

## **Meningokocksjukdom (invasiv)**

## **Läkarinformation**

Anmälningspliktig sjukdom. Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad.  
Orsakas av meningokocker, Neisseria meningitidis.

### **Laboratoriediagnostik**

Diagnostiken sker genom påvisning av bakterien i odling eller dess nukleinsyra i blod, likvor eller annan normalt steril lokal. Den kan också ske genom påvisande av bakteriens antigen i likvor alternativt specifik antikroppsreaktion i blod som indikerar aktuell infektion. Det finns 13 olika grupper av meningokocker. Främst är grupperna A, B, C, Y och W sjukdomsframkallande men internationellt rapporteras även grupp X.

### **Smittvägar**

Vanligen droppsmitta, mindre vanligt kontaktsmitta via saliv till de övre luftvägarna. Det stora flertalet exponerade får inga eller obetydliga symtom. Bärarfrekvensen är normalt under 10%. Hos närläkare till ett fall kan betydligt högre bärarskap ses. Vanligen snabbt insjuknande i sepsis och/eller meningit, ibland mycket snabbt förlopp (timmar). Symtom vid insjuknande kan vara feber, svår huvudvärk, kräkningar, nackstyvhet och medvetlöshet och ibland petechier. Incidensen i Sverige är ca 0,5 fall/100 000 invånare och år. Högst förekomst bland barn och ungdomar <30 år. Mortaliteten är cirka 10%.

### **Inkubationstid**

Kan vara kort, 2-3 dygn. Någon övre gräns är inte känd.

### **Patienten**

Från smittskyddssynpunkt behövs ingen uppföljning av patienten efter tillfrisknandet.

### **Smittspårning/åtgärd**

#### *Fråga:*

Kontakt med annat liknande fall/annat känt meningokockfall?

#### *Åtgärder:*

1. Skärpt uppmärksamhet på symtom och tecken som kan tala för en begynnande meningokocksjukdom hos personer i den sjukes omgivning. De informeras så att misstänkta fall snabbt kan komma till läkare. Den ökade risken är störst under de första dagarna. Därefter sjunker risken successivt men kvarstår i upp till fyra veckor.

Information om händelsen behöver ofta ges till de vårdenheter som kan tänkas kontaktas av misstänkt nyinsjuknade personer, som lokala vårdcentraler, jourmottagningar, sjukvårdsupplysning (1177), barnklinik, infektionsklinik. Vid infektion hos skolbarn/förskolebarn informeras skolsköterska respektive ansvarig på skola/förskola. Ofta förmedlas denna information enklast av smittskydds-enheten.

2. Antibiotikaproylax bör snarast ges till närläkare d.v.s. medlemmar i samma hushåll och salivkontakter (t.ex. i samband med kyssar, druckit ur samma flaska, mun till mun-återupplivning) samt till barn i samma förskolegrupp och kan övervägas till lägerdeltagare som sovit i samma rum eller liknande. Projylaxen ges helst inom något dygn men senast inom två veckor och om möjligt samtidigt till alla aktuella personer. Odling från svalg eller nasofarynx före antibiotikaproylax tas inte rutinemässigt.

Profylax kan övervägas för personal som har nära kontakt med barn i t.ex. en förskolegrupp. Detta gäller också för närkontakter efter längre flyg- och bussresor. Däremot rekommenderas inte antibiotikaprofylax till klasskamrater i skolan vid enstaka sjukdomsfall eller till sjukvårdspersonal, utom när mun mot mun-andning har utförts.

Förstahandsmedel: ciprofloxacin i engångsdos:

- Vuxna och barn över 20 kg: 500 mg x 1 x I.
- Barn under 20 kg: 250 mg eller 20 mg/kg x 1 x I

Vid ciprofloxacinöverkänslighet kan rifampicin ges, dosering:

- icke gravida vuxna och barn > 12 år: 600 mg x 2 x II
- barn 1 månad - 12 år: 10 mg/kg x 2 x II
- barn < 1 månad: 5 mg/kg x 2 x II,

Till gravida kvinnor rekommenderas ciprofloxacin 500 mg per os, engångsdos alternativt ceftriaxon 250 mg i.m. eller i.v. som engångsdos

3. Vaccination blir aktuell först då två eller flera sjukdomsfall inträffat: Menveo eller Nimenrix, kombinationsvaccin för grupp A, C, Y och W; Bexsero eller Trumenba för grupp B. Vaccination påbörjas först efter samråd med smittskyddsläkaren. Skyddseffekten dröjer 2 veckor.
4. Samhälleliga åtgärder av mer omfattande karaktär blir mycket sällan aktuella. Sådana beslut fattas 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 antibiotikaprofylax kan övervägas. Vid två eller flera fall, överväg omgående antibiotikaprofylax och vaccination, samråd om möjligt 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.

### **Anmälan**

Telefonanmälan till smittskyddsläkaren bör ske snarast vid varje fall av invasiv meningokocksjukdom. Klinisk anmälan till smittskyddsläkaren, via <https://www.folkhalsomyndigheten.se/sminet>. Ange klinisk bild och de smittskydds- och smittspårningsåtgärder som vidtagits.

### **Kriterier för klinisk anmälan enligt smittskyddslagen**

Se Folkhälsomyndighetens senaste version av [Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen](#).

### **Referens**

Rekommendationer om förebyggande åtgärder mot invasiv meningokockinfektion. Folkhälsomyndigheten april 2018