

Jednání evropské sítě pro surveillance chřipky

Annual European Influenza Surveillance Meeting

Jan Kynčl

Ve dnech 11.-13.6.2014 se ve Vídni uskutečnilo čtvrté společné jednání sítě ECDC pro surveillance chřipky a sítě zemí evropského regionu WHO, kterého se (kromě řady příslušných pracovníků ECDC a WHO) zúčastnili národní zástupci chřipkových sítí, epidemiologové a virologové. Jednání bylo částečně plenární a částečně probíhalo v několika paralelních skupinách (zaměřených na konkrétní epidemiologickou a virologickou problematiku), a bylo šestým setkáním po přechodu sítě pod ECDC. Jednání zahájili Pasi Penttinen (ECDC) a Caroline Brown (WHO).

V úvodní části kromě rakouské hlavní hygieničky Pamela Rendi-Wagner dále vystoupili Theresia Popow-Kraupp (Rakousko), Diane Gross (WHO-EURO) a Julien Beauté (ECDC), kteří seznámili s průběhem chřipkové sezóny 2013/14 z epidemiologického i virologického pohledu. Chřipka v Rakousku nepodléhá povinnému hlášení, SARI surveillance je ve fázi příprav. Systém hlášení je založen na sentinelových praktických lékařích (cca 44 pro dospělé a 11 pro děti), kteří pokrývají 0,5 % populace, tito lékaři hlásí onemocnění i provádějí odběry biologického materiálu pro virologické vyšetření.

V právě proběhlé sezóně, která i letos začala později - až v průběhu prosince a trvala cca do konce dubna - byla celkově nízká incidence chřipky. V Evropě převažovala cirkulace viru chřipky typu A, přičemž virus A(H1N1) pdm09 se vyskytoval častěji než virus A/H3. U třetiny evropských zemí nemocnost vůbec nepřekročila epidemický práh. Na těžkých hospitalizovaných případech chřipky (SARI), které hlásí 10 zemí, se etiologicky podílel z 99 % případů virus chřipky typu A (z nich v 75 % případů virus A(H1N1) pdm09). Virologické situaci se následně podrobněji věnoval John McCauley (WHO-CC, NIMR, UK).

Aktuální novinkou je, že pro příští sezónu 2014/15 bude vytvářen již jen jeden společný bulletin o chřipkové situaci, na jehož tvorbě se budou podílet ECDC a WHO-EURO.

L. Brammer (US CDC) prezentovala systém virologické surveillance v USA. V síti spolupracujících laboratoří WHO (v USA reprezentovaném CDC) se aktuálně účastní celkem 89 laboratoří - 15 nemocničních, 73 laboratoří v rámci systému veřejného zdravotnictví (přičemž jsou zahrnuty všechny státní laboratoře) a 1 vojenská laboratoř. V sezóně 2012-13 vyšetřili přes 73 tisíc vzorků, většinu pomocí PCR. Téměř 38 tisíc vzorků (51 %) bylo pozitivních a 98 % z více než 29 tisíc vzorků chřipky typu A bylo dále subtypováno. Americké CDC poskytuje finanční prostředky na 0,5 laboratorního úvazku a na 1 úvazek koordinátora surveillance v každém státě a nakupuje PCR pro vyšetření. V rámci aktuálního projektu jsou kupř. řešeny otázky na jakém území je třeba dosáhnout statistické významnosti výsledků a to s ohledem na celkovou situaci, umožnit detekci nových chřipkových virů, určovat antivirovou rezistenci a přispět k selekci vakcínálních kmenů (kde by do budoucna mělo dojít ke změnám ve způsobu zasílání vzorků).

P. Jorgensen (WHO) a J. Beauté (ECDC) seznámili s výsledky dotazníku k systémům surveillance v členských státech Evropského regionu WHO, který národní zástupci sítě vyplňovali letos na jaře. Chřipková surveillance je jednou z nejstarších a nejrozsáhlejších globálních sítí WHO. Většina zemí implementovala sledování ILI (které je o něco více zastoupeno v zemích EU). Značná část zemí realizuje souběžnou surveillance ARI a ILI (kromě většiny postsovětských zemí též ČR, Slovensko, Francie, UK, ...). V EU převažuje sentinelová surveillance, univerzální surveillance je spíše ve východní části regionu. Surveillance závažných akutních respiračních infekcí vyžadujících hospitalizaci (SARI) vznikla v návaznosti na průběh pandemie 2009. Od roku 2010 do současnosti hlásí 6 až 10 zemí EU a EEA do ECDC data SARI (v sezóně 2013-14 se jednalo o 7 zemí). Jednání poradního sboru ECDC v únoru 2014 doporučilo pokračovat ve stávajícím systému, ale omezit ho jen na případy SARI hospitalizované na JIP (což v zásadě bývá používáno již nyní v ČR) a upřesnit význam (účel) surveillance. Bylo diskutováno, že dotazníky WHO i ECDC často obsahují řadu otázek, na něž autoři dotazníků již mají odpovědi k dispozici a zbytečně zatěžují členské státy.

V epidemiologické skupině byla, již po několikáté, diskutována problematika SARI. Vzhledem k mnohdy dost odlišným kritériím pro hospitalizaci v jednotlivých zemích i v této skupině převažuje názor, že by SARI měla být sledována pouze u pacientů hospitalizovaných na JIP, čímž by se zlepšila porovnatelnost dat z jednotlivých zemí. Je nutné ještě upřesnit „jmenovatel“, kterým může být buď celkový počet pacientů přijímaný na JIP a nebo velikost populace, která spadá do „působnosti“ daného zdravotnického pracoviště. V diskusi bylo zmíněno, že SARI je „zvláštní diagnóza“, spadají do ní např. respirační onemocnění, k nimž dojde po operacích? Ve Španělsku je do surveillance SARI zapojeno 90 nemocnic v celé zemi, které pokrývají 45 % populace. Jsou sledovány hospitalizované případy laboratorně potvrzené (standardní lůžka i JIP), v sezóně 2013-14 bylo 2409 laboratorně potvrzených případů; z nichž 620 (26 %) bylo na JIP. Při sledování dynamiky za sezóny od pandemie 2009 do současnosti se zvyšuje proporce vážně nemocných ve vyšších věkových skupinách. Pacienti na JIP byly v menší míře očkované proti chřipce než pacienti na standardním lůžku, čímž se nepřímo potvrzuje efekt očkování (vůči onemocnění, resp. závažnému průběhu chřipky).

A. Moren (Epiconcept, Francie) seznámil s výsledky hodnocení účinnosti chřipkového očkování, kterému se věnuje projekt I-move zahrnující 26 institucí v 17 zemích EU/EEA. V letech 2008-14 vychází z těchto studií účinnost chřipkové vakcíny vcelku konzistentně mezi 40 a 70 procenty. Otázka dalšího fungování projektu je však nejistá, ECDC ho zřejmě přestane financovat.

Prezentace finských a britských kolegů (H. Nohynek

a R. Pebody) se věnovaly nové intranazální vakcíně (živá atenuovaná), která by mohla zlepšit nízkou proočkovanost a být úspěšně využita i u dětí. Byla zdůrazněna potřeba zvýšit povědomí o závažnosti chřipky jako takové a o bezpečnosti vakcín. Ve Velké Británii na konci roku 2012 oficiálně doporučili rozšířit program očkování proti chřipce o použití živé atenuované vakcíny u všech dětí ve věku 2–16 let. V sezóně 2013–14 tento program zahájila nabídka možnosti očkování pomocí jedné dávky živé vakcíny všem zdravým dětem ve věku 2 a 3 roky u praktických dětských lékařů. Proočkovanost v Anglii dosáhla u těchto dětí 40 %, po očkování nebyla hlášena žádná nežádoucí reakce. Dále byla na sedmi pilotních místech (školy, lékárny, praktičtí pediatři; celková velikost cílové populace dětí byla téměř 200 tisíc) realizována nabídka očkování zdravých školních dětí ve věku 5–11 let intranazální vakcínou, proočkovanost dosáhla 52,5 %. U očkovaných dětí byla během zimní sezóny pozorována nižší nemocnost chřipkou, vzhledem k letošní mírné chřipkové sezóně jsou však výsledky statisticky nesignifikantní. Chřipkové vakcinaci u dětí se věnuje též Bělorusko, od roku 2001 bylo doporučeno očkování proti chřipce u vysoce rizikových dětí, následně přešli na univerzální doporučení. V roce 2005 dosáhla v Bělorusku u dětí proočkovanost 13 %, v roce 2013 již 44 %.

T. Wenxiao (čínské CDC) se věnoval chřipce H7N9. Porovnání mezi první a druhou vlnou případů ukazuje, že v 2. vlně bylo postižení u v průměru o 4 roky mladších osob, přičemž stále převažuje významně vyšší postižení mužů. Až u 85 % případů byl zaznamenán kontakt s drůbeží, ale přesná cesta přenosu nákazy na živých tržištích a v drůbežárnách není známa. Rodinné výskyty byly evidovány 13krát (12x 2 případy, 1x 3 případy), ale nedochází k dalšímu mezilidskému přenosu mimo rodiny. Celkem bylo analyzováno 76 izolátů viru H7N9 a všechny jsou vysoce homologní, významné mutace nebyly zaznamenány. Lze očekávat, že další epidemické výskyty budou opět na podzim a v zimě a pravděpodobně dojde k rozšíření do dalších, dosud nepostižených oblastí Číny, nicméně vzhledem ke zlepšeným veterinárním opatřením by tyto výskyty měly být limitované.

C. Rizzo (Itálie) prezentovala epidemii chřipky vyvolané virem H7N7. V Itálii je značná část chovu drůbeže koncentrována na severu v oblasti Emilia-Romagna (4 miliony osob, 39 milionů drůbeže), kde mezi 14. 8.–9. 9. 2013 proběhla epidemie (epizootie) vyvolaná vysoce patogen-

ním virem H7N7. 300 pracovníků a obyvatelé postižených území byli monitorováni, byl vybit téměř 1 milion drůbeže. Byly evidovány 3 lidské případy onemocnění (3x konjunktivitida, z toho jednou s chřipkovými příznaky), interhumánní přenos nebyl zaznamenán. 92 ze 174 exponovaných pracovníků souhlasilo s odběrem krve, bylo provedeno vyšetření pomocí mikroaglutinace, ale výsledky sérologického přehledu zatím nejsou k dispozici.

A. Meijer (Nizozemí) prezentoval výsledky externího hodnocení kvality laboratoří, v rámci něhož bylo v roce 2013 do panelu testů zařazeno též testování aviárních kmenů viru chřipky. Z celkového počtu 246 účastníků se evropských laboratoří správně detekovalo virus H5N1 přes 93 % laboratoří. Dále bylo, mimo jiné, zjištěno, že 43 % laboratoří je schopno chřipkové viry dále subtypovat.

V závěrečném shrnutí zaznělo, že nesentinelová data jsou velmi komplexní (nemocnice, ambulantní pacienti, studie, ...) a představují užitečný doplňkový zdroj informací o chřipkové situaci. Je však nutné s těmito daty zacházet opatrně, neboť nejsou sbírána standardizovaným způsobem jako data sentinelová, měla by tedy být prezentována odděleně.

Hlášení antigenních a genetických charakteristik by v další sezóně nemělo doznat změn a mělo by být ve frekvenci, kterou umožní národní kapacity, ideálně v týdenním intervalu. Data by měla být hlášena podle data odběru (a nikoliv dle data vyšetření). Co se týče strategie molekulární surveillance, mezi účastníky převažuje názor, že by se v současnosti nemělo expandovat do nových cílů, které by si přálo ECDC, a to vzhledem k omezeným prostředkům na národní úrovni. Preference by měla být věnována cíleným studiím, které také přinesou nové informace užitečné v rámci surveillance. Byla diskutována vhodnost podpory v oblasti IT, která by usnadnila poskytování virologických dat. Za zásadní je též považována potřeba odstranit duplikace, tj. aby byla sdílena data mezi TESSy (ECDC) a globální databázi sekvencí chřipkových virů GISAID.

Virologická skupina má připomínky ke změněmu způsobu zasílání vzorků do evropské centrály, domnívá se, že by měl být zachován původní stav. Dále byla diskutována témata externího hodnocení kvality a úprav proměnných pro hlášení virologických dat do TESSy.

MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.

*Oddělení epidemiologie infekčních nemocí
CEM - SZÚ*