

Alcune notizie sulla meningite da meningococco:

Il focolaio del Veneto

dott. Fulvio ZORZUT

U.F. Profilassi Malattie Infettive e Vaccinazioni

Dipartimento di Prevenzione di Trieste

Il punto attuale

Alla luce degli avvenimenti accaduti nel trevigiano è opportuno fornire alcuni aggiornamenti e approfondire alcuni aspetti per poter rispondere con chiarezza alle eventuali domande degli assistiti.

L'unico rischio epidemico teorico era rappresentato dall'arrivo nella nostra provincia di qualcuno che, l'8 dicembre, avesse frequentato l'appartamento di Farra di Soligo da cui è partito il contagio o uno dei locali dove poi si sono recate le persone che avevano partecipato alla festa.

Il focolaio veneto non può generare ulteriori casi perché è trascorso il periodo previsto di sorveglianza di 10 giorni senza che si determinassero altri casi secondari.

Considerando che la durata media dell'incubazione è di 2-4 giorni, quindi è giusto affermare che il focolaio è sotto controllo e non vi sono rischi per la popolazione non esposta a quello specifico contagio.

Il ceppo, evidentemente ad altissima virulenza, che ha causato il focolaio di Treviso è del tipo C, in grado di dare contagio in comunità.

Va detto che il focolaio epidemico Veneto è stato anche il prodotto di una concomitanza accidentale di diversi fattori predisponenti: locali affollati, contatti stretti e presenza di molti individui provenienti da zone del mondo ad alta suscettibilità alla malattia.

I casi sporadici da ceppo B che costituiscono la stragrande maggioranza dei casi di malattia, come quelli che si stanno registrando in diverse parti del Paese, (Roma, Napoli, Milano) o vicino a noi a Nuova Gorizia rientrano nella assoluta normalità dell'incidenza epidemiologica della meningite.

A Trieste i ceppi isolati, quando possibile perché non si trattava di una meningite decapitata per la terapia antibiotica, sono sempre stati di tipo B, ma naturalmente questa è solo un dato di carattere storico.

Con il nuovo Piano Vaccini verrà offerta la vaccinazione gratuita in tutto il territorio nazionale ai nuovi nati anche contro Pneumococco e Meningococco di tipo "C"

Approfondimento Epidemiologico

La malattia è diffusa in tutto il mondo; l'incidenza maggiore si ha durante l'inverno e la primavera. I bambini e i giovani adulti, soprattutto se vivono in condizioni di sovraffollamento, come caserme e comunità chiuse, sono i soggetti più colpiti.

Ogni anno in Italia si verificano circa 900 casi di meningite batterica. Di questi, circa un terzo sono causati dal meningococco, ed un altro terzo da pneumococco, mentre gli altri casi sono causati da altri batteri (listeria, stafilococchi, streptococchi, micobatteri, e.coli) o restano senza causa identificata.

L'incidenza della meningite da meningococco in Italia è di 3-6 casi per milione

d'abitanti (circa 180 casi segnalati l'anno), più bassa rispetto alla media Europea che è di 14,5 casi per milione.

Il 69% dei casi di malattia meningococcica identificata in Italia negli ultimi anni è risultata appartenere al sierogruppo B, mentre il sierogruppo C è stato identificato nel 24% dei casi e la restante parte è divisa tra il gruppo A e W 135.

In Italia il sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche coordinato dall'Iss ha evidenziato negli anni 2003-2005 un incremento della frequenza dei casi dovuti a meningococco C rispetto ai casi dovuti al meningococco B. Nel 2006 i casi di malattia da meningococco C sono diminuiti e attualmente la maggior parte delle meningiti meningococciche è dovuta a infezioni da meningococco B.

I portatori sani

Nella popolazione generale esiste una consistente proporzione di soggetti che sono colonizzati da meningococco nel rinofaringe, i cosiddetti portatori sani.

La prevalenza dei portatori è assai variabile in rapporto a fattori diversi, quali le aree geografiche, le condizioni socio-economiche e di densità di popolazione, l'età dei soggetti.

Essa può variare entro ampi limiti: dall'1-2% sino al 15-20% della popolazione sana, salvo raggiungere livelli elevati in comunità chiuse ed in particolari circostanze (esempio nelle reclute militari).

Rispetto al numero dei portatori sani il numero dei casi di malattia invasiva è estremamente limitato. Non sono ancora del tutto noti i fattori che scatenano la malattia.

La ricerca attiva dei portatori sani con tampone naso-faringeo non è indicata, vista l'elevata frequenza.

Nessuna misura di disinfezione ambientale

Al di fuori dell'organismo il meningococco presenta scarsissima resistenza agli agenti fisici ambientali (luce solare, essiccamento, ecc.) ed ai comuni disinfettanti.

La trasmissione avviene per via aerea da persona a persona e mediante secrezioni respiratorie.

Non vi è indicazione ad interventi di bonifica ambientale; va, invece, consigliata l'aerazione dei locali.

Rischio clinico

La probabilità di osservare casi secondari ad un primo caso di malattia meningococcica è stata stimata da dati americani, essere di circa 4 su 1000 soggetti esposti, nell'ambito familiare.

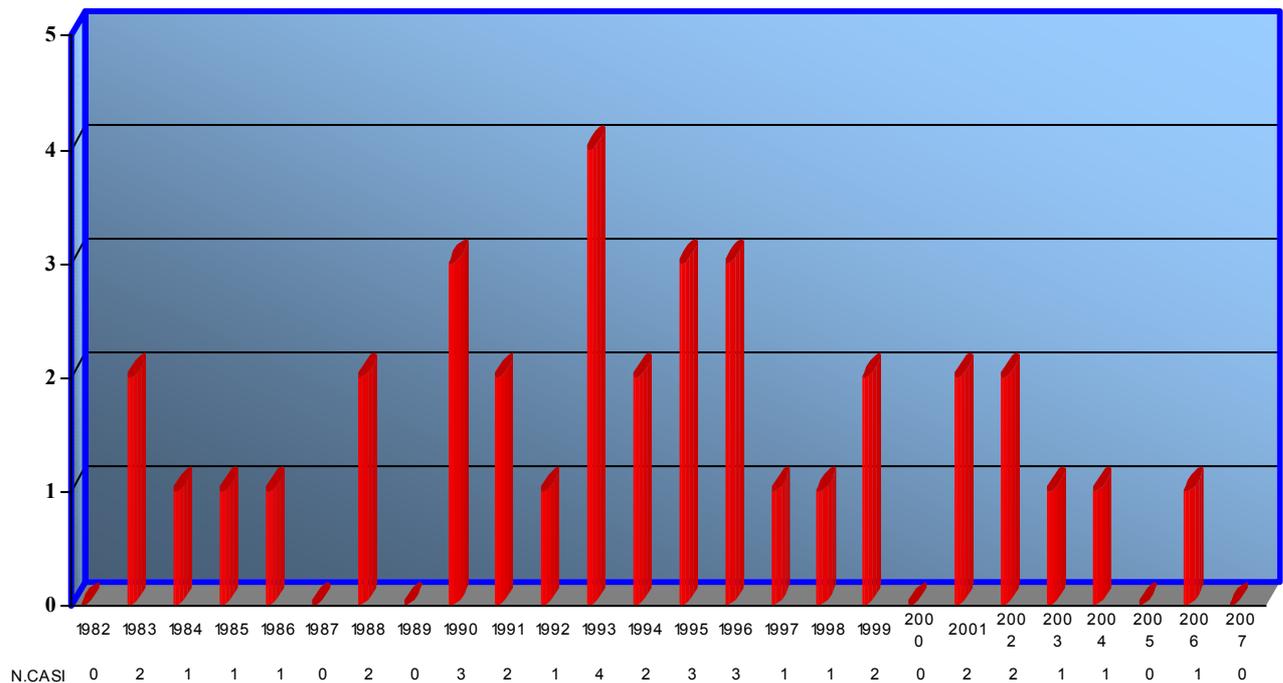
Nella casistica italiana il numero di casi secondari è meno del 2% di tutti i malati notificati

Questa bassa percentuale può essere in parte attribuita all'efficacia della profilassi post-esposizione se effettuata tempestivamente (entro le 24 ore dall'ultimo contatto, in pratica entro 24 ore dall'esordio clinico del caso).

Particolare attenzione dovrà essere rivolta a soggetti con deficit immunitari (deficit di fattori terminali del complemento, carenza di properdina, asplenia funzionale o anatomica, infezione da HIV) a rischio di sviluppare forme gravi di malattia.

La diagnosi tempestiva, seguita da un'appropriata terapia antibiotica influenza notevolmente il decorso della malattia (dopo 3 ore dall'esordio della sepsi si innescano meccanismi patogenetici irreversibili).

Casi di meningite da meningococco, a Trieste



Misure di profilassi

Le misure da attuare in presenza di casi di meningite meningococcica includono l'informazione, la sorveglianza e la profilassi con antibiotici (chemioprolifassi) delle persone che sono state a stretto contatto con chi si è ammalato.

In particolare, vengono definiti come contatti stretti di un malato:

- i conviventi
- chi ha dormito o mangiato spesso nella stessa casa del paziente
- le persone che nei sette giorni precedenti l'esordio hanno avuto contatti con la sua saliva (attraverso baci, stoviglie, spazzolini da denti)
- i sanitari che sono stati direttamente esposti alle secrezioni respiratorie del paziente (per esempio durante manovre di intubazione o respirazione bocca a bocca).

La sorveglianza dei contatti è importante per identificare chi dovesse presentare febbre, in modo da diagnosticare e trattare rapidamente eventuali ulteriori casi. La sorveglianza è prevista per 10 giorni dall'esordio dei sintomi del paziente. La chemioprolifassi è invece utile nel ridurre il rischio di ulteriori casi. In particolare, è stato stimato che la chemioprolifassi dei conviventi riduce il rischio dell'89%.

In questa situazione, le autorità sanitarie del Veneto hanno attuato prontamente tutte le misure raccomandate. In particolare, la chemioprolifassi è stata attuata dai contatti stretti, e anche da persone che, pur non essendo definibili come tali, avevano frequentato gli stessi locali dei pazienti.

Il vaccino

Sul fronte della lotta al meningococco, sono attualmente disponibili vaccini polisaccaridici contro i sierogruppi A, C, Y e W 135, che però forniscono una protezione di breve durata ai soli soggetti di età maggiore di 2 anni.

Non esistono ancora vaccini per prevenire le meningiti da meningococco sierogruppo B ma ci sono vaccini “coniugati” singoli contro il gruppo C, efficaci già nel primo anno di vita, che inducono una protezione persistente. In alcuni Paesi a elevata incidenza è stata introdotta la vaccinazione per tutti i nuovi nati.

In caso di focolai epidemici da meningococco C, le attuali raccomandazioni internazionali indicano l'opportunità di introduzione della vaccinazione su larga scala nell'area geografica interessata quando l'incidenza è superiore a 10 casi per 100.000 abitanti nell'arco di tre mesi.

I casi di meningite accaduti in provincia di Treviso sono causati dal meningococco C, prevenibile con la vaccinazione. Il vaccino coniugato contro il meningococco C ha infatti una elevata efficacia nel prevenire le meningiti e le sepsi causate da questo germe. Lo schema di vaccinazione prevede la somministrazione di tre dosi nel primo anno di vita, o di una sola dose dopo l'anno.

In Veneto la vaccinazione contro il meningococco C dei bambini nel secondo anno di vita è già prevista, e dall'inizio del 2006 la vaccinazione viene offerta anche agli adolescenti nel 15mo anno di vita.

Il presente focolaio epidemico ha colpito adolescenti e giovani adulti, che rappresentano una fascia di età ad elevata incidenza di meningite meningococcica.

Non ci sono elementi epidemiologici che suggeriscano di estendere la vaccinazione di massa contro il meningococco in provincia di Trieste o nelle altre province della Regione FVG, o comunque di modificare le strategie di offerta vaccinale, perché non è aumentato il rischio di contrarre la meningite da meningococco rispetto a prima che si determinasse il focolaio veneto.

Trieste 14/1/2008