

Quanto segue sono i consigli della dottoressa Klimas sulla vaccinazione per i pazienti di MECFS. L'articolo originale lo trovate qui: <https://www.nova.edu/nim/To-Vaccinate-or-Not-with-MECFS.html>

Traduzione di Giada Da Ros – presidente della CFSME Associazione Italiana ovd – [cfs@cro.it](mailto:cfs@cro.it)

## INSTITUTE FOR NEURO-IMMUNE MEDICINE

### VACCINARSI O NO – CON LA ME/CFS

Di: dottoressa Nancy Klimas, direttrice, INIM (Istituto per la Medicina Neuroimmunitaria)

I veterani con preoccupazioni legate alla Malattia della Guerra del Golfo hanno molto in comune con i pazienti di ME/CFS, quindi il mio consiglio per loro è lo stesso. Vedi l'articolo qui sotto.

Mi è stata posta questa domanda decine di volte nell'ultima settimana. Questa è la mia opinione -

Il COVID uccide la gente. Uccide preferibilmente le persone con un sistema immunitario sovra-attivato e danneggiato - e la ME/CFS è proprio questo. Quindi, mentre c'è certamente un rischio di una ricaduta della ME con questi vaccini iper-reattivi (la prima ondata a essere rilasciata), dovete soppesare la possibilità di una ricaduta della ME contro il rischio di morte da COVID-19.

Si può mitigare il rischio in diversi modi - proprio come si fa quando si sente una ricaduta in arrivo. Prima del vaccino, assicuratevi di assumere abbastanza antiossidanti, in particolare NAC o glutatione e CoQ10. Il grande mediatore della ricaduta post vaccinazione e delle reazioni immediate è l'attivazione dei mastociti. Se avviene immediatamente, si tratta di anafilassi, ma se avviene lentamente e a basso grado per giorni i mediatori che i mastociti rilasciano possono portare a una classica ricaduta di ME/CFS.

Quindi, prendete un antistaminico prima e per diversi giorni dopo il vaccino - il più forte che potete tollerare. (Benadryl è uno dei più forti, Zyrtec è un'altra buona scelta). Ci sono

molti stabilizzatori dei mastociti; guardate l'eccellente conferenza del Dr. Maitland dal nostro recente seminario CME: Managing the Syndrome Soup (Gestire la Zuppa di sindromi): POTS, EDS, MCAS & ME/CFS, se volete saperne di più: <http://bit.ly/NovaDysCME>

Ci sono integratori naturali che agiscono per bloccare o eliminare l'istamina e stabilizzare i mastociti come l'acido alfa lipoico, l'acido ascorbico, la B6, gli enzimi di ammina ossidasi (DAO), la luteolina, la N-acetilcisteina (NAC), gli Omega-3, la riboflavina, la SAMe, la quercetina, e fonti naturali di teofillina come i tè verdi e neri. Se vi è stata diagnosticata la sindrome di attivazione dei mastociti, avrebbe senso che ci fosse un maggior rischio di una reazione immediata a qualsiasi vaccino, anche se i dati sul rischio per le persone con sindrome di attivazione dei mastociti o precedenti reazioni allergiche ai vaccini non sono ancora noti con i vaccini contro il COVID-19.

Sospetto che lo sapremo abbastanza rapidamente, con milioni di dosi già somministrate. Quindi è meglio aspettare (prendendo molto seriamente tutte le precauzioni contro il COVID-19).

Se vi fate somministrare il vaccino, pianificate di rimanere nell'ambiente medico per almeno 30 minuti, considerate diverse ore, per essere in un luogo sicuro se avete una reazione. In questa circostanza speciale, potrebbe essere fornita dal vostro medico la premedicazione con uno steroide, nello stesso modo in cui pre-medichiamo le persone che hanno bisogno di una TAC con colorante di contrasto allo iodio.

Si prega di notare che: se si fa il vaccino, si dovrebbe fare l'intera dose raccomandata, e i vaccini attuali, Pfizer e Moderna, dovrebbero essere somministrati due volte. Non si sa ancora quanto durerà l'immunità, ma sono disponibili esami del sangue che controllano i livelli di anticorpi. Anche se sono arrivati sul mercato molto rapidamente, sapremo di più sulla qualità dei test anticorpali nei prossimi mesi. Cosa importante, la vaccinazione non è al 100% (infatti le due prove iniziali dei vaccini erano efficaci al 95% nel prevenire o ridurre la gravità dell'infezione). La vaccinazione non esclude rigorose linee guida di allontanamento sociale e l'uso di mascherine fino al raggiungimento dei livelli di "immunità di gregge" della vaccinazione (70% della popolazione)!

Naturalmente, queste raccomandazioni sono semplicemente la mia opinione, e ne sapremo molto di più sulla sicurezza nei prossimi mesi - ma più di 30.000 persone hanno fatto i vaccini nei *trial* (sono tante) e dovrete essere commossi dalle foto degli operatori sanitari in fila per ricevere il loro vaccino. C'è un rischio? Sì. C'è certamente un maggiore rischio di ricaduta di ME/CFS che non di anafilassi, che dovrebbe essere gestibile. Ne vale la pena? È una vostra decisione, soppesando tutto ciò che potete scoprire. Più di 30.000 americani sono morti. Il nuovo ceppo del virus probabilmente farà salire molto di più il nostro attuale tasso di infezione. Per favore, prendete la cosa sul serio.

## **Più di quanto vorreste sapere:**

### Protezione parziale vs. assoluta

La maggior parte dei vaccini offre una protezione incompleta contro l'infezione e questo sarà probabilmente il caso anche dei vaccini contro la SARS-CoV-2. Tuttavia, anche una protezione parziale sarà di beneficio sia per i pazienti che per il pubblico in generale. Una protezione parziale può significare che la maggior parte delle persone, ma non tutte, sviluppano l'immunità, o che alcuni destinatari sviluppano un'immunità debole che rende le conseguenze dell'infezione meno gravi di quanto sarebbero state altrimenti. (Aggiornamento dicembre 2020: Informazioni dell'American College of Rheumatology sulla vaccinazione contro la SARS-CoV-2).

## **Ecco le raccomandazioni ufficiali:**

L'American College of Allergy, Asthma, and Immunology (ACAAI) ha pubblicato una guida per i medici e altri fornitori relativa al rischio di una reazione allergica in seguito alla vaccinazione con un vaccino mRNA-based coronavirus disease 2019 (COVID-19).

Le raccomandazioni dell'ACAAI sono in linea con la guida pubblicata dai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie. In particolare, che i pazienti che sperimentano una grave reazione allergica dopo aver ricevuto la prima iniezione non dovrebbero ricevere la seconda iniezione.

Inoltre, la Task Force per il Vaccino del COVID-19 della ACAAI raccomanda la seguente guida per i medici e altri fornitori di servizi sanitari:

\* I vaccini COVID-19 mRNA devono essere somministrati in un ambiente sanitario dove l'anafilassi può essere trattata. Tutti gli individui devono essere osservati per almeno 15-30 minuti dopo l'iniezione per monitorare eventuali reazioni avverse. Tutte le reazioni anafilattiche devono essere gestite immediatamente con epinefrina come trattamento di prima linea.

\* I CDC hanno pubblicato una guida sui vaccini COVID-19 e sulle reazioni allergiche gravi. Secondo i CDC, se si ha una grave reazione allergica dopo aver fatto la prima iniezione, non si dovrebbe fare la seconda. Inoltre, i CDC notano che i pazienti che sperimentano una reazione allergica grave possono essere indirizzati dal loro medico a uno specialista in allergie e immunologia per fornire maggiori cure o consigli.

\* I vaccini mRNA per il COVID-19 non dovrebbero essere somministrati a individui con una storia nota di una grave reazione allergica a qualsiasi componente del vaccino. Anche se il componente specifico del vaccino che causa l'anafilassi non è stato identificato, il polietilenglicole è uno dei suoi ingredienti ed è noto che possa causare anafilassi.

\* I dati relativi al rischio in individui con una storia di reazioni allergiche a precedenti vaccinazioni e/o sindrome di attivazione dei mastociti/anafilassi idiopatica sono molto limitati e in evoluzione. La decisione di ricevere uno dei vaccini COVID-19 mRNA che sono attualmente approvati per l'autorizzazione all'uso di emergenza dalla US Food and Drug Administration dovrebbe essere presa dall'individuo, insieme al suo medico o altro fornitore di servizi sanitari che somministra il vaccino utilizzando il suo giudizio professionale per bilanciare i benefici e i rischi associati all'assunzione del vaccino.

\* Le persone con allergie comuni a farmaci, alimenti, inalanti, insetti e lattice non hanno più probabilità del pubblico generale di avere una reazione allergica ai vaccini mRNA COVID-19. Questi pazienti dovrebbero essere informati dei benefici del vaccino rispetto ai suoi rischi.

\* I vaccini COVID-19 mRNA non sono vaccini vivi e possono essere somministrati a pazienti immunocompromessi. I medici e gli altri fornitori devono informare tali pazienti immunocompromessi della possibilità di una ridotta risposta immunitaria ai vaccini.

\* Se ha domande relative al rischio di una reazione allergica a uno dei vaccini mRNA COVID-19, contatti il suo allergologo/immunologo di fiducia.

Riferimento: <https://acaai.org/news/american-college-allergy-asthma-and-immunology-updates-guidance-risk-allergic-reactions-mrna>

FONTE: American College of Allergy, Asthma, and Immunology

L'American College of Rheumatology offre una guida aggiuntiva per le persone in terapia immunosoppressiva, e ha discusso in dettaglio le questioni relative alla vaccinazione e all'immunità di gregge.

Per saperne di più, seguite questo link:  
<https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR-Information-Vaccination-Against-SARS-CoV-2.pdf>

Comunque, penso che il 2021 sarà un anno felice. I più vulnerabili dovrebbero vedere i vaccini disponibili nelle prossime settimane! E sì, ci vorrà molto per portare i nostri cittadini al livello di immunità di gregge a giudicare dalla logistica riportata dai notiziari, ma in realtà è la negazione del rischio di COVID-19 che permette di pensare di infilare la testa nella sabbia. Guardate bene le statistiche e il vostro rischio. Poi prendete una decisione intelligente.