



Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

(ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ)

Σημαντικά Σημεία

- Η δηλούμενη επίπτωση της ελονοσίας στην Ελλάδα παρουσιάζει αυξητική τάση.
- Για την πενταετία 2005-2009:
 - Το νόσημα παρουσίασε την υψηλότερη συχνότητα σε άνδρες ηλικίας 15-44 έτη. Η δηλούμενη επίπτωση στους άρρενες (0,4/100.000 πληθυσμού) ήταν 4 φορές υψηλότερη εκείνης στα θήλεα.
 - Η συχνότητα του νοσήματος παρουσίασε εποχική διακύμανση, με αύξηση τους θερινούς μήνες και κορύφωση τον Αύγουστο.
 - Το 78% των δηλωθέντων κρουσμάτων ήταν αλλοδαπής εθνικότητας.
 - Η μετάδοση σχετιζόταν με ταξίδι ή παραμονή σε ενδημική χώρα. Ωστόσο, στην Ελλάδα, υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης εγχώριων κρουσμάτων, λόγω της ύπαρξης ανωφελών κουνουπιών και μεταναστών από χώρες στις οποίες ενδημεί η νόσος.

Η ελονοσία (malaria) είναι λοιμώδης νόσος που προκαλείται από το παράσιτο «πλασμώδιο» της ελονοσίας και μεταδίδεται κυρίως μέσω δήγματος (τσιμπήματος) μολυσμένου ανωφελούς κουνουπιού (*Anopheles*). Υπάρχουν 4 είδη πλασμωδίων που προσβάλλουν τον άνθρωπο: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* και *Plasmodium malariae*. Τα συμπτώματα της νόσου (τυπικό παροξυσμικό έντονο ρίγος, υψηλός πυρετός, κεφαλαλγία και μυαλγίες) εμφανίζονται συνήθως από μία έως τέσσερις εβδομάδες μετά τη μόλυνση, ενώ συχνά παρατηρούνται υποτροπές, κυρίως σε μόλυνση από το *Plasmodium vivax* [1].

Διαχρονική τάση

Η διαχρονική εξέλιξη της δηλούμενης επίπτωσης του νοσήματος για τη δεκαετία 2000-2009 παρουσιάζεται στο Γράφημα 1. Το 2009 δηλώθηκαν στην Ελλάδα 51 κρούσματα ελονοσίας, παρουσιάζοντας αύξηση 28% σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Συνολικά, την πενταετία 2005-2009, καταγράφηκαν στην Ελλάδα 171 επιβεβαιωμένα κρούσματα, με τη μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση του νοσήματος για την περίοδο αυτή να ανέρχεται σε 0,3 κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού (μέση τιμή αριθμού κρουσμάτων κατ' έτος: 34).

Κατανομή κατά ηλικία και φύλο

Για την πενταετία 2005-2009, το νόσημα παρουσίασε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών (0,9/100.000 πληθυσμού), με δεύτερη πιο συχνή την ηλικιακή ομάδα 25-44 έτη (0,7/100.000 πληθυσμού) (Γράφημα 2). Κατά την ίδια περίοδο, η μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση του νοσήματος στους άνδρες (0,4/100.000 πληθυσμού) ήταν 4 φορές υψηλότερη από την αντίστοιχη στις γυναίκες.

Εποχικότητα

Το νόσημα παρουσιάζει σαφή εποχικότητα. Η μέση επίπτωσή του για την πενταετία 2005-2009 αυξάνεται σταδιακά τους εαρινούς μήνες, κορυφώνεται τον Αύγουστο και μειώνεται με σταθερό ρυθμό τους επόμενους μήνες (Γράφημα 3). Η παρατηρούμενη εποχικότητα πιθανότατα σχετίζεται με την δραστηριότητα των ανωφελών κουνουπιών.

Γεωγραφική κατανομή

Το 62% των κρουσμάτων, την περίοδο 2005-2009, διέμενε στην Αττική (μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση: 0,4/100.000 πληθυσμού), ενώ στην Κεντρική Ελλάδα, στη Βόρεια Ελλάδα και στα Νησιά του Αιγαίου/Κρήτη, η μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση ήταν 0,1/100.000 πληθυσμού (Γράφημα 4).

Είδη παθογόνου

Κατά την πενταετία 2005-2009, το πιο συχνό είδος πλασμοδίου που επιβεβαιώθηκε εργαστηριακά ήταν το *P. falciparum*, το οποίο ευθυνόταν για το 54% (n=79) των δηλωθέντων κρουσμάτων, ακολουθούμενο από το *P. vivax* (42%, n=61) (Γράφημα 5). Σε 24 (14%) κρούσματα, το είδος του πλασμοδίου δεν ταυτοποιήθηκε. Όλα τα κρούσματα με *P. falciparum*, ανέφεραν πρόσφατο ταξίδι σε ενδημική χώρα, το 75% των οποίων σε χώρα της υποσαχάριας Αφρικής.

Βαρύτητα νόσου

Το 93% των κρουσμάτων, που καταγράφηκαν την περίοδο 2005-2009, χρειάστηκε νοσηλεία σε νοσοκομείο, ενώ σημειώθηκαν και δύο θάνατοι, οφειλόμενοι στο *P. falciparum*. Σημειώνεται ότι η ελονοσία και ιδιαίτερα αυτή που προκαλείται από *P. falciparum*, μπορεί να προκαλέσει βαριά ασθένεια και θάνατο. Η έγκαιρη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας βελτιώνει κατά πολύ την πρόγνωση της νόσου.

Παράγοντες κινδύνου

Το 95% των κρουσμάτων που καταγράφηκαν στην Ελλάδα την περίοδο 2005-2009 μολύνθηκαν πιθανότατα από πρόσφατη έκθεση σε ενδημική χώρα.

Κατά την πενταετία 2005-2009, το μεγαλύτερο ποσοστό κρουσμάτων (78%, n=133) αφορούσε αλλοδαπούς, εκ των οποίων το 40% (n=53) ανέφερε πρόσφατο ταξίδι στη χώρα καταγωγής του, πριν την εκδήλωση της νόσου (Γράφημα 6). Μεταξύ των χωρών

προέλευσης, η πιο συχνά αναφερόμενη ήταν το Πακιστάν (21%), ακολουθούμενη από το Μπαγκλαντές (13%), το Αφγανιστάν (10%) και τη Νιγηρία (10%).

Το 79% (n=64) των κρουσμάτων με πρόσφατο ταξίδι σε ενδημική περιοχή ανέφερε ότι δεν είχε λάβει χημειοπροφύλαξη. Το ένα τέταρτο όσων δεν έλαβαν χημειοπροφύλαξη, είχαν νοσήσει ξανά στο παρελθόν. Δεν έχει διαπιστωθεί σε κανένα κρούσμα, μετάδοση μέσω μετάγγισης αίματος ή παραγώγων του.

Το 16% (n=21) των καταγεγραμμένων κρουσμάτων αναφέρει επάγγελμα υψηλού κινδύνου, εκ των οποίων 43% (n=9) ήταν ναυτικοί (Γράφημα 6). Όσον αφορά στα κρούσματα Ελληνικής εθνικότητας, το 44% (n=12) ανέφερε επάγγελμα υψηλού κινδύνου, εκ των οποίων το 42% (n=5) ήταν ναυτικοί και το 33% (n=4) διπλωματικοί υπάλληλοι.

Συμπεράσματα

Η δηλούμενη επίπτωση της ελονοσίας στην Ελλάδα παρουσιάζει αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια, η οποία μπορεί στην πραγματικότητα να είναι υψηλότερη, λαμβάνοντας υπόψη τη μειωμένη ευαισθητοποίηση των κλινικών ιατρών για ένα «ξεχασμένο» στην Ελλάδα νόσημα και την ενδεχόμενη υποδήλωση που παρατηρείται στα συστήματα επιτήρησης.

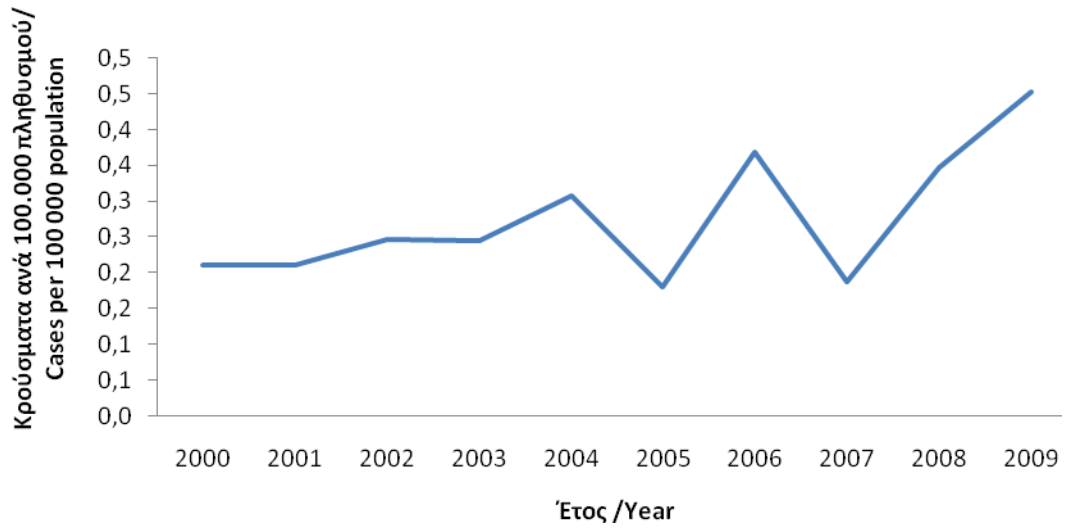
Όλα σχεδόν τα κρούσματα ανέφεραν πρόσφατο ταξίδι (έως 10 μήνες πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων) σε ενδημική στην ελονοσία χώρα ή είχαν καταγωγή από τέτοια χώρα, υποδεικνύοντας ότι η μετάδοση της νόσου γινόταν συνήθως κατά τη διάρκεια παραμονής ή ταξιδιού σε ενδημική περιοχή. Μόλις, όμως, το ένα πέμπτο των κρουσμάτων αυτών ανέφερε ότι έλαβε χημειοπροφύλαξη. Η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ταξιδιωτών για τη λήψη κατάλληλης χημειοπροφύλαξης και την προστασία από τα τσιμπήματα κουνουπιών μπορεί να ελαχιστοποιήσει τον κίνδυνο μόλυνσης κατά τη διάρκεια ταξιδιού σε ενδημική χώρα.

Αν και η πλειονότητα των κρουσμάτων ελονοσίας που καταγράφηκαν οφείλεται πιθανότατα σε πρόσφατη έκθεση σε ενδημική χώρα, το ενδεχόμενο επανεμφάνισης της νόσου είναι υπαρκτό, λόγω της παρουσίας στην Ελλάδα ανωφελών κουνουπιών [2], καθώς και αδιάγνωστων κρουσμάτων, όπως π.χ. σε μετανάστες από χώρες στις οποίες ενδημεί η νόσος. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την αναγκαιότητα χάραξης μιας ευρύτερης στρατηγικής για την καταπολέμηση της νόσου, που θα περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την εντατικοποίηση του προγράμματος καταπολέμησης κουνουπιών, την ενημέρωση του κοινού και την ευαισθητοποίηση των ιατρών για την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας όλων των ασθενών με ελονοσία.

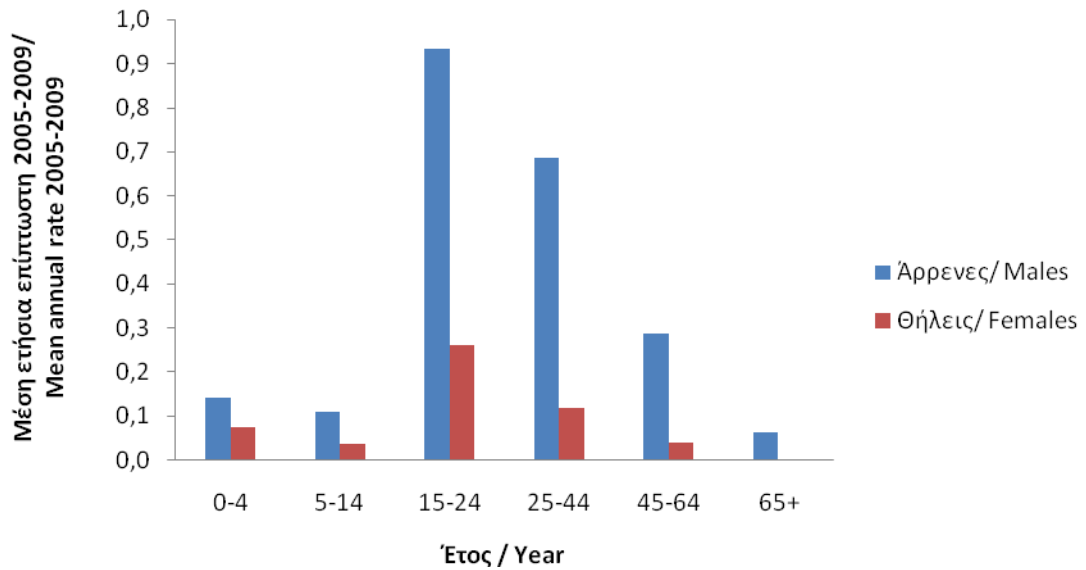
Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Heymann DL. Control of Communicable Diseases Manual. Washington DC: American Public Health Association; 2008.
2. Vakalis N. et al. Mosquito surveillance and control. In: Tsouros A et al, editors. Mass gatherings and public health. WHO Europe: 2007. p.193-208

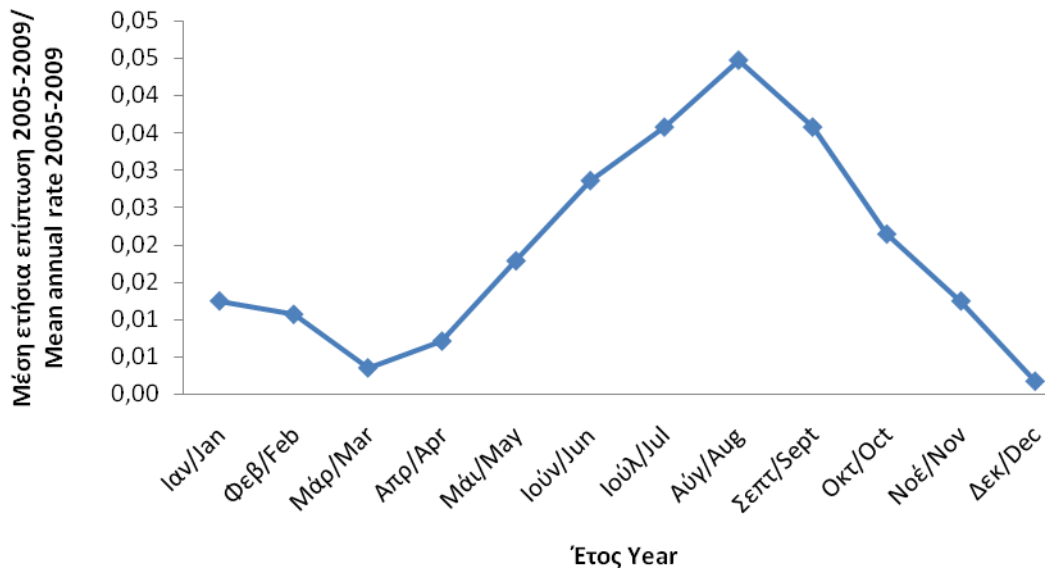
Γράφημα 1. Διαχρονική εξέλιξη της δηλούμενης επίπτωσης της ελονοσίας στην Ελλάδα, 2000-2009



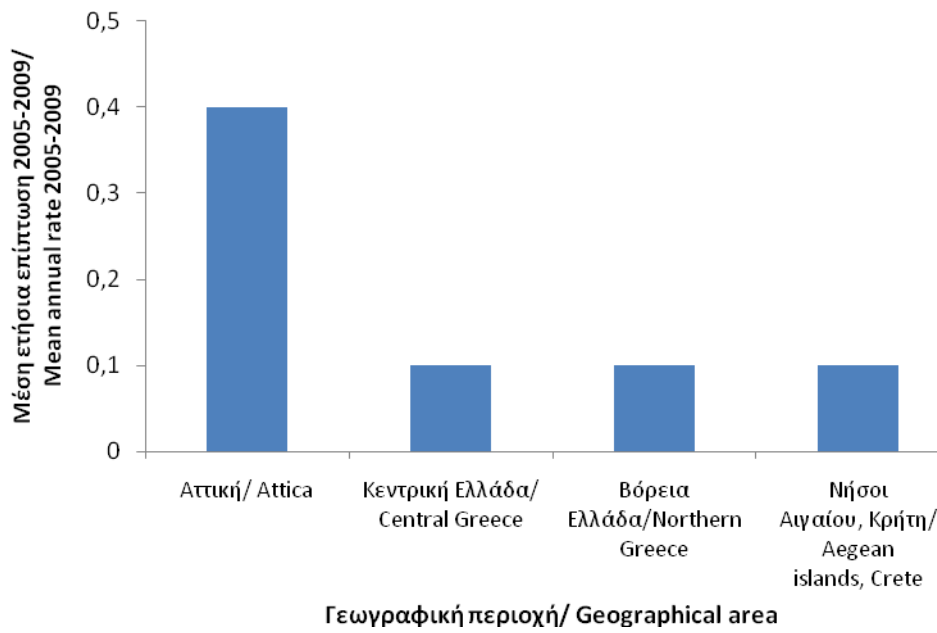
Γράφημα 2. Μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση (κρούσματα/100.000 πληθυσμού) της ελονοσίας στην Ελλάδα ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, 2005-2009



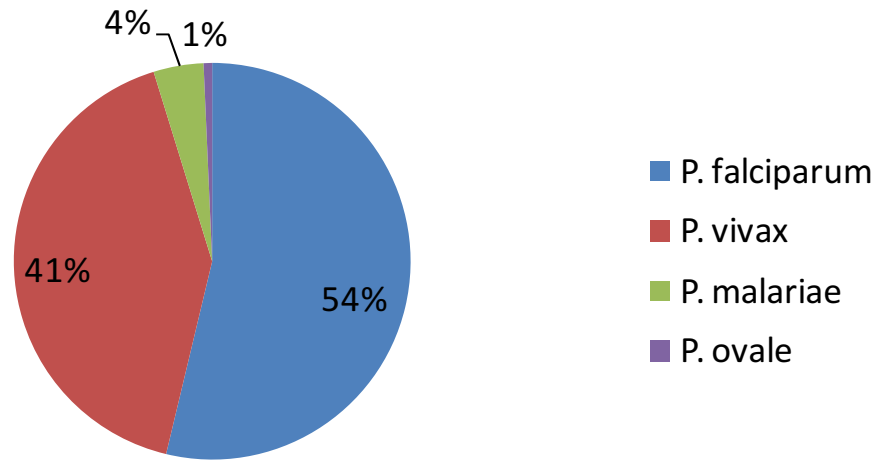
Γράφημα 3. Μέση δηλούμενη επίπτωση (κρούσματα/100.000 πληθυσμού) της ελονοσίας στην Ελλάδα ανά μήνα, 2005-2009



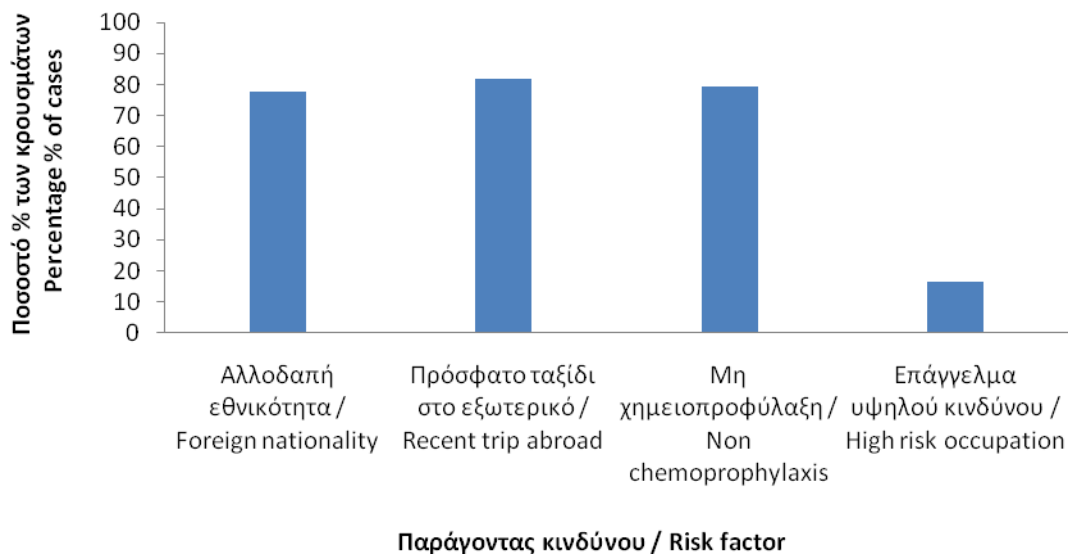
Γράφημα 4. Μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση (κρούσματα/100.000 πληθυσμού) της ελονοσίας στην Ελλάδα ανά γεωγραφική περιοχή, 2005-2009



Γράφημα 5. Κατανομή συχνότητας των δηλωθέντων κρουσμάτων ελονοσίας στην Ελλάδα ανά είδος πλασμοδίου, 2005-2009



Γράφημα 6. Κατανομή συχνότητας των δηλωθέντων κρουσμάτων ελονοσίας στην Ελλάδα ανά παράγοντα κινδύνου, 2005-2009



Ημερομηνία επικαιροποίησης: Ιανουάριος 2011