot la data de 1 noiembrie 2010, prin Asociatia Pacientilor cu Afectiuni Hepatice din Romania (APAH-RO). APAH-RO are ca obiectiv principal instituirea unui program national de combatere a hepatitei, incluzand masuri preventive dintre care informarea corecta si completa a populatiei in privinta hepatitelor virale cronice joaca un rol important [2].

Din 19 mai 2008 s-au desfasurat peste 600 de evenimente în întreaga lume care au generat un masiv interes public și mass-media. Ca o ilustratie, in 2010, 231 de noi materiale de campanie au fost produse/traduse/distribuite asociatiilor de pacienti si s-au instalat 585 panouri publicitare tematice in marile capitale.

Raportul „Hepatitele virale: o politica globala“ a preliminarat la Congresul European Association for the Study of the Liver (EASL), Viena, 14-18 aprilie 2010 efortul de trecere a ZMLH sub auspiciile OMS [1].

Adunarea Mondiala a Sănătății a adoptat in mai 2010 prima sa rezoluție privind hepatita virala si a consacrat ziua de 28 iulie drept data anuala pentru ZMLH in coordonarea OMS.

Prima celebrare oficiala a unei ZMLH sub auspiciile OMS in 2011 tintește creșterea gradului de conștientizare in privinta hepatitelor virale.

ZMLH reprezinta oportunitatea pentru grupurile interesate de a induce progrese reale în preventie, testare și tratament prin acțiuni precum:

- creșterea accesului la metode eficiente de prevenire, screening și testare privind hepatitele virale și bolile asociate;
- integrarea în programele naționale de imunizare sau creșterea acoperirii populationale cu vaccin împotriva hepatitei B;
- coordonarea unei riposte globale împotriva hepatitei [3].

2.1.2 Date de baza

Hepatita este o inflamație a ficatului ce reprezinta cel mai frecvent rezultatul unei infecții virale A,B,C,D,E sau G. Numeroase alte cauze (alcool, efecte secundare ale unor medicamente, toxine) pot genera hepatite sau agrava o hepatita virala.

Iata cateva date de baza privind principalele infectii hepatice virale. Alte cateva date privind hepatitele virale D,E si G sunt prezentate în Contextul celebrarii.

OMS recunoaște că **hepatita tip B** (HVB) reprezinta tipul cel mai grav de hepatită virală si una din bolile majore care afectează astazi omenirea, prin frecventa si gravitate. Virusul se transmite prin contact cu sânge sau alte fluide de la o persoana infectata si reprezinta pentru personalul medical un risc profesional. Se estimează că două miliarde de oameni au fost infectati cu virus hepatic B (VHB) în timp ce aproximativ 350 de milioane trăiesc cu infecție cronică. Un vaccin împotriva HVB este disponibil din anul 1982, cu eficienta de 95% in prevenirea infectiei și a consecințelor sale cronice, fiind si primul vaccin împotriva unui cancer uman major.

Hepatita A apare sporadic sau în epidemii globale, cu tendință de recidivare ciclica. Virusul se raspandeste prin transmiterea fecalo-orală. Grupurile specifice cu risc sunt: copiii din comunitati precum creșe, gradinite, școli, institutii de îngrijire; adulti care traiesc in aglomeratii cu sanatate precara. La nivel mondial, incidenta infectiilor cu virusul hepatic A (VHA) este estimata la 1,4 milioane de cazuri noi anual. Epidemiile HVA legate de apa sau alimente contaminate pot erupe exploziv, asa cum a fost cea din Shanghai în 1988 ce a afectat circa 300 000 de oameni. Vaccinarea (administrarea de imunglobulina cat mai aproape de la expunere) este cea mai buna metoda de aparare împotriva hepatitei A.

Hepatitele B și C provoaca împreună, in intreaga lume, decesul a circa un milion de oameni anual. La nivel global sunt în prezent afectati de hepatită cronică B sau C circa 500 milioane de oameni [3].

Hepatita C (HVC) este cauzata de virusul C (VHC), cel mai frecvent fiind genotipul 1 (1a,1b,1c) - rezistent la terapie. Virusul se transmite parenteral, prin sângele primit în timpul transfuziilor, prin utilizarea drogurilor injectabile, prin contact sexual neprotejat sau de la mama infectată către nou născut, în timpul nașterii. Grupurile specifice de risc sunt persoanele afectate de hemofilie, medicii, stomatologii și personalul spitalicesc, copiii născuți din mame infectate cu virusul hepatic C, adepți ai tatuajelor și piercingurilor, familiile persoanelor infectate. Nu există vaccin împotriva virusului hepatic C [4].

2.1.3 Preventia hepatitelor virale

Grupurile comune de risc pentru hepatite virale sunt: copiii și adolescenții sub 18 ani nevaccinati, persoanele cu comportament sexual de risc ridicat, consumatorii de droguri injectabile, persoanele care necesita frecvent sânge sau produse din sânge, beneficiarii transplantului de organe, persoanele care sunt expuse riscului de infecție prin natura profesiei - inclusiv personalul medical, persoanele care călătoresc în țările cu prevalenta ridicata de hepatita.

Pilonul principal de prevenire HVB este vaccinarea nou-nascutilor. Vaccinul poate fi administrat în trei sau patru doze separate, ca parte a programelor imunizarii de rutină. În zonele în care răspândirea VHB se produce frecvent de la mamă la copil, prima doză de vaccin trebuie administrată cât mai curând posibil după naștere (în termen de 24 de ore). Seriile complete de vaccinare induc niveluri protectoare de anticorpi la mai mult de 95% dintre sugari, copii și adulți tineri. Vaccinul are un record remarcabil de siguranță și eficacitate. Din 1982, peste un miliard de doze de vaccin HVB au fost folosite

în întreaga lume. Începând cu decembrie 2006, în 164 de țări vaccinarea copiilor împotriva hepatitei B a fost cuprinsă în timpul programele naționale de imunizare - o creștere majoră în comparație cu cele 31 de țări din 1992 - anul în care Adunarea Mondială a Sănătății recomandă vaccinarea la nivel global împotriva VHB [3].

Mai multe vaccinuri împotriva hepatitei A sunt disponibile la nivel internațional, cu performanțe similare. Nici un vaccin nu este autorizat pentru copiii mai mici de un an. O doză de vaccin are efecte protectoare la contactul cu virusul timp de două săptămâni. Totuși, producătorii recomandă două doze de vaccin pentru a asigura o protecție pe termen lung, de aproximativ 5-8 ani de la vaccinare. Vaccinul poate fi administrat ca parte regulată a programului de vaccinare timpurie și ca vaccin frecvent administrat înainte de călătorie [3].

Împreună cu imunizarea, masuri nespecifice adresând grupurile comune de risc sunt parte integrantă a prevenirii tuturor hepatitelor virale. Dintre acestea fac parte igiena personală strictă (spălarea mâinilor după toaletă, de ex.) - în special în mediul spitalicesc, sanitația și salubritatea eficiente, apa potabilă la standarde de securitate, screeningul donatorilor de sânge, evitarea utilizării drogurilor injectabile implicând adesea ace sau a seringilor deja folosite, utilizării în comun a instrumentelor de igienă personală, evitarea tatuajelor și piercingurilor, igiena sexuală strictă.

2.2 Contextul mondial și european

2.2.1 Răspândirea globală a hepatitelor virale

Contextul celebrării furnizează distribuția geografică a riscului/prevalenței hepatitelor virale la nivelul anului 2001 (ultimele sinoptici globale disponibile) [5, 6].

HVB este endemică în China și alte părți ale Asiei. Cei mai mulți oameni din regiune se infectează cu VHB în timpul copilăriei. În aceste zone 8% -10% din populația adultă este infectată cronic. Cancerul la ficat cauzat de VHB se află printre primele trei cauze de deces privind cancerul la bărbați și o cauză majoră de cancer la femei. Rate ridicate de infecții cronice sunt, de asemenea, raportate în Amazon, precum și în sud-estul Europei. În Orientul Mijlociu și subcontinentul Indian, 2% - 5% din populația generală este estimată ca fiind infectată cronic, în timp ce mai puțin de 1% din populația vest-europeană sau din America de Nord se află sub incidența unei astfel de infecții.

Conform Raportului Epidemiologic Anual ECDC [7], în Uniunea Europeană se constată în intervalul 2006-2008 descreșterea semnificativă a numărului de cazuri HVB.

Răspândirea infectării cu **VHA** poate fi caracterizată după cum urmează.

- Nivel ridicat: întâlnit în țările în curs de dezvoltare unde condițiile sanitare sunt precare iar practicile de igienă deficitare, rezultând astfel un risc de infecție de-a lungul vieții mai mare de 90%. Cele mai multe infecții apar în copilărie iar cei infectați nu prezintă simptome vizibile. Epidemiile sunt mai puțin frecvente, deoarece copiii mai mari și adulții capătă imunizare naturală. Prevalența bolii efective este redusă iar focarele sunt rare.
- Nivel intermediar: în țările în curs de dezvoltare, țările cu economii de tranziție și regiunile în care condițiile sanitare sunt ceva mai favorabile deși inegale, se evită infectarea în copilăria timpurie. Paradoxal, îmbunătățirea condițiilor economice și sanitare poate duce însă la rate mai mari ale bolii, întrucât infectarea apare la grupurile de populație varstnică și pot surveni focare importante.
- Nivel scăzut: în țările dezvoltate, unde condițiile igienico-sanitare sunt bune, rata infectărilor este scăzută. Boala poate apărea în rândul adolescenților și adulților din grupurile de mare risc, precum consumatorii de droguri injectabile, homosexualii, persoanele care călătoresc frecvent în zone cu risc ridicat [3].

În privința **HVC** răspândirea globală se restrânge față de HVB și HVA; la varf de risc se regăsesc în continuare țările sărace [5].

Datele ECDC pentru UE indică o stabilizare a ratei cazurilor notificate HVC între 2006 și 2007, urmată de o tendință de creștere în 2008 [7].

Țara noastră se găsea în 2001 în zona de risc moderat-ridicat pentru HVB & HVA și în zona de prevalență moderată pentru HVC [5].

În 2006-2008 descreșterea HVB în Europa este preluată și de România dar la un nivel 2-3 ori peste media UE; tendințele HVC în UE se regăsesc de asemenea la noi, la nivele însă sub medie [7].

2.2.2 Programe de imunizare la nivel global

Programele de imunizare la scară largă implica pre-evaluări economice judicioase și trebuie complementate cu măsuri de prevenție nespecifice precum educația privind igiena personală și colectivă sau îmbunătățirea sanitației.

Aplicarea vaccinării depinde substanțial de contextul local, incluzând nivelul de risc pentru copii. Țări precum Argentina, China, Israel și SUA au introdus imunizarea de rutină în copilărie. Alte state recomandă vaccinarea persoanelor cu risc crescut de hepatită A precum și a celor care călătoresc în țările unde virusul este endemic, prezintă homosexualitate ridicată sau rată înaltă de boli hepatice cronice.

Vaccinarea împotriva hepatitei A în focare trebuie să fie, de asemenea, adaptată la realitățile locale și trebuie să fie parte a unei campanii de imunizare pe scară largă.

Vaccinarea pentru controlul focarelor din comunitățile mici are șanse maxime de succes când campania este începută devreme și dacă este atins un grad de acoperire mare pe grupe de vârstă multiple.

Peste tot, efortul de vaccinare trebuie însoțit de educație privind igiena și de ameliorarea condițiilor de sanitație [3].

Majoritatea țărilor OMS asigurau în 2009 acoperire > 90% cu vaccinul HVB 3 doze la sugari (excepții notabile Canada, Franța, India); România menținea acest nivel maximal în context UE, alături de unii vecini din centru-est, Spania și Italia [8].

2.3 Situația în România

2.3.1 Hepatita virală tip A

În România vaccinarea împotriva hepatitei tip A era raportată în 2009 numai pe o parte din teritoriu [9]; în prezent aceasta se desfășoară ca activitate în cadrul programelor de sănătate și este aplicată în situații de urgență provocate de calamități naturale, la contactii din focare constituite sau în cazul grupelor la risc deosebit de îmbolnăvire [4].

În anul 2010 incidența hepatitei virale tip A a fost 16,2 ‰, cu 10% mai mare față de 2009 (15,1 ‰) când România ocupa locul 3 în rândul incidentelor înregistrate în UE.

În anul 2010 au fost raportate la CNSCBT 28 de focare (care au însumat 529 de cazuri), majoritatea în comunități de romi afectate de deficiențe igienico-sanitare și condiții de viață precare, în care s-au efectuat 2381 de vaccinări la contacti.

Analiza incidentei lunare a cazurilor arată o sezonabilitate de toamnă, cea mai mare în luna octombrie, care ar putea fi explicată prin reunirea colectivităților școlare și de grădiniță după începerea anului școlar.

Analiza ponderii pe medii de rezidență a cazurilor de hepatită virală A evidențiază o concentrare mai mare a acestora în mediul rural, fapt ce poate fi asociat cu un standard igienico-sanitar mai scăzut.

Pe județe, cea mai mare incidență s-a înregistrat în județul Covasna (85,7 ‰), urmată de județul Salaj (52,0 ‰) și de județul Cluj (45,3 ‰).

Analiza incidentelor pe grupe de vârstă indică grupa de vârstă 5–14 ani ca fiind cea mai afectată, urmată de grupa de vârstă 0–4 ani [4].

2.3.2 Hepatita virală acută tip B

În schema națională de imunizare este prevăzută vaccinarea obligatorie HVB3 la sugari (năștere, 2 luni, 6 luni) în întreaga țară [9].

Conform APAH-RO, în jur de 4,8% din românii sunt afectați de virusul hepatitei B. Netratată, hepatita B evoluează în ciroza hepatică la aproximativ 30% din pacienți, iar virusul hepatitei B este responsabil de 70% dintre cancerurile hepatice primitive [10].

În cursul anului 2010 au fost raportate către Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății (CNOASIIDS) 506 cazuri de hepatită virală acută tip B [cf. 4].

Incidența de 2,4 ‰ înregistrată în anul 2010 se înscrie pe curba descendentă care se manifestă începând din anul 2002, plecând însă de la un nivel înalt în 2001.

Valorile cele mai mari s-au inregistrat in judetele IF (4,4‰), IL (3,8‰), GJ (3,7‰), CL (3,5‰) si BR (3,3‰).

Incidenta bolii in mediul urban (2,6‰) a depasit-o pe cea din mediul rural (2,0‰).

Referitor la incidenta specifica pe grupe de varsta a hepatitei virale acute tip B, valoarea maxima s-a inregistrat la grupa de varsta 20-24 ani, urmata de grupa 25-34 ani si, la egalitate, grupele 15-19 ani si 35-44 ani [4].

Rapoartele trimise de Romania la ECDC indica o scadere semnificativa a numarului de cazuri HVB, in intervalul 2006 (1279 cazuri; rata 5,9‰) - 2008 (718 cazuri; rata 3,3‰), ratele ramanand insa mult peste media UE [7].

2.3.3 Hepatita virala tip C

Aproximativ 3,25% dintre romani sunt afectati de VHC, iar aproximativ 80% din infectiile acute se cronicizeaza. In Romania, un sfert din cei cu hepatita cronica C dezvoltă ciroza hepatica, iar unu din cinci pacienti cu acest gen de hepatita dezvoltă cancer hepatic, conform aceleiasi APAH-RO [10].

In cursul anului 2010 au fost raportate catre CNOASIIDS 72 cazuri de hepatita virala tip C, depistate insa pe baza algoritmului de diagnostic cu simptomatologie specifica aplicat celor ce se interneaza in spitalele/sectiile de boli infectioase [cf. 4]. Incidenta reala nu este cunoscuta din cauza subraportarii.

Incidenta anuala de 0,3‰ se situeaza aproximativ la aceeasi valoare din ultimii doi ani, cu sugestia unei tendinte de crestere intre 2001 si 2010.

Incidenta pe judete a hepatitei virale tip C prezinta valorile cele mai mari in judetele BH (2,0‰), CL (1‰), SV (1,0‰). Intr-un numar de 17 judete si Mun.Bucuresti (43% din total), incidenta raportata a fost zero [4].

In context european, Romania a raportat la ECDC o crestere a numarului cazurilor de la 84 si rata 0,39‰ in 2006 la 101 cazuri si rata 0,47‰ in 2008, pe o curba similara cu UE dar cu rate sub medie [7].

2.4 Concluzii

- Anul 2011 marcheaza prima celebrare oficiala a unei ZMLH la nivel global, sub auspiciile OMS.
- Majoritatea covarsitoare a tarilor sarace sau in curs de dezvoltare prezinta risc ridicat pentru HVB sau HVA; in 2001 endemicitatea HVB era maxima in Africa sub-magrebiana, Asia centrala si de sud-est, Columbia, Alaska si zone nordice din Canada, Bulgaria si Romania; in privinta HVC aria globala se restrange; se regasesc in continuare la varf de risc tarile sarace.
- In UE 2006-2008: HVB este in regresie, preluata si de Romania dar la un nivel de 2-3 ori peste medie; HVC este stabila sau schiteaza o tendinta de crestere, aspecte vizibile si pentru Romania la nivele sub medie.
- Programele de imunizare la scară largă implica pre-evaluări economice judicioase si trebuie insotite de educația privind igiena personala & colectiva si de imbunatatirea sanitatiei. Majoritatea tarilor OMS asigurau in 2009 acoperire > 90% cu vaccinul antiHepB 3 la sugari (exceptii notabile Canada, Franta, India); in context UE Romania mentine acest nivel maximal, alaturi de unii vecini din centru-est, Spania si Italia.
- In Romania incidenta HVB scade semnificativ intre 2001- 2010, cu maxim al incidentei pentru grupa de varsta 20-34 ani in 2010; incidenta HVC este mai degraba stationara (la nivel scazut) cu maxim la varste medii si mature; in privinta HVA incidente mai mari sunt raportate la varstele 5-14 (mici scolare) si 0-4 ani, in judetele VR, CV, HG, CL, SJ si MM, precum si in rural fata de urban.
- Schema nationala de imunizare prevede vaccinarea obligatorie HVB3 la sugari (nastere, 2 luni, 6 luni) in intreaga tara precum si vaccinarea HVA pe o parte din teritoriu (din 2009).

Analiza de situatie sugereaza ca hepatitele virale raman o problema serioasa de sanatate publica pentru tara noastra: incidenta HVB scade semnificativ in ultima decada plecand insa de la un nivel foarte ridicat in 2001, ceea ce ne mentine inca mult peste media UE; incidenta HVA ne situeaza intre

primele 3 locuri cele mai defavorabile din UE; numai ratele HVC se gasesc sub media UE, cu o sugestie insa de crestere intre 2007 si 2008.

Acoperirea cat mai larga posibila (catre comunitatile defavorizate) a vaccinarii HVB obligatorii in Planul National de Imunizare si extinderea vaccinarii HVA dincolo de situatiile de criza trebuie complementate de masuri nespecifice privind igiena personala & colectiva privind populatia generala si grupurile de risc comune tuturor formelor de hepatita virala. Difuzarea pe scara larga si urmarirea implementarii acestor masuri fac parte din misiunea comunitatii nationale de promovare a sanatatii.

2.5 Bibliografie

1. <http://worldhepatitisalliance.org/AboutViralHepatitis.aspx>
2. <http://hepato.ro/apah-ro-a-implinit-2-ani>
3. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/en/>
4. Sarbu A., Date actualizate privind hepatita virala in Romania, INSP-CNSCBT, 2011
5. ***Weekly epidemiological record, 8 february 2002/WHO Geneva 2001: <http://www.who.int/docstore/wer/pdf/2002/wer7706.pdf>
6. ***Introduction of hepatitis B vaccine into childhood immunization services, WHO, Geneva 2001: <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www613.pdf>
7. ***ECDC Surveillance Report: Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe, Stockholm 2010.
8. ***ECDC Technical Report: Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe, Stockholm 2010.
9. ***WHO, Immunization Profil – Romania, updated 15 December 2010: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofilresult.cfm
10. <http://hepato.ro/apah-ro-membru-al-aliantei-mondiale-pentru-hepatita>