

Meningite da meningococco

Caso clinico

Una giovane impiegata d'ufficio (26enne) - altrimenti sana - consulta venerdì alle 15:30 il proprio medico curante per cefalea. Riceve una cura sintomatica (paracetamolo) e si mette a riposo. Di notte la cefalea peggiora, si aggiunge nausea e insonnia. Un'ulteriore pastiglia di paracetamolo non dà sollievo. La mattina seguente la donna chiama il medico di picchetto che, dopo averla visitata, descrive uno stato subfebbrile (37,6°) e una discreta rigidità nucale. La invia subito al PS dell'ospedale. Dopo un'ora la paziente è sonnolenta. Viene posta la sospetta diagnosi di meningite. Sono prelevate emocolture. L'analisi diretta del liquor cerebrospinale (LCS) mostra diplococchi intracellulari, la colorazione gram non dà alcun esito. Sono quindi praticate colture del LCS.

Diagnosi

Di fronte a qualsiasi sospetto di malattia trasmissibile è fondamentale, prima di pensare alle eventuali misure preventive, **porre la corretta diagnosi** (*case definition*). In questo caso è essenziale interrogarsi circa la natura microbiologica della meningite clinica. Poiché qui la colorazione gram del liquor non ci aiuta, bisognerà attendere l'esito delle colture. Fino a prova del contrario bisogna però considerare l'eventualità più severa, sia per la corretta presa a carico clinica individuale, sia per le necessarie misure preventive di salute pubblica. Questo caso dev'essere considerato, fino a prova del contrario, come **meningite da meningococco**.

Terapia

La penicillina **non è più** necessariamente la terapia di prima scelta, sia per l'emergenza di resistenze, sia per la difficile penetrazione nel LCS. **Ceftriaxone o cefotaxima** rappresentano oggi l'opzione terapeutica più adeguata. Presso i bambini si deve considerare la possibilità che la meningite sia dovuta a *H. influenzae* (sempre meno, vista la copertura vaccinale ottenuta negli ultimi anni) o a *S. pneumoniae*. La terapia antibiotica parenterale dev'essere iniziata al più presto. A dipendenza dello stato clinico saranno necessarie altre misure accompagnatorie (es. cure intensive).

Problema di salute pubblica

La meningite da meningococco è una malattia grave, la cui letalità è tuttora del 10%, nonostante le appropriate misure diagnostico-terapeutiche. Inoltre il caso indice (o primario) può contagiare in modo **diretto** (baci) o **indiretto** (via aerogena) altre persone. La propagazione per via aerogena non supera - contrariamente alla Tbc - il **raggio di 2 metri** dalla fonte. Il pericolo di contagio concerne quindi soltanto le persone a stretto contatto, per le quali l'usuale **incidenza di casi secondari** è stimata al **2-4%**.

Tabella 1. Persone a stretto contatto

- Familiari e persone che vivono sotto lo stesso tetto
- Persone in dormitori collettivi (colonie scolastiche, servizio militare, rifugiati)
- Bambini in scuola d'infanzia, ospiti d'istituto per handicappati, ospiti di casa per anziani
- Viaggi in auto, treno, aereo, e convivenza professionale in ambiente chiuso e ristretto, di lunga durata (> 4-6 ore)
- Contatti diretti con il caso indice (baci, respirazione artificiale, intubazione, aspirazione bronchiale)

Notifica

Il medico ospedaliero o curante deve immediatamente notificare il caso indice (**entro 24 ore**) al Medico cantonale, dopo aver indagato sulle persone a stretto contatto (tab. 1) degli **ultimi 4 - 10 giorni**. Quest'obbligo legale è motivato dall'urgenza con la quale devono essere prese le misure di chemioterapia preventiva. Nei giorni feriali la notifica è fatta tramite l'Ufficio (091-814 4005), nei giorni festivi tramite il Comando della Polizia cantonale (091-825 5555).

Prevenzione

Per proteggere dal contagio il personale ospedaliero si seguono le appropriate misure d'igiene ospedaliera (isolamento, guanti, camici e maschere, materiale di cura riservato al paziente). Per proteggere lo stretto entourage socio-famigliare della paziente bisogna effettuare una chemioterapia preventiva (tabella 2), prestando particolare attenzione agli stretti contatti degli **ultimi 4 giorni**, che corrispondono al tempo d'incubazione medio della malattia invasiva.

*La nostra paziente vive con il proprio amico in un appartamento e lavora a tempo pieno in un piccolo ufficio con altre 3 persone. Due sere prima ha cenato con i genitori e la sorellina. Tre giorni prima ha effettuato il regolare allenamento di nuoto con la propria squadra, poi è uscita al bar con gli amici. **Candidati alla chemioterapia sono quindi l'amico, i 3 collaboratori e il personale sanitario entrato in stretto contatto (non invece gli amici del bar, i genitori, la squadra di nuoto, la segretaria di ricezione all'ospedale, il tecnico di radiologia, tutto il personale di PS, il medico che non si è direttamente occupato del caso !)***

Tabella 2. Chemioterapia preventiva

	1. scelta	2. scelta
Adulti	Rifampicina 600 mg (Rimactan ®) 2 past/die x 2 giorni	Ciprfloxacina 500 mg (Ciproxin ®) 1 past dose unica
Bambini > 1 anno	Rifampicina 10 mg/kg (Rimactan Sirop ® 2%)* 2 x/die x 2 giorni	Ceftriaxone 125 mg (Rocephin ®) 1 dose unica i.m.

* (in commercio presumibilmente dal settembre 1999 - Comunicazione U. Niederhauser - Novartis Pharma)

Poiché l'apparizione di casi secondari è osservata soprattutto nei **primi due giorni**, è essenziale realizzare la chemioterapia preventiva **entro 24 ore** dalla diagnosi (sospetta) e prestare particolare attenzione a sintomi premonitori di meningite quali febbre e cefalea.

Misure preventive non indicate

- La ricerca di meningococchi tramite striscio della faringe **non è indicata**, né quale misura di screening per selezionare i candidati alla chemioterapia preventiva, né quale misura diagnostica per misurare il successo terapeutico del caso indice. I portatori sani di meningococco nella popolazione generale sono meno del 10%; in luoghi affollati (colonie, caserme, ecc.) possono però verificarsi punte fino al 30%.
- Non è necessaria alcuna particolare misura di disinfezione dell'ambiente e del materiale, poiché il meningococco **non sopravvive** fuori dal corpo per **più di 2 ore**
- **Nessuna** misura preventiva è indicata per **contatti terziari** (persone vicine ai contatti secondari)

Altre misure preventive indicate

- La vaccinazione contro il meningococco più frequentemente riscontrato in Svizzera (tipo B) non esiste ancora. E' invece consigliata la vaccinazione contro i tipi A e C per persone a rischio (splenectomia, deficit ereditario del Complemento, soggiorni più lunghi di un mese in zone endemiche, soprattutto africane).
- In casi particolari (es. epidemie) l'autorità sanitaria cantonale può ordinare altre misure.

Dott. I. Cassis

Bibliografia

1. UFSP Editors. *Méningite à méningocoques*. Suppl. UFSP, 1995: 104-106.
2. Troillet N., Rohner P., Raeber P.-A., Ackenthaler R. et al. *Epidémiologie et prévention des infections invasives dues à Neisseria meningitidis*. Boll. medici svizzeri, 1999; 80: 1375-1379.
3. Benenson Abram S. Editors. *Control of Communicable diseases in Man*. APHA Washington 1990; 280-284.