

**Indicazioni per la gestione dei casi sospetti e/o accertati di malattia invasiva meningococcica
(meningite e sepsi)**

<p>Indicazioni per i MMG e PLS</p>	<p>La malattia invasiva meningococcica si può manifestare con sindrome meningea, sepsi con porpora fulminante e meningite con sepsi. Il paziente con meningite è, solitamente, facilmente riconoscibile. Ha febbre, cefalea, rigidità nucale, alterazione dello stato di coscienza. Ha quasi sempre due di questi sintomi. La mortalità in caso di meningite è del 10-20%. Il meningococco può anche determinare setticemia senza meningite, si presenta con lesioni cutanee caratteristiche detta purpura fulminans, in questi casi la mortalità può essere del 80%. In questi casi il malato può peggiorare anche in breve tempo, pertanto il riconoscimento del paziente con porpora è fondamentale. E' mandatorio indirizzare il paziente verso strutture ospedaliere con presenza attiva dell'infettivologo h 24.</p>
<p>Indicazioni per i Pronto Soccorso</p>	<p>Se il trasporto verso tale struttura non è effettuabile in tempi brevi è necessario effettuare in urgenza un prelievo ematico per emocromo, biochimica completa, coagulazione, procalcitonina, emocolture e la TAC cranio al fine di escludere controindicazioni alla puntura lombare. Bisogna eseguire, se non controindicata, la puntura lombare con conta delle cellule, esame biochimico, esame colturale, ricerca del patogeno in biologia molecolare o esoantigeni. Una provetta dovrebbe poi seguire il paziente alla struttura ospedaliera specializzata. Appena eseguita la puntura lombare, avviare la seguente terapia: cortisone (desametasone o idrocortisone), rifampicina ev e ceftriaxone ev. In caso di sepsi grave o shock settico viene intrapreso anche il trattamento con IgM iperimmuni per tre giorni. Una volta stabilizzato il paziente deve essere inviato alla struttura ospedaliera specializzata. E' mandatorio indirizzare il paziente verso strutture ospedaliere con presenza attiva dell'infettivologo h 24.</p>
<p>Gestione del paziente nelle strutture ospedaliere specializzate</p>	<p>In urgenza il paziente deve essere sottoposto a TAC cranio al fine di escludere eventuali controindicazioni alla rachicentesi. Se non vi sono controindicazioni, la rachicentesi deve essere subito effettuata ed il liquor esaminato per conta cellule, esame colturale, biochimico, ricerca di esoantigeni e amplificazione genica con Film array, che ricerca i principali patogeni batterici causa di meningite purulenta. Un'aliquota di liquor deve essere congelata per essere poi inviata all'Istituto Superiore di Sanità per ulteriori indagini. Il paziente deve essere sottoposto a prelievo ematico di urgenza: emocromo, biochimica completa, coagulazione, procalcitonina, emocolture e test di amplificazione genica specifica per patogeni batterici causa di meningite (Meningococco, Haemophilus, Pneumococco e Listeria). E' necessario avviare subito terapia con cortisone (desametasone o idrocortisone), rifampicina ev e ceftriaxone ev. In caso di sepsi grave o shock settico viene intrapreso anche il trattamento con IgM iperimmuni per tre giorni. In caso di necessità di cure intensive, il paziente deve essere ricoverato in Rianimazione.</p>

Adempimenti di Sanità Pubblica	<p>Il medico che assiste il paziente è tenuto a segnalare entro 48 h <u>ma possibilmente il prima possibile</u>, il caso di malattia invasiva meningococcica (sospetta o accertata) alla ASL territorialmente competente.</p> <p>In caso di successiva conferma del sospetto, il medico è tenuto comunque a segnalare il caso accertato alla ASL territorialmente competente.</p> <p>La ASL effettua l'inchiesta epidemiologica ed attua i provvedimenti di competenza nei confronti dei contatti (sorveglianza sanitaria e profilassi antibiotica).</p> <p>La profilassi deve essere avviata per tutti i soggetti che nei 10 gg precedenti all'inizio della malattia nel soggetto con malattia meningococcica hanno avuto contatti stretti solo con il malato (non con i contatti del malato) per almeno 30 minuti. Contatti stretti vuol dire stare nella stessa stanza o luogo chiuso per un periodo congruo. Poiché non si verifica l'efficacia della copertura vaccinale con test adeguati (titolo degli anticorpi neutralizzanti), anche i vaccinati per meningococco che sono contatti stretti devono fare la profilassi antibiotica.</p> <p>Per gli adulti la profilassi è a base di ciprofloxacina 1 sola compressa da 500 mg oppure con ceftriaxone 1 g intramuscolo o rifampicina 600 mg die per 5 giorni o 600 mg x 2 die per 2 giorni. Per i bambini si utilizza rifampicina 10 mg/kg die per 5 giorni (dose massima giornaliera di 600 mg).</p>
Attività di Supporto	<p>L'Ospedale Cotugno dell'Azienda dei Colli assicura il supporto diagnostico – terapeutico alle Aziende Sanitarie Campane. A tal fine è possibile contattare il medico di guardia del Pronto Soccorso dell'Ospedale Cotugno per ottenere nell'arco dell'intera giornata (h 24) le dovute informazioni.</p>