

9. Gennaio

## Perché è sbagliato correlare l'aumento del COVID alla stagionalità

*L'avvicinarsi delle stagioni si compie, entro di noi,  
mille volte al giorno.*

Alessandro Morandotti

Dall'inizio della pandemia, i casi di **COVID-19** sono aumentati ogni inverno in *modo simile all'influenza* e al *virus respiratorio sinciziale*. Tuttavia, il CDC non riconosce ancora il COVID-19 come una malattia stagionale. Gli esperti affermano che il basso assorbimento del vaccino, una nuova variante con proprietà più immuno-evasive e il *basso utilizzo di Paxlovid* non dovrebbero essere trascurati come fattori che aumentano i casi quest'inverno.



**Michael Osterholm**, PhD, direttore del Centro per la ricerca e la politica sulle malattie infettive *dell'Università di Minnesota a Minneapolis* ritiene che se si considerano i diversi picchi di casi dall'inizio della pandemia, ognuno di essi è coinciso con l'emergere di una *nuova variante*, purtroppo troppe persone attribuiscono questo alla stagionalità.

La variante **JN.1** è cresciuta rapidamente da metà novembre e le ultime stime del **CDC** mostrano che ora è il ceppo dominante rappresentando quasi il **62% dei casi**.



Il ceppo è strettamente correlato al **BA.2.86**, che per primo ha attirato l'attenzione degli esperti durante l'estate a causa del suo gran numero di mutazioni nella *proteina spike*.

**JN.1** presenta un singolo cambiamento aggiuntivo nella sua proteina spike, *la mutazione L455S*, che i funzionari sanitari ritengono possa renderlo più trasmissibile o più efficace nell'eludere l'immunità rispetto ai ceppi precedenti. Tuttavia, non ci sono prove che causi malattie più gravi.

**JN.1** ha preso il sopravvento in precedenza a Singapore, dove non sembrava causare una percentuale maggiore di ricoveri ospedalieri, in un rapporto del 5 gennaio.

**Osterholm sostiene come con altre varianti che sono più trasmissibili, più persone vengono infettate, anche se una percentuale minore di loro va in ospedale, significherà molto numericamente**", **"La continua crescita di JN.1 suggerisce che sia più trasmissibile o più efficace nell'eludere il nostro sistema immunitario"**, ha affermato il CDC in un recente aggiornamento sulla variante. **"Al momento, non ci sono prove che JN.1 presenti un rischio maggiore per la salute pubblica rispetto ad altre varianti attualmente circolanti."**

Il ceppo è cresciuto rapidamente, con stime che mostrano che rappresentava meno del 4% dei casi a metà novembre. Nel suo rilevatore delle proporzioni delle varianti, il CDC ha osservato che le proiezioni per un lignaggio emergente con un tasso di crescita elevato "potrebbero avere un grado di incertezza più elevato".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha **JN.1**, al suo elenco di "varianti di interesse", il secondo livello più alto di monitoraggio.

Derivato della sottovariante omicron **BA.2.86** (soprannominata "Pirola" dai media), **JN.1** è descritto dall'OMS come un rischio "basso" per la salute pubblica globale. L'agenzia ha tuttavia avvertito che la stagione invernale nell'emisfero settentrionale potrebbe aumentare il peso delle infezioni respiratorie in molti paesi. Dopo aver rappresentato solo il **3%** delle infezioni all'inizio di novembre, **JN.1** è ora responsabile di oltre il **27%**, ha affermato l'OMS

**JN.1** è stato rilevato per la prima volta in 12 paesi a settembre, con le proporzioni più elevate in Canada, Francia, Singapore, Svezia, Regno Unito e Stati Uniti. L'Agenzia britannica per la sicurezza sanitaria ha dichiarato alla BBC che **JN.1** si trova in circa il 7% dei test positivi al covid-19 analizzati.

I **dati dei Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC)** mostrano che **JN.1** è il ceppo covid in più rapida crescita negli Stati Uniti, responsabile del 15-29% delle nuove infezioni covid. È già il ceppo dominante nel nord-est degli Stati Uniti, dove è responsabile di un terzo di tutti i casi.



**Ryan Gregory**, un biologo evolucionista dell'Università di Guelph in Canada, ha detto alla CNN: *"È già abbastanza chiaro che è altamente competitivo con le varianti XBB esistenti e sembra che sia sulla buona strada per diventare il prossimo tipo di gruppo di varianti dominante a livello globale."*

Il CDC statunitense ha affermato che c'è stato un solo cambiamento tra **JN.1** e **BA.2.86** nella proteina spike sulla superficie del virus, che aiuta il virus a infettare le persone.

Poiché la proteina spike è anche la parte bersaglio dei vaccini esistenti, i vaccini attuali dovrebbero funzionare contro JN.1 e BA.2.86.

Il CDC ha affermato: *“I dati scientifici iniziali mostrano che i vaccini covid-19 aggiornati 2023-2024 aiutano il nostro sistema immunitario a bloccare BA.2.86. Ci aspettiamo che JN.1 sia simile. Ci aspettiamo inoltre che i trattamenti e i test rimangano efficaci sulla base dell’analisi condotta dal SARS-CoV-2 Interagency Group (un gruppo di esperti scientifici che rappresentano molte agenzie governative).”*

L’OMS ha sottolineato che gli attuali vaccini continuano a proteggere dalle malattie gravi e dalla morte dovute a **JN.1** e ad altre varianti circolanti di SARS-CoV-2, il virus che causa il covid-19, e ha esortato le persone a rimanere aggiornate sulle loro vaccinazioni, soprattutto quelli ad alto rischio di malattia.

**L’agenzia delle Nazioni Unite** ha inoltre avvertito che il covid-19 non è l’unica malattia respiratoria circolante. L’influenza, il virus respiratorio sinciziale (RSV) e la comune polmonite infantile sono in aumento, si legge, ricordando alle persone di indossare mascherine, lavarsi le mani regolarmente, coprire eventuali colpi di tosse e starnuti e rimanere a casa se malati.



**Katelijn Jetelina**, epidemiologa, ha affermato che **JN.1** *“è diventata la variante in più rapida crescita negli ultimi due anni”, aggiungendo che le indicazioni sulle acque reflue pubbliche hanno mostrato che il ceppo stava aumentando in modo esponenziale.*

*“La grande domanda è se e come i ricoveri seguiranno l’andamento delle acque reflue, soprattutto in luoghi come gli Stati Uniti, dove i tassi di vaccinazione sono bassi”, ha scritto. “Il Regno Unito e Singapore, che hanno tassi di vaccinazione elevati, stanno assistendo a un forte aumento dei ricoveri ora che JN.1 ha preso il sopravvento”.*

**Jetelina** ha detto al *Washington Post* : *“Arriverà nello stesso esatto momento in cui i nostri social network si stanno espandendo mentre viaggiamo e visitiamo persone che normalmente non vediamo. Non penso che questo significhi che dobbiamo cancellare le nostre vacanze. . . Certamente non sarà uno tsunami come quello visto con Omicron. È semplicemente un tempismo tutt’altro che ottimale.”*

*Looi MK. Covid-19: WHO adds JN.1 as new variant of interest. BMJ. 2023 Dec 21;383:2975.*

**E’ utile consultare anche**

**Yang S et al Fast evolution of SARS-CoV-2 BA.2.86 to JN.1 under heavy immune pressure. Lancet Infect Dis. 2023 Dec 15:S1473-3099(23)00744-2.**

La variante saltation **BA.2.86** del SARS-CoV-2, che è stata rapidamente designata come variante sotto monitoraggio dopo la sua comparsa, ha attirato l'attenzione globale. Sebbene **BA.2.86** non abbia mostrato un sostanziale vantaggio di fuga immunitaria umorale e di crescita rispetto alle attuali varianti dominanti, come **EG.5.1** e **HK.3**, ha mostrato un'affinità di legame ACE2 notevolmente elevata.

Questa maggiore affinità di legame, unita alla sua distinta antigenicità, potrebbe consentire a BA.2.86 di accumulare mutazioni immuno-evasive durante la trasmissione popolare di basso livello, simile alla precedente evoluzione da BA.2.75 a CH.1.1 e XBB.

Con una sola mutazione aggiuntiva del dominio di legame del recettore (L455S) rispetto al suo predecessore **BA.2.86**, la variante JN.1 è diventata rapidamente predominante in Francia superando sia **BA.2.86** che la cosiddetta **FLip (L455F+F456L)**.

È fondamentale un'indagine approfondita sulla capacità di evasione immunitaria di JN.1, in particolare date le sue poche mutazioni aggiuntive.



Un caso riportato da Ming Juan Liu e Jun Li,  
Peking Union Medical College Hospital, Pechino, Cina



Jiao, 43 anni, si è presentata alla clinica dermatologica con un'anamnesi di 8 anni di **placche atrofiche, telangiectasiche, giallo-marroni con bordi violacei irregolari** su entrambi gli stinchi. Le **lesioni erano asintomatiche** e lei non aveva cercato cure finché non erano cresciute di dimensioni.

**Non aveva** storia di **diabete mellito, ipertensione o malattie della tiroide**.

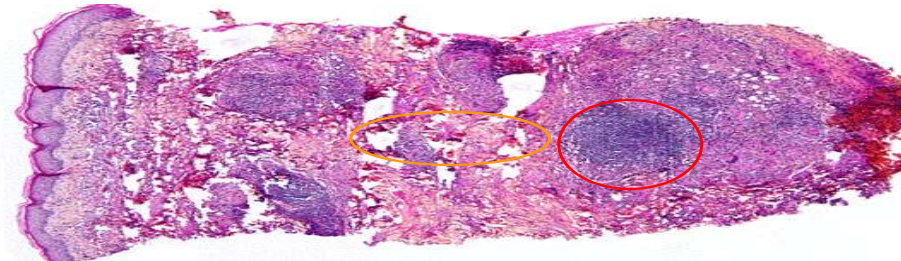
**All'esame obiettivo** si osservavano **placche atrofiche giallo-marroni** con **teleangectasie** e **bordi violacei irregolari** su entrambi gli stinchi (pannello A e riquadro).



Viene eseguita una biopsia cutanea della tibia destra.

L'analisi istopatologica ha mostrato diversi strati di necrobiosi all'interno del derma, **infiltrati di cellule infiammatorie perivascolari**, **degenerazione del collagene** e risultati coerenti con la dermatite granulomatosa.

## Necrobiosi Lipoidica



Diagnosi: ***necrobiosi lipoidica***.



***La necrobiosi lipoidica è una malattia granulomatosa associata al diabete ed alla glicemia ?***

***Cosa suggeriscono le linee guida ?***

***Alla paziente sono stati somministrati glucocorticoidi topici.  
Con che esito ?***

***Al follow-up effettuato 13 anni dopo la visita iniziale  
qual è la situazione ?***

**Le soluzioni a domani !**