

Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Malattie Infettive e Attività Ambulatoriale

PROTOCOLLO OPERATIVO IN CASO DI MENINGITE MENINGOCOCCICA

SI RICORDA CHE IN CASO, ANCHE SOLO SOSPETTO, DI MENINGITE O MALATTIA INVASIVA BATTERICA, E ‘ OBBLIGATORIA LA SEGNALAZIONE IMMEDIATA AL DIPARTIMENTO DI SANITA’ PUBBLICA, SECONDO LE MODALITA’ GIA’ IN USO PER LA SEGNALAZIONE RAPIDA DELLE MALATTIE INFETTIVE.

Segnalazione telefonica:

da lunedì a venerdì dalle ore 8.00 alle 18.00
sabato e prefestivi dalle 8.00 alle 14.00
al **0523 - 317930**

notturni e festivi al **118**

Di seguito vengono resi noti i protocolli di profilassi in uso presso il Dipartimento di Sanità Pubblica, Unità Operativa Malattie Infettive, competente per la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive sul territorio.

I protocolli in uso sono validati dal Ministero della Salute e dall’ISS in accordo con le linee guida scientifiche:

-CDC "prevention control of meningococcal disease" MMWR 2000,49;RR-7

-WHO "meningococcal disease: public health burden and control”

www.who.int/cmc/diseases/meiungitis/index.html

-Public health Laboratory Service "guidelines for public health management of meningococcal disease in UK" 2002 Communicable Diseases and Public health”
Vol 5 n° 3.

-Health Protection Agency- “Health protection Agency meningococcus forum” UK - Agosto 2006

Pag. 1/6

II CONTROLLO DELLA MALATTIA IN SANITÀ PUBBLICA

1. Valutazione della segnalazione di caso
2. Indagine epidemiologica
3. Provvedimenti sui conviventi ed i contatti

1. Valutazione della segnalazione

- **Caso confermato** :un caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio con isolamento di n. meningitidis in sangue, liquor, liquido pleurico, pericardico, aspirato di lesioni petecchiali
- **Caso probabile** :caso clinicamente compatibile senza alcuna conferma laboratoristica o positività del test per antigene meningococcico in sangue o liquor in assenza di coltura positiva o presenza di diplococchi gram-negativi in un liquido normalmente sterile.

Ricordare:

Un tasso di attacco nei contatti stretti è massimo nei giorni immediatamente successivi l'esordio della malattia nel caso indice

Il meningococco è sensibile alle variazioni di temperatura, all'essiccamento e non si trasmette attraverso ambienti o materiali condivisi

2. Indagine epidemiologica

CONTATTI AD ALTO RISCHIO (da sottoporre a chemioprolassi)

- Contatti conviventi (familiari, compagni di stanza)
- Esposti alle secrezioni del paziente (baci, condivisione di posate, spazzolino da denti, bicchieri, giocattoli, respirazione bocca a bocca, intubazione non protetta)
- Contatti scolastici (tutta la scuola se asili nido o scuole materne, compagni ed insegnanti della medesima classe se scuola elementari, medie e superiori)
- Soggetti che hanno soggiornato a lungo nell'abitazione del malato nei sette giorni precedenti l'esordio della malattia

CONTATTI A BASSO RISCHIO (da non trattare)

- Minori frequentanti la medesima scuola (elementari, medie, superiori)
- Contatti indiretti (contatti di contatti ad alto rischio)
- Personale sanitario non esposto alle secrezioni orali del malato
- Contatti casuali

Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Malattie Infettive e Attività Ambulatoriale

3. Provvedimenti sui contatti

- a) EDUCAZIONE SANITARIA
- b) SORVEGLIANZA SANITARIA
- c) CHEMIOPROFILASSI
- d) INTERVENTI SULL'AMBIENTE

a) EDUCAZIONE SANITARIA

Indicata per tutti i contatti, sia ad alto che basso rischio

Informare sulle caratteristiche del meningococco (scarsa resistenza all'essiccamento), sulle modalità di trasmissione, sul periodo di incubazione della malattia (DA DUE A DIECI GIORNI), sulla necessità di evitare il sovraffollamento e di assicurare i ricambi d'aria negli ambienti confinati

b) SORVEGLIANZA SANITARIA

Prescritta per i contatti

Osservazione clinica per 10 gg dall'ultimo contatto con il caso indice

Sintomatologia da valutare: febbre ad esordio improvviso con brivido, prostrazione, cefalea intensa
Fotofobia

Esantema (orticarioide, maculopapulare, petecchiale) nausea, vomito, rigidità nucale, convulsioni

c) CHEMIOPROFILASSI

Obiettivo: prevenzione dei casi secondari attraverso l'eliminazione dei portatori naso-faringei

Deve essere iniziata il più presto possibile, non oltre 24-48 ore dalla diagnosi del caso indice

Deve essere limitata, in situazioni non epidemiche, alle persone che sono state a contatto stretto del malato nei 7 giorni precedenti l'insorgenza della malattia

Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Malattie Infettive e Attività Ambulatoriale

I FARMACI PER LA CHEMIOPROFILASSI

1. RIFAMPICINA (Rifadin)

2. CIPROFLOXACINA (Ciproxin -Flociprin)

3. CEFTRIAXONE (Rocefin)

1. RIFAMPICINA (Rifadin cp 300 mg, cf 450 -600 mg, sciroppo 60 ml 1,2 gr Rifapiam cp 300 - 600 mg)

- ADULTI - RAGAZZI SOPRA i 50 KG di PESO: 600 mg ogni 12 ore per due giorni
- BAMBINI FINO A 50 kg DI PESO e lattanti al di sopra del mese di età: 10 mg/Kg ogni 12 ore per due giorni
- LATTANTI al di sotto del mese vita: 5 mg/kg ogni 12 ore per due giorni
- Controindicata in gravidanza
- Può ridurre l'efficacia dei contraccettivi orali
- Colorazione rossastra di urine, espettorato, lacrime
- Sconsigliata in chi porta lenti corneali

2. CIPROFLOXACINA (Ciproxin cp 250 - 500 - 750 mg; Flociprin cp 250 - 500 - 750 mg)

- Indicazione solo nell'adulto (persone di età superiore ai 18 anni)
- Controindicato in gravidanza e allattamento
- Utilizzare con cautela nell'anziano, in pazienti con alterazioni del SNC (ictus, epilessia) o miastenia
- Somministrare almeno 2 ore prima o 4 ore dopo l'assunzione di ferro, sucralfato, antiacidi contenenti magnesio, alluminio, calcio

Ciprofloxacina – chemioprolifassi dosaggio: MONODOSE 500 mg

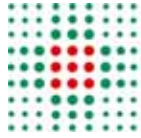
3. CEFTRIAXONE (Rocefin fiale im 250 - 500 mg)

- ADULTI : 500 mg IM dose unica
 - BAMBINI SOPRA I 12 ANNI: 250 mg IM in dose unica
 - BAMBINI SOTTO I 12 ANNI:125 mg IM dose unica
- Non controindicato in gravidanza**

d) INTERVENTI SULL'AMBIENTE

- Bonifica ambientale
- Diminuzione del sovraffollamento se esistente
- Ventilazione dei locali
- Pulizia dei locali
- La disinfezione non è necessaria

Pag. 4/6



Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Malattie Infettive e Attività Ambulatoriale

RICHIAMI GENERALI SULLA MALATTIA INVASIVA DA MENINGOCOCCO

- Malattia acuta batterica grave (letalità 5% -15%, danno permanente nei sopravvissuti 20 %)
- Si manifesta con meningite, sepsi o entrambe
- Causata da *Neisseria meningitidis*

NEISSERIA MENINGITIDIS

IL COCCO GRAM NEGATIVO (unico batterio in grado di provocare epidemie di meningite)

- **SIEROGRUPPI**

- 1) 13 sierogruppi (polisaccaride capsulare) differenziati in vari sierotipi
- 2) 90% delle meningiti è causato dai sierogruppi A B C. Il sierogruppo A è prevalente in Africa, i sierogruppi B e C in Europa e Stati Uniti
- 3) I sierogruppi Y e W 135 sono implicati più raramente (epidemia nel 2000 in Arabia Saudita da W 135)

- NON ESISTONO SERBATOI ANIMALI O AMBIENTALI
- TRASMISSIONE INTERUMANA PER CONTATTO DIRETTO ATTRAVERSO LE SECREZIONI RESPIRATORIE
- PORTATORI ASINTOMATICI (nasofaringe)

Cenni clinici

Incubazione 2-10 giorni, in media 4-5 giorni.

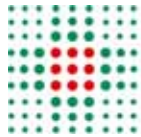
Esordio improvviso con febbre, cefalea, rigidità nucale, nausea, vomito, esantema (macule rosacee).

Stagionalità : inverno – primavera.

Forme fulminanti : delirio e coma improvviso, petecchie diffuse e shock, alta letalità (in passato i 50% oggi 5% • 15%) spesso in immunodepressi, asplenic.

Portatori asintomatici: colonizzazione del nasofaringe (5% -10% della popolazione nelle zone di endemia).

Spesso la malattia è preceduta da infezione delle vie aeree superiori.



Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Malattie Infettive e Attività Ambulatoriale

La trasmissione

- Il serbatoio della infezione è costituito unicamente dall'uomo
- La trasmissione avviene per contatto diretto goccioline nasali e faringee di persone infette
- L'infezione di solito causa solo una nasofaringite
- Rara e l'invasione batterica in grado di causare la malattia
- La contagiosità è presente durante l'incubazione e fino alla scomparsa dei meningococchi dal nasofaringe (24 ore dall'inizio della terapia antibiotica)

Profilassi comportamentale e prevenzione primaria

Ridurre il sovraffollamento degli ambienti di vita e di lavoro, caserme, scuole, navi, comunità chiuse

Individuazione e vaccinazione delle persone ad alto rischio individuale: asplenic, persone con deficit dei componenti terminali del complemento, deficit di properdina o fattore D, persone che si recano in paesi dove la malattia è endemico-epidemica, reclute militari

Malattie Infettive e Gestione Attività Ambulatoriale
Direttore Dott.ssa Anita Capra
Piazzale Milano,2 – 29100 Piacenza
T. +39.0523.317828/ 317830 - F. +39.0523.317929
Mobile: +39 348 7702977
e.mail : a.capra@ausl.pc.it – www.ausl.pc.it