



Le Meningiti e le Sepsi batteriche: esempi di Malattie Batteriche Invasive

(estratto con modifiche da EpiCentro – Istituto Superiore di Sanità e da Ministero della Salute)

Meningite

La **meningite** è un'infezione delle membrane (le meningi) che avvolgono il cervello e il midollo spinale. La malattia è generalmente di origine infettiva e può essere **virale, batterica o causata da funghi**.

La forma **virale**, detta anche meningite asettica, è quella più comune: di solito non ha conseguenze gravi e si risolve nell'arco di 7-10 giorni.

La forma **batterica** è più rara ma estremamente più seria, e può avere conseguenze fatali.

Sepsi

La **sepsi** è una infiammazione sistemica causata dalla presenza dell'organismo patogeno nel sangue. La sua severità può andare da una modesta febbre che si risolve spontaneamente, sino a quadri con shock settici che possono evolvere in esito fatale.

Malattie batteriche invasive

Sono quadri clinici in cui alcuni batteri hanno raggiunto siti dell'organismo umano normalmente sterili.

In particolare le forme più frequenti sono le **meningiti** e le **sepsi**. Queste due forme spesso si sovrappongono per cui i batteri possono essere isolati contemporaneamente da entrambi i siti dell'organismo.

Agenti patogeni

I batteri che sono più frequente causa di malattie batteriche invasive sono tre:

- ***Neisseria meningitidis* (o meningococco)**

alberga nelle alte vie respiratorie (naso e gola), spesso di portatori sani e asintomatici (2-30% della popolazione). La sua presenza non è correlata a un aumento del rischio di meningite o di altre malattie gravi. È stato identificato per la prima volta nel 1887, anche se la malattia era già stata descritta nel 1805 nel corso di un'epidemia a Ginevra. Si trasmette da persona a persona attraverso le secrezioni respiratorie.

Il meningococco è un batterio che risente delle variazioni di temperatura e dell'essiccamento. Dunque, fuori dell'organismo sopravvive solo per pochi minuti.

La principale causa di contagio è rappresentata dai portatori sani del batterio: solo nello 0,5% dei casi la malattia è trasmessa da persone affette dalla malattia. Esistono 13 diversi sierogruppi di meningococco, ma solo sei patogeni per l'uomo: più frequentemente A, B, C, Y e W135 e molto più raramente in Africa, X.

In Italia e in Europa, i sierogruppi B e C sono i più frequenti; i sintomi sono comuni in tutte le forme batteriche di meningiti, da cui l'esigenza di tipizzare con tecniche molecolari il batterio responsabile.

Nel 10-20% dei casi la malattia è rapida e acuta, con un decorso fulminante che può portare al decesso in poche ore anche in presenza di una terapia adeguata. I malati di meningite o altre forme gravi sono considerati contagiosi per circa 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica specifica. La contagiosità è comunque bassa, e i casi secondari sono rari. Il meningococco può tuttavia dare origine a focolai epidemici. Per limitare il rischio di casi secondari, è importante che i **contatti stretti** e prolungati (per almeno quattro ore) del **caso** (cioè il soggetto che si è ammalato) effettuino una **profilassi con antibiotici** (o chemioprolifassi); la chemioprolifassi è indicata **esclusivamente per i contatti stretti**.

La definizione di contatto stretto **compete ai Servizi di Sanità Pubblica**, che tengono in considerazione coloro che nei sette giorni precedenti l'inizio dei sintomi del caso:

- a. abbiano condiviso l'abitazione o un ambiente di studio (la stessa classe) o di lavoro (la stessa stanza) o lo stesso mezzo di trasporto per viaggi di alcune ore (almeno due);
- b. abbiano dormito nella stessa casa o mangiato allo stesso tavolo del malato;
- c. abbiano avuto contatti con la sua saliva (attraverso baci, stoviglie, spazzolini da denti, giocattoli) o abbiano avuto contatti ravvicinati;
- d. siano stati direttamente esposti alle secrezioni respiratorie del paziente (per esempio durante manovre di intubazione o respirazione bocca a bocca).

Nello specifico del mezzo di trasporto, considerata la bassa contagiosità della Neisseria meningitidis, la profilassi è generalmente indicata solo per tragitti di durata superiore alle 2 ore, e per i soli passeggeri che abbiano occupato posti in prossimità del caso (ad es. in aereo, passeggeri che abbiano occupato la stessa fila del paziente + 3 file avanti + 3 file dietro).

La profilassi non è, invece, indicata in maniera indiscriminata per tutti coloro che abbiano viaggiato sugli stessi mezzi di trasporto del caso.

La **sorveglianza** dei contatti è importante per identificare chi dovesse presentare febbre, in modo da diagnosticare e trattare rapidamente eventuali ulteriori casi. Questa sorveglianza è prevista per 10 giorni dall'esordio dei sintomi del paziente.

Il periodo di incubazione è generalmente 3-4 giorni (da 2 fino a 10 giorni).

Inoltre, bisogna considerare che il meningococco può causare sepsi meningococcica (un quadro clinico, talvolta molto severo, per la presenza del meningococco nel sangue con febbre alta, ipotensione, petecchie, insufficienza da parte di uno o più organi fino anche ad un esito fatale) che può presentarsi da solo o coesistere con le manifestazioni cliniche della meningite.

- ***Streptococcus pneumoniae* (o pneumococco)**

è l'agente più comune di malattia batterica invasiva.

Oltre alla meningite, può causare quadri clinici di sepsi (generalmente con una sintomatologia di febbre alta, con una forma non così severa come la sepsi meningococcica) polmonite o infezioni delle prime vie respiratorie, come l'otite.

Come il meningococco, si trasmette per via respiratoria ma lo stato di portatore è assolutamente comune (5-70% della popolazione adulta). Esistono più di 90 tipi diversi di pneumococco. Le meningiti e le sepsi da pneumococco si presentano in forma sporadica, e non è indicata la profilassi antibiotica per chi è stato in contatto con un caso poiché non si verificano focolai epidemici.

- ***Haemophilus influenzae b* (emofilo o Hi)**

era fino alla fine degli anni Novanta la causa più comune di meningite nei bambini fino a 5 anni. Con l'introduzione della vaccinazione con l'uso del vaccino esavalente i casi di meningite causati da questo batterio si sono ridotti moltissimo. In passato il tipo più comune era l'*Haemophilus influenzae b* (verso il quale è diretto il vaccino), mentre oggi sono più frequenti quelli non prevenibili con vaccinazione. In caso di meningite da Hi, è indicata la profilassi antibiotica dei contatti stretti.

Malattie batteriche invasive: trattamento

Il trattamento della meningite batterica si basa soprattutto sulla terapia antibiotica. L'identificazione del batterio che causa la malattia è importante sia per orientare la terapia antibiotica del paziente, sia per definire se è necessaria la profilassi dei contatti.

Malattie batteriche invasive: prevenzione e vaccinazione

In caso di meningite da Meningococco e, in misura minore, da *Haemophilus influenzae b*, i contatti stretti del malato hanno un maggior rischio di ammalarsi rispetto alla popolazione generale. Per questo è indicata la loro profilassi antibiotica e sorveglianza, operate dai Servizi di Sanità Pubblica.

Dagli anni Novanta è ormai comune la **vaccinazione** contro i tre batteri responsabili delle patologie.

La vaccinazione contro l'***Haemophilus influenzae b*** in Italia rientra tra quelle previste gratuitamente per tutti i nuovi nati, in co-somministrazione con altre importanti vaccinazioni (contro la Poliomielite, la Difterite, il Tetano, la Pertosse, l'Epatite B).

Per quanto riguarda lo **Pneumococco**, in Italia, sono disponibili il vaccino coniugato 13 valente e il vaccino 23 valente polisaccaridico. L'offerta gratuita è prevista nel primo anno di vita e successivamente per le categorie a rischio.

Sul fronte della lotta al **Meningococco**, sono attualmente disponibili il vaccino coniugato contro il **sierogruppo C** (monovalente) e il vaccino coniugato contro i **sierogruppi A, C, Y e W 135** (tetravalente).

I calendari regionali italiani prevedono per il Meningococco C un'offerta gratuita nel secondo anno di vita ed un richiamo nell'età adolescenziale; in età adulta è prevista l'offerta alle categorie a rischio.

È di recente introduzione (2014) sia nel mercato che nell'offerta vaccinale di alcune regioni un vaccino contro il **meningococco di sierogruppo B**. L'offerta riguarda i neonati ed è

differenziata in base a calendari regionali, in relazione alla necessità di coordinarla entro il secondo anno di vita con le altre vaccinazioni offerte in calendario, non potendo essere cosomministrata.

Ulteriori indicazioni epidemiologiche e vaccinali

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.

In merito la **Regione Toscana** nel 2015 (con ulteriori approfondimenti del Ministero della Salute) ha emanato specifiche indicazioni per fronteggiare la diffusione di casi di **Meningite C** sul proprio territorio tramite **apposita offerta vaccinale** a vari gruppi di propri residenti o di soggetti frequentanti quotidianamente la Toscana per motivi di studio o di lavoro; la campagna vaccinale toscana **non prevede la profilassi di massa contro la Meningite B**, in quanto non motivata sotto il profilo epidemiologico.

Per quanto attiene la **Regione Liguria** non esistono indicazioni epidemiologiche a procedere a vaccinazioni in età differenti da quelle previste dal calendario regionale (ivi comprese le meningiti da Meningococco C e B).

In particolare per la meningite C chi ha aderito nella tempistica prevista (una dose nel secondo anno di vita e un richiamo in età adolescenziale) **non necessita di ulteriore richiamo**.

Per chi desideri completare o intraprendere le vaccinazioni raccomandate dal calendario regionale, il diritto a vaccinarsi gratuitamente viene mantenuto negli anni successivi a quelli indicati in calendario anche in caso di mancata adesione in sede di primo invito.

I recenti episodi di meningite batterica manifestatisi in Italia invitano a completare o **realizzare la protezione vaccinale contro il Meningococco C in età adolescenziale**.

Circa **il Meningococco B non esiste alcuna indicazione epidemiologica** a vaccinazioni di massa in età differente da quella del primo anno di vita, offerta dal calendario vaccinale.

Per Asl 5 Spezzino possono essere ottenute **informazioni e prenotazioni**:

- prima del compimento del 7° anno, presso le sedi del Consultorio Materno Infantile Tel. 0187 533600 per Distretti 17 e 18, tel. 01876041 per Distretto 19;

- dal compimento del 7° anno, presso le sedi del Servizio di Igiene Pubblica Tel. 0187 534551/0187534544 per Distretti 17 e 18, tel. 0187604236/0187604237 per Distretto 19.

S.C. URP, Attività Ospedale - Territorio
Relazioni Esterne
Via XXIV Maggio 139
19121 La Spezia
relazioni.esterne@asl5.liguria.it