

Μηνιγγίτιδα (Βακτηριακή ή ιογενής)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

Η μηνιγγίτιδα διακρίνεται σε οξεία βακτηριακή μηνιγγίτιδα και άσηπτη μηνιγγίτιδα. Στην οξεία βακτηριακή μηνιγγίτιδα το παθογόνο αίτιο είναι συνήθως κάποιο βακτήριο όπως μηνιγγιτιδόκοκκος, πνευμονιόκοκκος, αιμόφιλος που μπορεί να απομονωθεί με κοινές καλλιέργειες. Με τον όρο άσηπτη μηνιγγίτιδα εννοούμε τη φλεγμονή των μηνίγγων που οφείλεται σε αίτια τα οποία δεν διαπιστώνονται με τις συνηθισμένες εξετάσεις όπως η Gram χρώση και η καλλιέργεια του ΕΝΥ στο οποίο συνήθως υπάρχει λεμφοκυτταρική πλειοκύτωση. Τα αίτια της άσηπτης μηνιγγίτιδας είναι συνήθως λοιμώδους αιτιολογίας, στη συντριπτική πλειοψηφία οφείλεται σε ιούς και κατά πολύ λιγότερο σε βακτήρια όπως το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης και σε μύκητες (*Cryptococcus neoformans*).

Βακτηριακή μηνιγγίτιδα

Ο μηνιγγιτιδόκοκκος, ο πνευμονιόκοκκος και ο αιμόφιλος ινφλουέντζας τύπου Β προκαλούν πάνω από το 75% όλων των κρουσμάτων βακτηριακής μηνιγγίτιδας και είναι υπεύθυνοι για το 90% της βακτηριακής μηνιγγίτιδας στα παιδιά. Στους ενήλικες επικρατεί ο πνευμονιόκοκκος ακολουθούμενος από τον μηνιγγιτιδόκοκκο και έπειτα η λιστέρια που εμφανίζει ιδιαίτερα αυξημένη συχνότητα στη νεογνική περίοδο και στους άνω των 50 ετών. Τα λιγότερο συχνά βακτηριακά αίτια όπως ο σταφυλόκοκκος, ο στρεπτόκοκκος ομάδας Β, τα εντεροβακτηριοειδή και η λιστέρια προκαλούν νόσο σε ευαίσθητους πληθυσμούς όπως νεογνά και ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς. Τα αίτια της βακτηριακής μηνιγγίτιδας διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία και άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες.

Τρόπος μετάδοσης

Η μετάδοση γίνεται με άμεση επαφή από άτομο σε άτομο με σταγονίδια των αναπνευστικών εκκρίσεων. Ο μηνιγγιτιδόκοκκος δεν επιβιώνει στο περιβάλλον. Πηγή εξάπλωσης του μηνιγγιτιδόκοκκου είναι ο ασυμπτωματικός αποικισμός του ανώτερου αναπνευστικού, ο οποίος ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία. Ασυμπτωματικοί φορείς μηνιγγιτιδόκοκκου είναι το 10% περίπου του γενικού πληθυσμού, αλλά τα ποσοστά κυμαίνονται από 2% σε παιδιά που δεν παρακολουθούν παιδικό σταθμό έως και 24-37% εφήβων και νεαρών ενηλίκων ηλικίας 15-24 ετών (1,3,58). Σε κλειστούς πληθυσμούς κατά τη διάρκεια επιδημιών το ποσοστό της φορείας αγγίζει το 100%. Πρόσφατη μελέτη από την Ελλάδα υπολογίζει τη φορεία μ-



νιγγιτιδοκόκκου σε 10,5% στο γενικό πληθυσμό με επιμέρους ποσοστά 13,1% και 11,3 σε παιδιά πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αντίστοιχα και 37,4% σε νεοσύλλεκτους. Στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική η μέση διάρκεια της φορείας υπολογίζεται σε περίπου 9 μήνες. Η φορεία βοηθά στην ανάπτυξη φυσικής ανοσίας. Χρόνος επώασης Ο χρόνος επώασης είναι 2 ως 10 ημέρες (συνήθως 3 ως 4).

Περίοδος μεταδοτικότητας

Η περίοδος μεταδοτικότητας του μηνιγγιτιδόκοκκου είναι όλη η περίοδος κατά την οποία ανευρίσκεται στο σάλιο και στις ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις, έως και 24 ώρες μετά την έναρξη αποτελεσματικής αντιμικροβιακής αγωγής. Η πενικιλίνη καταστέλλει παροδικά τους μικροοργανισμούς αλλά δεν τους εξαλείφει στις ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις. Ο κίνδυνος δευτερογενούς προσβολής υπολογίζεται σε 2-4 περιπτώσεις ανά 1.000 μέλη του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος. Αυτός ο κίνδυνος είναι 500-1.000 φορές μεγαλύτερος εκείνου του γενικού πληθυσμού.

Στρατηγικές πρόληψης και ελέγχου Πρόληπτικά μέτρα * Ενημέρωση του κοινού για την ανάγκη

αποφυγής στενής επαφής και έκθεσης σε σταγονίδια. * Ελάττωση του συγχρωτισμού σε χώρους εργασίας, σχολεία, στρατόπεδα και πλοία. * Οι οροομάδες του μηνιγγιτιδόκοκκου για τις οποίες υπάρχει εμβόλιο είναι: Α, C, Υ και W135. Στη χώρα μας κυκλοφορεί μονοδύναμο εμβόλιο κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου C που χορηγείται σε 2 δόσεις κάτω του έτους και μια αναμνηστική δόση άνω των 12 μηνών ή σε μια δόση σε παιδιά άνω του έτους. Το εμβόλιο κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου της οροομάδας C έχει αποδεδειγμένα ελέγξει τη νόσο από το συγκεκριμένο ορότυπο όπου έχει εφαρμοστεί συστηματικός εμβολιασμός, όπως για παράδειγμα το Ηνωμένο Βασίλειο. Στη χώρα μας κυκλοφορεί επίσης τετραδύναμο συζευγμένο εμβόλιο που χορηγείται σε άτομα άνω των 11 ετών. Αποτελεσματικό εμβόλιο για πρόληψη μηνιγγίτιδας από οροομάδα Β δεν κυκλοφορεί διεθνώς. Σε περίπτωση επιδημικής έξαρσης σε μια κοινότητα (1) (π.χ. γειτονιά, πόλη, επαρχία) ή σε έναν οργανισμό (2) (π.χ. σχολείο, πανεπιστήμιο, εκκλησία) μπορεί να γίνει μαζικός εμβολιασμός μετά την ταυτοποίηση 2 μόνο πρωτογενών περιπτώσεων μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου.

(1) Ως επιδημική έξαρση σε κοι-

νότητα ορίζεται η εκδήλωση 3 ή περισσότερων επιβεβαιωμένων ή πιθανών πρωτογενών περιπτώσεων μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου, σε μια περίοδο 3 ή λιγότερων μηνών σε άτομα που διαμένουν στην ίδια περιοχή, που δεν είναι στενές επαφές ή δεν έχουν κάποια άλλη κοινή σχέση, με κίνδυνο πρωτογενούς προσβολής 10 περιπτώσεων ανά 100.000 πληθυσμού.

(2) Ως επιδημική έξαρση σε οργανισμό ορίζεται η εκδήλωση 3 ή περισσότερων επιβεβαιωμένων ή πιθανών περιπτώσεων μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου από την ίδια οροομάδα, σε μια περίοδο 3 ή λιγότερων μηνών σε άτομα που έχουν μεταξύ τους κάποια κοινή σχέση χωρίς όμως να είναι στενές επαφές, που έχει σαν αποτέλεσμα ένα κίνδυνο πρωτογενούς προσβολής 10 περιπτώσεων ανά 100.000 άτομα.

Ιογενής μηνιγγίτιδα

Τρόπος μετάδοσης

Ποικίλλει ανάλογα με το λοιμογόνο παράγοντα. Οι εντεροϊοί μεταδίδονται με την επαφή χεριών, στόματος αλλά και με την αναπνευστική οδό και μέσω των κο-

πράνων. Οι αδενοϊοί και ο ιός της παρωτίτιδας μεταδίδονται μέσω των εκκρίσεων του αναπνευστικού συστήματος. Οι αρμποϊοί μεταδίδονται μέσω των αρθροπόδων και προκαλούν συνήθως εγκεφαλίτιδα και σπανιότερα μηνιγγίτιδα. Ο ιός της λεμφοκυτταρικής χοριομηνιγγίτιδας μεταδίδεται από τις εκκρίσεις των τρωκτικών και μέσω επαφής με μολυσμένη σκόνη. Στη νεογνική ηλικία ο ιός του απλού έρπητα μεταδίδεται κυρίως κατά τον τοκετό ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις μετά τον τοκετό και ο κίνδυνος μετάδοσης είναι μεγαλύτερος όταν η μητέρα νοσεί κοντά στον τοκετό και όταν πρόκειται για πρωτολοίμωξη και όχι υποτροπή.

Χρόνος επώασης

Ο χρόνος επώασης ποικίλλει ανάλογα με το αίτιο. Για τους εντεροϊούς ο χρόνος επώασης είναι 3 - 10 ημέρες (συνήθως 3-6 ημέρες).

Περίοδος μεταδοτικότητας

Ποικίλλει ανάλογα με το λοιμογόνο παράγοντα. Όσον αφορά στους εντεροϊούς, αυτοί αποβάλλονται αρκετές ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων. Παραμένουν στις αναπνευστικές εκκρίσεις συνήθως 1 εβδομάδα μετά την έναρξη νόσου, ενώ στα κόπρανα αποβάλλονται για αρκετές εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.

Στρατηγικές πρόληψης και ελέγχου - Πρόληπτικά μέτρα

Ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα. Καθώς οι περισσότερες περιπτώσεις ιογενούς μηνιγγίτιδας οφείλονται σε εντεροϊούς που αποβάλλονται με τα κόπρανα, συστήνεται η εφαρμογή κανόνων υγιεινής και κυρίως το συχνό και σχολαστικό πλύσιμο των χεριών.

Ειδικότερα συστήνεται:

* Σχολαστικό πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και νερό πριν το φαγητό ή την προετοιμασία του φαγητού καθώς και μετά τη χρήση τουαλέτας ή την αλλαγή πάνα σε παιδιά (τόσο του παιδιού όσο και του ενήλικα που το φροντίζει).

* Σχολαστικό και συχνό πλύσιμο των χεριών (τρίψιμο για τουλάχιστον 15-20 δευτερόλεπτα) τόσο του ασθενούς με διαρροϊκές κενώσεις όσο και του ατόμου που τον φροντίζει.

Διαθέσιμα εμβόλια υπάρχουν για την πρόληψη της πολιομυελίτιδας, ιλαράς, παρωτίτιδας, ανεμβολογίας, γρίπης, λύσσας, και ορισμένων αρμποϊών (ιό ιαπωνικής εγκεφαλίτιδας, εγκεφαλίτιδα από κρότωνες).