

MENINGITE MENINGOCOCCICA

PROTOCOLLO INFORMATIVO

La meningite meningococcica è una malattia acuta ad esordio improvviso, caratterizzata da febbre, cefalea intensa, rigidità nucale, nausea, vomito e spesso anche esantema, che all'inizio può essere orticarioide e poi maculopapulare o petecchiale.

Nei casi fulminanti possono verificarsi porpora e coagulazione intravascolare disseminata, shock, coma e morte.

La trasmissione avviene per contatto diretto da persona a persona attraverso le goccioline respiratorie. L'infezione di solito causa soltanto una rino-faringite acuta oppure una infezione subclinica della mucosa rino-faringea. Una piccola percentuale di soggetti sviluppa la meningite o la sepsi. Il periodo di incubazione varia da 1 a 10 giorni, solitamente è inferiore a 4 giorni.

La contagiosità del malato cessa 24 ore dopo l'inizio di un adeguato trattamento antimicrobico.

EPIDEMIOLOGIA

Le infezioni meningococciche sono diffuse in tutto il mondo. L'incidenza maggiore si ha durante l'inverno e la primavera. La malattia meningococcica, pur essendo prevalentemente una malattia che colpisce la prima infanzia, si manifesta spesso in bambini e giovani adulti, e in particolare tra giovani adulti che vivono in condizioni di sovraffollamento, come caserme e comunità chiuse.

L'incidenza della meningite da meningococco in Italia è bassa rispetto al resto dell'Europa (3-6 casi/1.000.000 abitanti, rispetto alla media europea di 14,5 casi ogni 1.000.000 di abitanti), con circa 180 casi segnalati ogni anno.

Una quota sempre crescente di meningococchi identificati in Italia negli ultimi anni (69%) è risultata appartenere al sierogruppo B mentre il sierogruppo C è stato identificato nel 24% dei pazienti ed la restante proporzione è divisa tra gruppo A e W135, che sono più rari.

In genere, nella popolazione generale, esiste una consistente proporzione di soggetti che sono colonizzati dal batterio nel rino-faringe, i cosiddetti portatori sani.

Al di fuori dell'organismo il meningococco presenta scarsissima resistenza agli agenti fisici ambientali (luce solare, essiccamento, ecc.) ed ai comuni disinfettanti. La trasmissione dell'infezione avviene per via aerea da persona a persona.

DIAGNOSI

Viene confermata dall'identificazione del microrganismo nel liquor o nel sangue. La coltura batterica va sempre tentata, anche in presenza di pregressa terapia antibiotica, perché dall'isolamento è

possibile caratterizzare il ceppo per sierogruppo e determinare la quota di casi attribuibili a meningococchi per cui è disponibile la vaccinazione.

PROTOCOLLO OPERATIVO

DENUNCIA DI MALATTIA

La notifica di meningite meningococcica è obbligatoria.

I SOLAMENTO : isolamento respiratorio per 24 ore successive all'inizio della terapia.

DISINFESTAZIONE: continua di secrezioni nasali e faringee e degli oggetti da queste contaminati.

MISURE DI PROFILASSI (PROTEZIONE DEI CONTATTI)

La segnalazione di un sospetto clinico di meningite batterica deve essere trattata come una urgenza dai Servizi di Prevenzione, e pertanto devono essere attivate immediatamente le misure di profilassi, in attesa dell'identificazione laboratoristica dell'agente patogeno.

Immediatamente deve essere attivata l'indagine epidemiologica, per individuare la possibile fonte di contagio e le persone esposte, da sottoporre a sorveglianza sanitaria ed eventualmente a

CHEMIOPROFILASSI

L'indagine deve essere volta ad identificare conviventi e contatti stretti nel periodo di 10 giorni precedenti l'ultimo contatto con l'ammalato a partire dalla data della diagnosi. I 10 giorni sono il tempo massimo previsto per la sorveglianza sanitaria, tenuto conto del massimo periodo di incubazione della malattia; qualora al momento dell'identificazione dei contatti fossero già trascorsi 10 giorni dall'ultimo contatto, gli individui esposti non sono considerati a rischio. Stretta sorveglianza sanitaria dei contatti familiari, scolastici, di lavoro, per 10 giorni: gli individui esposti che presentino febbre devono essere subito visitati; se indicata, deve essere instaurata terapia antibiotica adeguata.

Per attivare la sorveglianza sanitaria devono essere informati i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri delle persone esposte, e nel caso risiedano in altre ASL, i rispettivi Servizi di Igiene Pubblica; è bene informare anche i servizi di Guardia Medica.

Devono essere sottoposti a chemiopprofilassi coloro che sono considerati "ad alto rischio".

Poiché l'incidenza dei casi secondari tra i contatti è massima nei primi giorni dopo l'inizio della sintomatologia del caso indice, la chemiopprofilassi, nelle persone ad alto rischio, va iniziata il più presto possibile.

Persone ad alto rischio: Chemiopprofilassi raccomandata

- contatti conviventi: specialmente bambini piccoli.

- contatti dei bambini degli asili nido e contatti dei bambini di scuole materne, purché i contatti siano stati sufficientemente intimi da aver condiviso stoviglie. Nel caso degli asili nido sono considerati tali tutti i presenti, anche il personale di assistenza; nel caso delle scuole materne solo i bambini della sezione, e quelli che hanno condiviso con il caso indice il locale di riposo pomeridiano.

- Esposizione diretta alle secrezioni del paziente affetto attraverso baci, condivisione dello spazzolino da denti, delle posate.
 - Soggetto che ha mangiato o dormito frequentemente nella stessa abitazione del paziente indice (in questo gruppo vanno valutate le persone che frequentano dormitori collegi, caserme e affini).
 - Contatti non protetti durante intubazione endotracheale o respirazione bocca-bocca.
- Per quanto riguarda il periodo di tempo entro il quale sottoporre a chemioprophilassi i contatti ad "alto rischio", quest'ultimo si stabilisce in 48 ore dall'ultimo contatto con il caso.
- Per tutti gli altri vale sempre la sorveglianza sanitaria per 10 giorni tramite i propri curanti, che valuteranno anche l'opportunità di sottoporre a chemioprophilassi le persone che, per le condizioni di immunodeficienza sopra elencate, siano più suscettibili.

Persone a basso rischio: Chemioprophilassi non raccomandata

- contatto casuale: nessuna storia di esposizione diretta alle secrezioni orali del malato, per esempio compagni di classe o di lavoro.
- Contatto indiretto: contatto esclusivamente con un contatto ad alto rischio, nessun contatto diretto con il paziente indice.
- Personale di assistenza che non è stato direttamente esposto alle secrezioni orali del paziente.

L'esposizione durante la frequenza di altre collettività: piscine, palestre, discoteche, etc andrà di

volta in volta valutata con il Servizio di Igiene Pubblica, tenendo conto dell'entità del rischio, valutato in termini di intimità del contatto.

CHEMIOPROFILASSI: SCHEMI ANTIBIOTICI

Il farmaco di scelta è nella maggior parte dei casi la Rifampicina.

Lo schema consigliato è di 10 mg/Kg (massimo 600 mg) ogni 12 ore per 2 giorni per os.

Per i lattanti di meno di un mese la dose è dimezzata. Per gli adulti la dose è di 600 mg per 2 volte al giorno per 2 giorni.

La chemioprophilassi con rifampicina, farmaco di prima scelta, va limitata ai soli casi considerati ad

alto rischio; poiché il suo uso è stato associato a comparsa di ceppi resistenti, questo farmaco non è raccomandato per una profilassi di massa.

I prodotti commerciali contenenti Rifampicina sono i seguenti:

RI FADI N: 8 cps 300 mg; 8 conf. 450 mg; 8 conf 600 mg; scir. 60 ml 2%;

RI FAPI AM: 8 cps 300 mg; 8 cps 600 mg

Altri farmaci:

Ceftriaxone in singola somministrazione IM : 125 mg per i bambini di meno di 12 anni; 250 mg per quelli di più di 12 anni; la sua efficacia è confermata solo per i ceppi di gruppo A, ma è probabile che sia simile anche nei confronti degli altri gruppi; può essere utilizzato in stato di gravidanza.

Ciprofloxacina 500 mg in dose singola per os; non è consigliata sotto i 18 anni e nelle donne gravide.

INDAGINI SU CONTATTI E FONTI DI INFEZIONE

Colture di routine di tamponi faringei o naso faringei non hanno utilità per decidere chi deve ricevere la profilassi, in quanto lo stato di portatore varia e non vi è relazione tra quel che viene trovato nella popolazione in condizioni normali e in corso di epidemie.

INTERVENTI SULL'AMBIENTE:

Lavaggio delle mani: è la principale misura comportamentale di tipo preventivo

Il meningococco è altamente sensibile alle variazioni di temperatura e all'essiccamento per cui è sufficiente procedere ad una accurata pulizia e ad una prolungata aerazione degli ambienti.

La rimozione dello sporco e la conseguente riduzione della carica batterica (sanificazione) costituiscono un'importante misura nella prevenzione. Pavimenti, pareti lavabili, superfici per il consumo dei pasti e superfici di lavoro devono essere sanificati con i normali detersivi del commercio, con periodicità. È necessario garantire buone condizioni di pulizia e manutenzione dei servizi igienici, disponibilità di lavandini opportunamente attrezzati (sapone liquido, salviette monouso), igiene personale. Non è necessaria la chiusura e la disinfezione di locali comuni quali le scuole dove si sia verificato un caso. I giochi usati frequentemente negli asili devono essere lavati periodicamente. Deve essere scoraggiato l'uso di giocattoli morbidi non lavabili. Nel caso di collettività, caserme, asili, scuole, convitti, o altre situazioni di affollamento, si raccomanda una adeguata e prolungata aerazione dei locali

IMMUNOPROFILASSI

Il vaccino antimeningococcico per l'infanzia è disponibile solo per la prevenzione della malattia da meningococco di gruppo C e non è stato inserito nei programmi nazionali di vaccinazioni per l'infanzia perché il rischio di acquisire la malattia nel nostro Paese è molto basso. Questo vaccino è costituito dal polisaccaride della capsula del batterio "coniugato" su una proteina che permette l'induzione di memoria immunitaria oltre allo sviluppo di anticorpi di breve periodo. Dai due anni di età in poi può essere somministrato un vaccino contenente i soli polisaccaridi della capsula dei meningococchi A, C, Y, W135. Il vaccino è protettivo quindi contro più sierogruppi di meningococco, ma lascia un'immunità di breve durata. Questo vaccino è quello utilizzato dalle reclute italiane per la protezione durante il periodo del servizio militare. La vaccinazione può essere considerata per bambini appartenenti a gruppi ad alto rischio (asplenia anatomica o funzionale, deficit di componenti terminali del complemento) anche come completamento della chemioprophilassi, nel caso di epidemie da sierogruppi in esso contenuti. Purtroppo non è stato ancora realizzato un vaccino efficace contro le infezioni da tipo B, che nel nostro paese sono la maggioranza.

INFORMAZIONE SANITARIA

In caso di meningite meningococcica molta importanza riveste il ruolo di una informazione sanitaria accurata e tempestiva relativamente alla malattia ed al rischio di trasmissione. Deve essere data ampia disponibilità alla partecipazione ad incontri collettivi (es. scuole) o a risposte individuali (es. telefonate); in particolari casi l'immediata comunicazione delle informazioni ai media, alle scuole ed ad altri gruppi a rischio può servire a ridurre l'ansia nella comunità e contribuire a limitare le richieste di intervento a provvedimenti ragionevoli.

Fonti:

1) Testo redatto dal Servizio Igiene Pubblica della ASL di Verona (G. Zivelonghi) e rivisto dal Reparto RMI dell'ISS (S. Salmaso)

2) www.epicentro.iss.it

3) www.levaccinazioni.it