

PM för invasiv meningokocksjukdom

Smittskyddsensheten, Region Norrbotten.

Bakgrund

Meningokock, *Neisseria meningitidis*, är en bakterie som i ovanliga fall kan ge upphov till en mycket allvarlig invasiv sjukdom i form av sepsis och/eller meningit. I sällsynta fall kan även en lindrigare infektion orsakas; t ex artrit, pneumoni eller sk benign meningokocksepsis. Så mycket som 10% av befolkningen är bärare av dessa i näsa eller svalg men endast ca 60 personer insjuknar årligen i Sverige. Vid provtagning kring ett kliniskt fall ses ofta påtagligt ökad bärarskapsfrekvens. Störst risk för sjukdom har barn och unga vuxna. Insjuknande inträffar vanligen i samband med nykolonisering med meningokocker.

Smittvägar

Smittar via upprepade närbildkontakt som luftburen droppsmitta eller kontaktsmitta via sekret från övre luftvägarna. Överlever inte länge utanför kroppen och smittar därför inte via andra föremål.

Inkubationstid

Vanligen ca 3-4 dygn, i de flesta fall från 2 till 10 dygn men någon säker övre gräns är dock ej känd.

Symtom och tecken

Symtomen utvecklas vanligen över en till två dagar men kan också progrediera till livshotande tillstånd på bara några timmar. Vanliga symtom är sjukdomskänsla, feber, frossa, illamående, buksmärtor, kräkningar, huvudvärk, muskel- och ledvärk, påverkat medvetande. Många, men inte alla, drabbas av det för tillståndet klassiska tecknet petechier i varierande grad.

Smittskyddsåtgärder vid fall av meningokocksjukdom

Anmälan

Telefonanmälan till smittskyddsläkaren bör ske snarast vid varje fall av invasiv meningokocksjukdom. Behandlande läkare ska också anmäla inträffat sjukdomsfall via sminet. Ange klinisk bild och de smittskydds- och smittspårningsåtgärder som vidtagits. Odlingspositiva symptomfria fall anmäls ej.

Skärpt uppmärksamhet

Information från behandlande läkare med i tillämpliga fall stöd från smittskyddet till personer i den sjukas omgivning om symtom och tecken så att man snabbt söker läkare. Information från smittskyddet till vårdenheter som kan antas kontaktas av misstänkta fall; t ex lokala hälsocentraler, sjukvårdsupplysning (1177), barnklinik, infektionsklinik. Vid fall hos skolbarn informeras skolsköterska och hos förskolebarn ansvarig på förskola.

Antibiotikaprofylax till omgivningen

Man skall inte ta odling och invänta odlings svar utan behandlingen skall i de fall den är indicerad ges snarast utifrån den kontakt som framkommer i anamnesen. För val av preparat, se separat rubrik.

Närkontakter; med detta avses medlemmar i samma hushåll samt salivkontakter (t ex kysskontakter, druckit ur samma flaska, mun-till-mun-återupplivning) ska ges profylaktisk behandling för att förebygga insjuknande snarast via närmaste sjukvårdsinrättning.

På militärförläggning, internat, lägerskola eller dylikt bör man överväga att ge rumskamrater – de som sovit i samma rum eller liknande - profylax.

På förskola bör profylax övervägas till barn i samma förskolegrupp.

På skola ges vanligen inte profylax vid ett enskilt fall men kan övervägas vid 2 eller flera fall.

Vaccination

Kan i samråd med smittskyddsläkaren bli aktuellt i avgränsade grupper om 2 eller flera sjukdomsfall inträffar. Aktuella vacciner Menveo eller Nimenrix (för serogrupp A, C, Y, W) samt Bexsero eller Trumemba (serogrupp B). Skyddseffekt först efter ca 2 veckor.

Odling av omgivningen

Odling av kontakter för att påvisa eventuell kolonisation av meningokocker ska inte göras regelmässigt och ska heller inte användas för att avgöra om profylax ska ges eller ej. Odling av svalg och/eller nasopharynx kan övervägas i särskilda fall för att få en bild av det epidemiologiska läget, i så fall skall det tydligt anges på odlingsremiss att det rör sig om smittspårning kring ett fall av meningokocksjukdom.

Samhälleliga åtgärder

Samhälleliga åtgärder av mer omfattande karaktär blir mycket sällan aktuella. Sådana beslut fattas av och i samråd med smittskyddsläkaren.

Daghem, skola, militärförläggning/motsvarande: Kontakta för institutionen ansvarig läkare. Efter ett enstaka fall är i allmänhet endast information till personal/föräldrar om skärpt uppmärksamhet nödvändig men antibiotikaproylax kan övervägas. Vid två eller flera fall övervägs omgående antibiotikaproylax och vaccination, samråd med smittskyddsläkaren alternativt infektionsspecialist.

På militärförläggning, internat, lägerskola eller dylikt betraktas rumskamrater som hushållskontakter. Överväg att skicka hem alla deltagare på lägerskola, internat eller motsvarande.

Övriga arbetsplatser: Vid enstaka fall, ingen åtgärd. Om två eller flera fall kontakta smittskyddsläkaren.

Antibiotikaproylax mot meningokocksjukdom

Förstahandsmedel: ciprofloxacin i engångsdos.

Barn <20 kg ges: 250 mg eller 20 mg/kg.

Icke gravid vuxen och barn >20 kg ges: 500 mg.

Andrahandsmedel: rifampicin

Barn <1 månad: 5 mg/kg x 2 i 2 dagar

Barn 1 månad – 12 år: 10 mg/kg x 2 i 2 dagar

Icke gravid vuxen och barn >12 år: 600 mg x 2 i 2 dagar

Till gravid kvinna:

I första hand:

Ceftriaxon 250 mg im eller iv som engångsdos

I andra hand:

Tabl erytromycin i tonsillitdos *eller*

Tabl penicillin V 1 g, 1 x 3 i 7-10 dagar

Källor och vidare läsning:

Meningokockinfektioner, internetmedicin.se, prof Lars Hagberg, 2018-03-06.

Meningokocksjukdom (invasiv), Smittskyddsläkarföreningens informationsblad, 2018-05-07.

Rekommendationer om förebyggande åtgärder mot invasiv meningokockinfektion, Folkhälsomyndigheten, 2018-04-16.