

Malattie batteriche invasive da Meningococco

Descrizione clinica

Quadro clinico di meningite con febbre e rigidità nucale che può evolvere rapidamente con porpora fulminante, shock e decesso. Sono possibili altre manifestazioni, tra cui l'esordio brusco con shock settico, porpora, shock, coma e morte entro alcune ore, nonostante una adeguata terapia.

Agente eziologico

Neisseria Meningitidis: Diplococco Gram-negativo con 13 sierogruppi, di cui i più coinvolti nelle forme gravi sono: A,B,C,Y,W135.

Diffusione

In tutto il mondo, in forma epidemica o sporadica. Nel nostro Paese l'incidenza maggiore si ha durante l'inverno e la primavera e più del 95% dei casi si manifesta in forma non epidemica. I sierogruppi prevalenti in Europa sono il B e il C. Nell'ultimo decennio si è assistito ad un incremento percentuale del sierogruppo di tipo C. La malattia colpisce di preferenza i bambini ma non mancano casi nei giovani e negli adulti.

Fonte di infezione

Uomo sia malato che portatore. Il tasso di portatori asintomatici, con colonizzazione del nasofaringe, può raggiungere il 5% - 10% della popolazione (fino al 25% tra i 15 e i 19 anni).

Modalità di trasmissione

Per contatto diretto e tramite goccioline nasali e faringee da persone infette; l'infezione di solito causa soltanto una nasofaringite acuta oppure un'infezione sub-clinica della mucosa nasofaringea. Può esistere una prevalenza di portatori maggiore del 25% senza che si verifichino casi di meningite.

Periodo di incubazione

Da 2 a 10 giorni, mediamente 3-4 giorni.

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo in cui il batterio è presente nelle secrezioni naso-faringee.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento respiratorio da attuarsi non appena venga avanzato il sospetto di meningite batterica con sanificazione degli ambienti ove soggiorna il malato fino ad adeguato trattamento antibiotico. La disinfezione degli ambienti ove ha soggiornato il malato non è necessaria per prevenire altri casi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Sorveglianza sanitaria dei contatti e conviventi per 10 giorni. Chemioprophilassi: considerato che più del 95% dei casi si manifesta in forma sporadica e che il numero di casi secondari nella casistica italiana è molto piccolo (meno del 2% di tutti i casi), la letteratura evidenzia un rischio assoluto e relativo elevato solo per le persone che convivono negli stessi spazi confinati dove si è verificato il caso di meningite meningococcica (ad esempio l'ambiente familiare). Il rischio di ammalarsi è più alto nei primi 7 giorni (fino a 300 volte) dopo che si è verificato il caso e decade rapidamente durante le settimane successive. I contatti occasionali

con il caso indice non sono considerati un importante fattore di rischio alla malattia.

La decisione di attuare la chemioprophilassi non deve dipendere dalla ricerca sistematica di portatori di meningococco che non ha alcuna utilità pratica ai fini della prevenzione.