

Jak walczyć z meningokokami

Wytyczne Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu dotyczące postępowania w wypadku wystąpienia inwazyjnej choroby meningokokowej

1. Definicja przypadku – inwazyjna choroba meningokokowa (IChM)

IChM cechuje się ciężkim przebiegiem klinicznym, jednak jest chorobą rzadką, występuje najczęściej sporadycznie wśród osób podatnych, kontaktujących się z osobami zakażonymi lub nosicielami meningokoków.

W Polsce zgodnie z wytycznymi Państwowego Zakładu Higieny należy stosować definicję IChM przyjętą w krajach Unii Europejskiej, zgodnie z którą:

- **przypadek potwierdzony** – zachorowanie o obrazie klinicznym IChM potwierdzone laboratoryjnie, wyizolowaniem *N. meningitidis*, lub wykryciem kwasu nukleinowego *N. meningitidis*, lub wykazaniem dwoinek gram-ujemnych w badaniu mikroskopowym, w materiale z miejsc, które w warunkach prawidłowych są jałowe;
- **przypadek prawdopodobny** – zachorowanie o obrazie klinicznym IChM bez potwierdzenia laboratoryjnego lub z identyfikacją *N. meningitidis*, z miejsc które w warunkach prawidłowych nie są jałowe, lub z wysokim mianem przeciwciał w surowicy ozdrowieńca.

Wytyczne CDC definiują ponadto:

- **zachorowanie pierwotne** – zachorowanie, dla którego nie ustalono bliskiego kontaktu z inną osobą chorą,
- **zachorowanie wtórne** – zachorowanie, które występuje wśród osób blisko kontaktujących się z przypadkiem pierwotnym, a wystąpiło po 24 godzinach od daty zachorowania przypadku pierwotnego,
- **zachorowanie współwystępujące** – 2 lub więcej zachorowań, które występują wśród osób blisko się ze sobą kontaktujących, gdy odstęp między zachorowaniami nie przekracza 24 godzin.

2. Procedura postępowania przeciwepidemicznego wg CDC w przypadku podejrzenia ogniska inwazyjnej choroby meningokokowej:

- potwierdź rozpoznanie IChM,
- podaj chemioprophylaktykę osobom z bliskiego kontaktu,
- wzmocnij nadzór, aktywnie wyszukuj przypadki, przejrzyj rejestry szpitalne, staraj się uzyskać szczepy od jak największej liczby zachorowań, jak również potwierdzenie grupy serologicznej,
- opisz grupę zachorowań w kategorii osoby (rozkład według wieku, płci, zespołu objawów itp.), miejsca (mapa zachorowań) oraz czasu (krzywa epidemii),
- ustal powiązania pomiędzy zachorowaniami,
- ustal podtyp lub typ sekwencyjny szczepów wyizolowanych od zachorowań,
- wyklucz zachorowania wtórne i współwystępujące,
- ustal, czy podejrzane ognisko wystąpiło w instytucji czy w populacji ogólnej,
- zdefiniuj populację narażoną,
- oblicz współczynnik zapadalności w ognisku. Jeżeli współczynnik zapadalności zachorowań pierwotnych przekracza 10 zachorowań na 100 000 osób, wybierz grupę docelową szczepień i rozpocznij szczepienia.

3. Ogniska w instytucjach oraz ogniska środowiskowe

Postępowanie w ogniskach, które są ograniczone do jednej instytucji (szkoły, uniwersytetu, jednostki wojskowej, więzienia itp.), jest odmienne w stosunku do ognisk występujących w populacji ogólnej (ogniska środowiskowe). Według CDC ognisko IChM możemy rozpoznać w sytuacji, gdy w instytucji lub określonym regionie administracyjnym wystąpiło 3 lub więcej zachorowań prawdopodobnych lub potwierdzonych spowodowanych przez tę samą serogrupę, gdy współczynnik zapadalności pierwotnych zachorowań przekroczy 10 przypadków na 100 000 osób.

Masowa chemioprophylaktyka nie jest zalecana w dużych ogniskach z powodu kosztów, trudności w podaniu leków znacznej liczbie ludzi w krótkim czasie, działań ubocznych leków oraz sprzyjania rozwojowi antybiotykooporności patogenów. Można rozważyć chemioprophylaktykę w ogniskach w niewielkich instytucjach (szkołach, jednostkach wojskowych) oraz ogniskach spowodowanych grupą serologiczną B. Nie zaleca się takich działań jak ograniczenie podróży na terenach objętych ogniskiem, zamykanie szkół, dyskotek, lub odwoływanie wydarzeń sportowych lub kulturalnych.

4. Pobieranie wymazów z jamy nosowo-gardłowej w kierunku *Neisseria meningitidis*

Zgodnie z wytycznymi KOROUN badanie osób z kontaktem w kierunku nosicielstwa *Neisseria meningitidis* powinno być prowadzone w wybranych sytuacjach, np. jako uzupełnienie dochodzenia epidemiologicznego w ogniskach zachorowań, a nie jako działanie rutynowe.

Procedura pobierania wymazów:

- pacjent powinien szeroko otworzyć usta i głowę lekko przechylić do tyłu,
- szpatułką należy delikatnie przytrzymać język w celu uwidocznienia miejsca pobrania materiału, konieczne jest jasne światło skierowane w stronę jamy ustnej pacjenta,
- w przypadku pobierania materiału z jamy nosowo-gardłowej należy przygotować dostępne wymazówki na giętym drucie, trzeba je lekko zgąć i wprowadzić delikatnie za języczkiem podniebiennym ku górze lub przez otwór nosowy ku tyłowi, aż dotknie tylnej ściany jamy nosowo-gardłowej, wykonuje się wtedy ruchy wacika ku dołowi i ku górze w celu potarcia ściany gardła,
- pobrany materiał należy jak najszybciej przekazać do laboratorium mikrobiologicznego,
- w przypadku braku możliwości natychmiastowego opracowania pobranego materiału klinicznego w laboratorium, należy pobrać wymaz za pomocą specjalnych zestawów zawierających wacik i podłoże transportowe.

5. Profilaktyka zakażeń meningokokowych

5.1. Chemioprophylaktyka zakażeń meningokokowych

W celu zapobieżenia szerzeniu się zakażeń meningokokowych zaleca się profilaktyczne podawanie antybiotyku osobom szczególnie zagrożonym zakażeniem meningokokowym z otoczenia chorego lub mającym z nim bezpośredni kontakt. Ryzyko zakażenia domowników chorego jest 300-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej. Bardzo ważne jest bezwzględne rozpoczęcie chemioprophylaktyki najlepiej w ciągu 24 godzin jednocześnie u wszystkich osób z kontaktem.

Chemioprophylaktyka jest zalecana osobom, które w ciągu 7 dni poprzedzających zachorowanie miały kontakt z chorym:

- domownikom zamieszkującym/śpiącym razem z chorym,
- osobom będącym w kontakcie intymnym z chorym (np. głębokie pocałunki),

Informacja dotycząca zgłaszania podejrzeń/zachorowań na choroby zakaźne, w tym wywołane przez *Neisseria meningitidis*.

Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Poznaniu przypomina o ustawowym obowiązku przekazywania informacji dotyczących przypadków podejrzeń/zachorowań na choroby zakaźne oraz dodatnich wyników badań laboratoryjnych, w ciągu 24 godzin do właściwego powiatowego/wojewódzkiego inspektora sanitarnego (Dz. U. z 2001r. Nr 126, poz. 1384 ze zm.).

Zapewnienie niezwłocznego zgłaszania chorób zakaźnych oraz biologicznych czynników chorobotwórczych ujętych w załącznikach do ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach jest niezbędnym warunkiem prowadzenia prawidłowego nadzoru epidemiologicznego, a także podjęcia natychmiastowych działań zapobiegawczych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Za szczególnie istotne należy uznać natychmiastowe zgłaszanie zakażeń wywołanych przez czynniki chorobotwórcze, łatwo rozprzestrzeniające się w populacji i stanowiące znaczne zagrożenie epidemiczne, np. *Neisseria meningitidis*. Informacje o podejrzaniach/zachorowaniach powinny być **niezwłocznie** przekazywane drogą telefoniczną do właściwej powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, a następnie potwierdzone poprzez przesłanie zgłoszenia na właściwym formularzu. (Dz. U. 2003 Nr 90, poz. 853 z późniejszymi zm. oraz Dz. U. 2005 Nr 186, poz. 1563). W dni wolne oraz poza godzinami pracy



powyższe informacje należy zgłaszać na całodobowe telefony alarmowe stacji sanitarno-epidemiologicznych, numery telefonów dostępne na stronie internetowej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu.

Podejrzeń/rozpoznanie Inwazyjnej Choroby Meningokokowej wymaga podjęcia natychmiastowych działań przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej tj. przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego, ustalenia osób z kontaktu z chorym oraz skierowania tych osób do lekarzy POZ w celu wdrożenia chemioprophylaktyki. W przypadku stwierdzenia infekcji wywołanych przez *Neisseria meningitidis* zakłady opieki zdrowotnej zobowiązane są do zabezpieczenia materiału do badań mikrobiologicznych oraz przesłania materiału do Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego w Warszawie (KOROUN), w celu przeprowadzenia szczegółowej diagnostyki mikrobiologicznej. Określenie szczepów *Neisseria meningitidis* wywołujących zachorowania pozwala na analizę sytuacji epidemiologicznej na obszarze województwa i kraju oraz podjęcie skutecznej interwencji w przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnej.

W każdym przypadku zaistnienia wątpliwości co do właściwego postępowania diagnostycznego, terapeutycznego i profilaktycznego należy kontaktować się z właściwymi służbami epidemiologicznymi, specjalistycznymi ośrodkami leczenia chorób zakaźnych lub KOROUN.

Więcej informacji na temat IChM znajduje się na stronach internetowych:

www.gis.gov.pl, www.wsse-poznan.pl.

- uczniom/studentom/osobom śpiącym we wspólnej sypialni z chorym,
- studentom dzielącym kuchnię z chorym w jednym akademiku,
- skoszarowanym żołnierzom i funkcjonariuszom,
- osobom mającym krótki kontakt z chorym, jeśli miały one bezpośredni kontakt z wydzielinami chorego z dróg oddechowych tuż przed i w czasie przyjmowania chorego do szpitala,
- osobom przeprowadzającym resuscytację usta-usta, odsysanie i intubację.

Antybiotyki zalecane w chemioprophylaktyce zakażeń meningokokowych: wg Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego w Warszawie:

- Ceftriaksone – dzieci poniżej 15 r.ż. – domięśniowo, jednorazowo 125 mg, dorośli – domięśniowo, jednorazowo 250 mg.
Ciprofloksacyna – osoby powyżej 18 r.ż. – doustnie, jednorazowo 500 mg,
Rifampicyna – dorośli – doustnie, przez 2 dni, co 12 h 600 mg, dzieci >1 m-ca, 10 mg/kg (maks. 600 mg)
dzieci <1 m-ca, 5 mg/kg.

5.2. Immunoprophylaktyka

W zapobieganiu zakażeniom meningokokowym u dzieci i dorosłych można zastosować 2 typy szczepionek dostępne w Polsce:

Polisacharydowa szczepionka meningokokowa A+C – można podawać dzieciom powyżej 18 m.ż. i dorosłym; szczepienie podstawowe składa się z jednej dawki, odporność pojawia się po 10 dniach; zalecana dla osób wyjeżdżających w tereny endemiczne.

Skoniugowana szczepionka przeciwko meningokokom grupy C – może być stosowana u niemowląt po ukończeniu 2 m.ż. oraz u dzieci starszych i dorosłych; zaleca się podawanie dzieciom od 2 do 12 m.ż. dwóch dawek szczepionki w odstępie co najmniej 2 miesięcy; u dzieci starszych, młodzieży i dorosłych stosuje się jedną dawkę szczepionki.

PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI INSPEKTOR SANITARNY W POZNANIU

Telefony

informacja o numerach wewnętrznych 061 854-48-00

PWIS w Poznaniu 061 852-99-18

– faks 061 852-50-03

– e-mail inspekcja.sanitarna@wsse-poznan.pl

Oddział epidemiologii 061 656-80-43

– faks oddziału 061 656-80-44

– e-mail oddziału epidemiologia@wsse-poznan.pl

ul. Noskowskiego 23

61-705 Poznań

skr. pocztowa 97

www.wsse-poznan.pl



dokończenie ze str. 19

6. Informacje dotyczące zakresu postępowania Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny po otrzymaniu zgłoszenia zachorowania/podejrzenia zachorowania na IChM zobowiązany jest do przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego obejmującego zebranie informacji dotyczących chorego, ustalenia listy osób z bliskiego otoczenia. Osoby z kontaktu z chorym powinny zostać skierowane do lekarzy POZ w celu podania chemioprophylaktyki.

Niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia informację o wystąpieniu zachorowania należy przekazać Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu w Poznaniu, natomiast do Oddziału Epidemiologii Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej przesłać formularz „Informacja na temat podejrzenia zachorowania na chorobę meningokokową”. Obowiązujący formularz zgłoszenia zachorowania przesłano do wszystkich Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych wojewódz-

stwa wielkopolskiego, pismem z dnia 11.07.2007 r. znak DN-E-4002/68-19/07 (formularz dostępny jest na stronie internetowej Państwowego Zakładu Higieny www.pzh.gov.pl/epimeld).

Ostateczną kwalifikację podejrzenia/zachorowania na IChM wraz z wywiadem epidemiologicznym przeprowadzonym na ww. formularzu należy przesłać do Oddziału Epidemiologii Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu dwa tygodnie po okresie sprawozdawczym MZ-56, w którym wykazano zachorowanie.

Na każdym etapie postępowania Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny zobligowany jest do udzielenia rzetelnej informacji dotyczącej zakażeń wywołanych przez *Neisseria meningitidis*. Informacje takie powinny trafić do osób z bezpośredniego kontaktu z chorym, osób stykających się z chorym w miejscach wspólnego przebywania (szkoły, zakłady pracy) oraz jeżeli istnieje taka potrzeba do szerszej opinii publicznej.

OPRACOWANO
NA PODSTAWIE WYTYCZNYCH CDC,
PZH ORAZ ZALECEŃ KOROUN