

BARIZELA (Astanafarreria) 13

SARRERA

Astanafarreria edo barizela da haurtzaroko gaixotasun exantematikorik ohizkoena, eta barizela zoster birusaren (BZBaren) lehen infekzioaren agerpena besterik ez da. Airebidez transmititzen da eta baita azaleko lesioekin edukitako kontaktu edo ukipenagatik ere. Gaixotasun oso kutsakorra da, eta urteko gaitzen kasuen batez bestekoa urte horretan jaiotako kohortearen kopuru guztira hurbiltzen da.

Herrialde epeletan, pertsona gehienek (% 90-95) 20 urte aurretik hartzen dute gaixotasuna, izanik intzidentziarik handiena 5-14 urte bitartean.

EAEen 8.000 kasu inguru erregistratu ziren 1998. urtean, 11.000 kasu 1999an eta 18.274 kasu 2000. urtean.

INDIKAZIOAK

Zenbait herrialdek (esaterako AEB, Kanada, Australia edo Japoniak) modu sistematikoan gomendatzen dute haurren txertaketa-egutegiaren barruan. Estau espainolean, ordea, ez dago haurren txertaketa-egutegiaren barruan, inolako autonomia-erkidegotan.

Arrisku altuko taldetan indikatua:

1. Leuzemia linfoblastiko akutua (LLA) duten umeeetan, ondorengo baldintzak ematen badira:
 - 1.1. Gutxitze edo moteltze hematologikoa, 12 hilabete baino luzeagoa.
 - 1.2. Linfozitoak $> 1.200/\text{mm}^3$ eta plaketak $> 100.000/\text{mm}^3$.
 - 1.3. Mantentzeko terapia txertaketa aurretik (astebete) eta ondoren (beste astebete) kentzea.
 - 1.4. Esteroideak kentzea, gutxienez txertaketaren osteko bi aste pasa arte.

2. Tumore solido gaiztoak dituzten umeak.
Txertaketa tratamendua amaitu eta 8-12 hilabete beranduago planteatu behar da.
3. Organo solidoaren transplanteko programa baten barruan dauden umeak, transplantea egin aurretik.
Txertaketa transplantea baino hilabete lehenago egin beharko da, guxtienez.
4. Tratamendu esteroideak
 - 4.1. Prednisonaren edo baliokidearen tratamendua > 2 mg/kg denean, txertatu aurreko 3 hilabete lehenago tratamendua eten egin beharko da.
 - 4.2. Prednisonaren edo baliokidearen tratamendua < 2 mg/kg denean, txertatu aurreko 2 aste lehenago tratamendua eten egingo da (edo agian ez da etengo).
5. Pertsona sanitarioa edota ume immunodeprimituak zaintzen dituzten pertsonak.
6. GIB infekzioa duten ume ez immunodeprimituak (beren CD4 linfozitoak % 25 baino gehiago dira).

ERAGINKORTASUNA ETA IMMUNOGENIZITATEA

Immunogenizitatea altua da ume osasuntsuetan; serokonbertsio-tasa dosi baten ondotik % 95etik gorakoa da eta 10-20 urtez mantentzen da. Tasak, ordea, baxuagoak dira helduen eta adoleszenteen artean. Arrisku altuko umeetan, dosi baten ondorengo serokonbertsioa % 80etik gorakoa da, eta % 95ekoa bigarren dosiaren ondoren, aurrenekoa jarri eta 3 hilabeteren buruan, baina txertatutako ume serokonbertituetatik % 10 baino gehiago negatibizatu egin ziren jarraipeneko 11 urtean.

Babeskuntzaren eraginkortasuna iraunkorra da eta altua ume osasuntsuetan, % 94-98koa baita babesa jarraipeneko 1-10 urteen bitartean. Orainsu argitaratutako lanen batean azpimarratu da, era berean, txertoak praktika klinikoan duen eraginkortasuna. Arriskuko umetan, ordea, eraginkortasuna txikiagoa da (% 81-85ekoa), eta horregatik kontrol serologikoa gomendatzen da, antigorputzen tituluan jaitsiera garrantzitsua gertatuz gero, birtxertatzeari ekiteko. Bestalde, ikusi izan den bezala, txertoa jasotzen duten paziente leuzemikoen % 25eraino txertoa hartu eta urtebeteren buruan antigorputzak galdu egiten dituzten arren, berriro ere birusarekin harremana eduki ondoren serokonbertsioa egiten dute, eta ez dute gaixotasunik garatzen. Eta zenbait kasutan gaitzari aurre hartzea lortzen ez den arren, gaixotasuna modu arinagoan agertzen da, besikula-kopuru txikiagoarekin.

ADMINISTRAZIOA ETA TXERTAKETA-PAUTAK

Pauta: 0,5 ml-ko dosi bakarria nahikoa da 9 hilabetetik gorako haur osasuntsuentzat. Arrisku altuko pazienteetan, bigarren dosi baten administrazioa balora daiteke, 3 hilabeteko tartearekin.

Txertoa azalpeko bidetik soilik ematen da.

Agerpena dosi bakarrean egiten da, eta txertoa berrosatu beharra dago, disolbatzailea txertoaren bialari gehituz. Horrela suspentsio edo esekidura homogeen sortzen da, eta berrosatutako bial osoa injektatu ohi da. Inola ere ez da jarri behar txertoa muskulubarnetik.

ESKURA DAUDEN TXERTOAK

<i>Izen komertziala</i>	<i>Laborategia</i>
VARILRIX	GlaxoSmithKline

Konposizioa: Barizela-zoster birus bizi indargetuaren OKA zeparen prestakin liofilizatua, birusa giza zelula diploideen kultiboan hazi eta barreiatzearen ondorioz lortua. Txerto berrosatuaren 0,5 ml bakoitzeko gutxienez ere birus indargetuen $10^{3,3}$ (alegia 2.000) unitate plaka-sortzaile (UPS) administratzen dira.

Eszipienteak: Neomizina sulfatoa (dosi bakoitzeko 25 mikrogramo baino gutxiago), laktosa, aminoazidoak injekziorako, sorbitola eta manitola.

KONTRAKO ERREAKZIOAK

Txertatutako ume osasuntsuen % 4k gutxi gorabehera erupzio papulo-besikulosoak edukitzen dituzte, izanik lesioen kopurua 10 baino txikiagoa, txertaketa jari eta handik 3 astera. % 5ek 37,5 °C-ko sukarra edukitzen dute. Erreakzio hauek zertxobait maizago agertzen dira helduetan (% 7). Arrisku altuko umeetan, erreakzio orokorrak, esaterako rush-a eta sukarra, ager daitezke kasuen % 20eraino, izanik usuagoak leuzemikoetan tumore solidoak dituzten pazienteetan baino. Beste erreakzio orokor batzuk ere (buruko mina, goi-mailako arnas sintomak, tronbopenia eta neutropenia) deskribatu izan dira, baina maiztasun txikiagoarekin.

Erreakzio lokalak (gorritzea, hantura, mina) ume osasuntsuen % 100ean ematen dira, eta adoleszente eta heldu osasuntsuen % 25-35ean. Hauek ere usuagoak dira arrisku altuko pazienteetan, % 20-40 inguru.

Jarraipen edo segimenduko azterketek frogatu duten bezala, zoster herpesaren intzidentzia txikiagoa da, paziente txertatuengan, birus basatiarengatik sortutako infekzio naturalaren ostean baino. Zosterra usuagoa da (% 16), efektu sekundario bezala rush-a edukitzen duten umeetan, sintoma hori erakusten

ez dutenetan baino (% 2). Zosterraren intzidentzia txikiagoa da era berean bigarren txerto-dosi bat jaso duten paziente leuzemikoetan ere. Badaude frogak esateko zenbait zoster kasu paziente txertatuetan barizelagatiko infekzio naturalaren aurrekarietatik ager daitezkeela.

BESTE TXERTO BATZUEKIN BATERA ADMINISTRATZEA ETA INTERAKZIOAK

Pertsona osasuntsuak: beste txerto batzuekin batera eman daiteke, baina leku desberdinetan injektatuz.

Arrisku altuko pazienteak: ez da administratu behar beste txerto bizi indargetu batzuekin batera (pertsona hauetan kontraindikatuak egon ohi dira, gainera). Beste txerto inaktibatu batzuekin batera administra daiteke, baina injekzio-leku desberdinetan jarritz.

Immunoglobulinak edo bestelako odol-erotorriak ematen badira, txertaketa 5 hilabetez atzeratu behar da, interferentziak eta baita txertaketaren hutsegiteak ere gertatzeko dagoen arriskuarengatik.

Ez da immunoglobulinarik administratu behar, ezta barizela-zoster Ig-rik ere, txertaketa-osteko hurrengo 3 asteetan, nolatan neurri horren mesedeak ez dituzten txertaketarenak gainditzen; kasu hauetan, 5 hilabete pasatu ondoren berriro ere txertatu egin beharko da.

Aurrez elgorriaren kontrako txertaketa gertatu denean, barizelaren kontrako txertoa hilabetez atzeratu beharko da, elgorriaren aurkakoak eragin dezakeen immunitatearen beherakada iragankorrari aurre egiteko.

KONTRAINDIKAZIOAK, ARRETA-NEURRIAK ETA INDIKAZIO BEREZIAK

Kontraindikazioak: birus bizi indargetuen txerto guztiek dituzten kontraindikazio orokorrak, eta bereziki:

1. Neomizinarekiko erreakzio anafilaktikoa. Neomizinarekiko ukipeneko dermatitisaren historia ez da nahikoa arrazoi kontraindikaziotzat hartzeko.
2. Inmunitate zelularren depresioa edo beherakada daukaten umeak (immunoeskasia sortzetikoak edo hartuak, indukziozko tratamenduan dauden prozesu tumoralak, erradioterapia, GIB infekzioa (*), edota indikazioetan zehaztutako betebeharrak betetzen ez dituen leuzemia linfoblastiko akutuak jotako umea).

(*) Gaur egun, txertaketarako hautagai egokitzat jotzen dira ume asintomatikoak edo GIBak infektatukoaren artean sintoma arinak dituztenak, CDC sailkapeneko N1 edo A1 klaseetan, izanik adinaren arabera CD4+ T linfozitoen portzentajeak % 25ekoak edo hortik gorakoak.

3. Dosi altuko kortikoideekin egindako tratamendua (> 2 mg/ kg/eguneko). Ez dago arriskurik, kortikoideak inhalazioz hartzen dituzten umeak txertatzeko.
4. Salizilatoekin tratamendu kronikoan dauden umeak, oraindik ere Reye-ren sindrome kasu bakar bat ere deskribatu ez den arren.
5. Haurduntza.
6. Barizelarekiko sentiberak diren emakume haurdunekin kontaktua duten umeak.

Arreta-neurriak: posible da txerto-birusa txertatuen besikuletatik isolatzea. Beraz, ukipen edo kontaktuei transmititzea posible da. Hori sarriagotan gerta daiteke leuzemikoen artean eta arrisku altuko beste ume txertatu batzuetan, horiek besikulak maizago edukitzen dituztelako, eta kopuru handiagoan ume normalek baino.

Pertsona immunokonprometitu bat istripuz edo ustekabeen txertaketa-osteko rash-a duen pertsona batekin harremanetan jartzen bada, ez da beharrezkoa Barizela-Zoster Ig ematea pertsona horri.

Txertaketa ondorengo 3 hilabeteetan haurduntza ebitatu edo saihestu behar da. Haurdun dagoen emakume bat txertatzen bada, edota txertaketa-ondorengo lehenengo hilabeteetan haurdun geratzen bada, fetuak eduki ditzakeen eragin potentzialen berri eman beharko litzaioke, arriskuak oso baxuak diren arren.

TXERTOAREN BILTEGIRATZEA ETA ERABILTZEKO MODUA

+2 °C eta +8 °C bitartean gorde behar da. Argitik babestu. Bere ahalmen immunogenoa bi urtez mantentzen du.