

Meningiti da meningococco in Italia

a cura di Marta Ciofi degli Atti e Stefania Salmaso, Reparto Malattie Infettive, CNESP

Le meningiti da meningococco sono attualmente le meningiti batteriche più comuni in età pediatrica, con circa 90 casi segnalati ogni anno nei bambini fino a 10 anni. Il loro grave quadro clinico, con esiti a volte drammatici, le rende malattie molto temute. Per questo, l'intervento di sanità pubblica deve prevedere tutte le possibili azioni efficaci per prevenire gli eventuali casi secondari.

Quest'anno sono stati pubblicati da Epicentro le descrizioni di tre casi di meningite meningococcica in età pediatrica ad esito infausto, verificatisi in provincia di Genova e a Bologna. In entrambe le situazioni il numero di casi osservati è stato nei limiti dell'atteso, cioè sovrapponibile a quanto si verifica ogni anno. Tuttavia, queste relazioni offrono l'occasione per commentare alcuni punti importanti per la gestione di sanità pubblica, emersi dalle indagini condotte sul campo.

Epidemiologia e caratteristiche della meningite da meningococco. Il meningococco (*Neisseria meningitidis*) è un ospite frequente delle prime vie respiratorie. La percentuale di portatori asintomatici varia dal 2 al 30% circa, e non è correlata ad un aumentato rischio di meningite o altre malattie gravi. Infatti, lo stato di portatore induce la comparsa di anticorpi protettivi, mentre ci sono evidenze che indicano come la malattia insorga in persone che hanno acquisito da poco l'infezione.

Esistono 13 diversi sierogruppi di meningococco, ma solo 5 (denominati A, B, C, W135 e Y) causano meningite e altre malattie gravi; i sierogruppi B e il C sono i più frequenti in Europa. La trasmissione avviene per via respiratoria; i pazienti sono infettivi per circa 24 ore dall'inizio della terapia, ed il periodo di incubazione è di 1-10 giorni. Dal punto di vista clinico, i sintomi della meningite meningococcica non sono distinguibili da quelli delle meningiti causate da altri batteri (ad esempio pneumococco), ma nel 10-20% dei casi questo germe può causare delle forme settiche rapidamente ingravescenti, con un decorso fulminante che, nonostante l'adeguata terapia, può portare al decesso in poche ore.

La situazione italiana. In Italia, l'incidenza della meningite da meningococco è minore rispetto al resto d'Europa: ogni anno vengono segnalati circa 200 casi, pari a 3 casi ogni 1.000.000 abitanti rispetto ad una media europea di 14/1.000.000. In accordo con i dati di letteratura, è presente una forte stagionalità con picchi in inverno e primavera e la distribuzione per età dei pazienti indica una maggior frequenza tra i bambini e gli adolescenti. Infatti, il 50% di tutti i casi ha un'età inferiore ai 17 anni e il 30% ha un'età fino a cinque anni. La letalità è del 13% circa, simile a quanto osservato in altri paesi occidentali.

Grazie al miglioramento della sorveglianza e della conferma di laboratorio, il numero di casi per cui è noto il sierogruppo sta aumentando negli anni, ed è passato dal 43% nel 2001 (88/203), al 72% nel 2003 (150/207). La maggior parte dei meningococchi identificati negli ultimi anni è risultata appartenere al sierogruppo B (75% nel 2001, 60% nel 2002, 56% nel 2003), tuttavia recentemente si osserva un incremento dei casi da sierogruppo C. In particolare, dati ancora provvisori del primo trimestre del 2004 indicano che, per la prima volta, nella fascia di età tra 0 e 4 anni, la maggior parte dei meningococchi isolati è di tipo C (12/23 di cui è noto il sierogruppo).

Quali sono le azioni da attuare per prevenire i casi secondari? Sebbene la colonizzazione asintomatica delle prime vie respiratorie sia frequente, i casi secondari di

meningite o sepsi sono rari. Il 97-98% dei casi infatti è sporadico e nei 30 giorni successivi all'insorgenza di un primo caso, si stima che vi sia circa una probabilità su 300 che tra i conviventi si abbia un secondo caso, con il massimo rischio nei primi 7 giorni (2).

La prevenzione dei casi secondari è basata sulla sorveglianza e la chemioprolifassi dei contatti, mentre la chiusura e disinfezione delle scuole o altri ambienti frequentati dai pazienti non è una misura raccomandata.

La sorveglianza dei contatti familiari e scolastici di un paziente con meningite meningococcica è fondamentale per identificare immediatamente chi dovesse presentare febbre, in modo da diagnosticare precocemente eventuali altri casi e trattarli subito con l'adeguata terapia antibiotica. Le raccomandazioni nazionali prevedono la sorveglianza dei contatti stretti per 10 giorni.

Le persone che sono state a stretto contatto con il paziente devono effettuare la chemioprolifassi con rifampicina o ceftriaxone (dai 18 anni in poi si può usare anche la ciprofloxacina), che ha lo scopo di eradicare gli eventuali meningococchi presenti nel nasofaringe. Si ritiene che la chemioprolifassi possa prevenire i casi secondari eradicando il meningococco sia dai portatori di vecchia data, che potrebbero trasmetterlo ad altri, sia dagli individui che lo hanno acquisito di recente, che potrebbero essere a rischio di avere la malattia. In particolare, una revisione sistematica della letteratura ha mostrato che la chemioprolifassi riduce dell'89% il rischio di casi secondari tra i conviventi (3).

Il trattamento è raccomandato per i contatti stretti, che oltre ai conviventi includono chi ha dormito e mangiato spesso nella stessa casa del paziente e le persone che nei sette giorni precedenti l'esordio hanno avuto contatti con le sue secrezioni orali, ad esempio attraverso baci, stoviglie, spazzolini da denti. Il trattamento è raccomandato anche per il sanitari che sono stati direttamente esposti alle secrezioni respiratorie durante l'intubazione endotracheale o la respirazione bocca a bocca (4).

Al contrario, la chemioprolifassi non è raccomandata per i contatti a basso rischio, cioè chi non ha avuto diretto contatto con le secrezioni orali, o ha avuto un contatto esclusivamente con un contatto ad alto rischio, ma non con il caso indice (contatto indiretto). Una chemioprolifassi estesa può infatti avere degli effetti controproducenti, quali l'instaurarsi di fenomeni di resistenza agli antibiotici, la comparsa di effetti collaterali al trattamento, e l'eliminazione dalle prime vie respiratorie di batteri non patogeni che possono avere un effetto protettivo verso il meningococco, quali la *Neisseria lactamica*, ospite abituale soprattutto nei bambini piccoli.

E' utile stimare la frequenza di portatori? La ricerca dei portatori può avere una utilità scientifica, ma non è una pratica raccomandata quando si verifica un caso di meningite meningococcica. Infatti, per le ragioni già esposte sopra (elevata frequenza di portatori, mancata correlazione con il rischio di malattia), l'esecuzione di tamponi nasofaringei per la ricerca del meningococco non offre indicazioni per decidere chi deve effettuare la profilassi, né per valutare il rischio di avere altri casi in una comunità.

E' utile offrire la vaccinazione? Attualmente sono disponibili vaccini contro i sierogruppi A, C, Y e W135, mentre non esistono vaccini per prevenire le meningiti da gruppo B. Solo il vaccino contro il gruppo C è efficace già nel primo anno di vita, ed è stata introdotto per tutti i nuovi nati in alcune nazioni ad elevata incidenza. La sua efficacia in corso di epidemie è difficile da stimare data la rarità dei casi; viene comunque raccomandata quando l'incidenza è superiore a 10 casi per 100.000 abitanti nell'arco di tre mesi (4). A Bologna in questo arco temporale si sono verificati 2 casi di meningite da gruppo C, pari ad un'incidenza di 0,5 per 100.000, ben al di sotto quindi della soglia epidemica. In questo caso non appare quindi appropriato raccomandare la vaccinazione su larga scala della popolazione. Tali valutazioni devono comunque essere continuamente aggiornate, sulla

scorta dei dati di sorveglianza disponibili.

Referenze bibliografiche

1. American Public Health Association. Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili. 17 edizione, 2000.
2. Public Health Laboratory Service Meningococcus Forum. Guidelines for public health management of meningococcal disease in UK; 2002.
3. Purcell B, Samuelsson S, Hahné SJM, et al. Effectiveness of antibiotics in preventing meningococcal disease after a case: systematic review. *BMJ* 2004; 328: 1339
4. American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Diseases. Red Book, 26th edition, 2003
5. Advisory Committee on Immunization Practices. Control and Prevention of serogrup C meningococcal disease: evaluation and management of suspected outbreaks. *MMWR*, 1997, 46 (RR-5); 13-21