

Meningokokken (*N. meningitidis*)

AKH-KHH-RL 029

gültig ab: 15.02.2021

Version: 02

Seite 1 von 7

1. GELTUNGSBEREICH UND ZWECK:

Diese Richtlinie beschreibt die hygienisch korrekte Vorgangsweise im Umgang mit PatientInnen mit Verdacht auf oder Infektion mit *Neisseria meningitidis* (Meningokokken).

2. MITGELTENDE INFORMATION:

- Hygienerichtlinien der Univ. Klinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle AKH Wien (<http://www.meduniwien.ac.at/krankenhaushygiene>)
- Österreichischer Impfplan idgF, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK): <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-%C3%96sterreich.html>
- AGES; Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Jahresbericht 2019

RKI Ratgeber für Meningokokken und invasive Erkrankungen (*Neisseria meningitidis*); https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html#doc2374538bodyText5

3. VERWENDETE ABKÜRZUNGEN

AGES	Agentur für Ernährungssicherheit
AKH	Allgemeines Krankenhaus
idgF	in der geltenden Fassung
e.h.	eigenhändig
FÄ	Fachärztin
i.v.	intravenös
KHH	Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle
KL	Klinikleitung
MA-15	Gesundheitsdienst der Stadt Wien, Magistratabteilung 15

	Funktion	Name oT	Datum	Unterschrift
erstellt	FÄ	Ebner	15.02.2021	e.h.
geprüft	KL	Presterl	15.02.2021	e.h.
freigegeben	KL	Presterl	15.02.2021	e.h.

PCR	Polymerase-Kettenreaktion
p.o.	per os
PSA	persönliche Schutzausrüstung
RL	Richtlinie

4. VERANTWORTLICH FÜR DAS DOKUMENT

KL

5. TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG

5.1. Definition und epidemiologischer Hintergrund

Meningokokken (*Neisseria meningitidis*) sind aerobe gramnegative Kokken. Serologisch ist eine Unterscheidung von 12 Untergruppen (A, B, C, E, H, I, K, L, W, X, Y, Z) möglich. Für die meisten invasiven Verläufe sind die Serogruppen A, B, C, W135 und Y verantwortlich, wobei in den letzten Jahren in Österreich ca. 50-70% der Erkrankungen auf die Gruppe B zurückzuführen ist.

In Österreich treten jährlich zwischen 20 bis 100 Erkrankungsfälle auf; die meisten PatientInnen sind jünger als ein Jahr (2,3/100.000 Personen), zwischen einem und 4 (1,2 /100.000 Personen) oder zwischen 15 und 19 Jahre alt (0,9/100.000 Personen).

5.2. Typisches Krankheitsbild

Meningokokkenmeningitis, Meningokokkensepsis -> schwerer Krankheitsverlauf: Waterhouse-Friderichsen-Syndrom

5.3. Falldefinition

- klinische Symptome (mind. 1 zutreffend)
 - Meningeale Symptome (Kopfschmerz, Nackensteife, Erbrechen, Lichtscheu)
 - Hämorrhagisches Exanthem
 - Septischer Schock
 - Septische Arthritis

- Laborergebnisse (mind. 1 zutreffend)
 - *N. meningitidis* isoliert in steriler Probe oder Hautblutung
 - *N. meningitidis* Nukleinsäurenachweis in steriler Probe oder Hautblutung
 - *N. meningitidis* Nachweis des Antigens im Liquor
 - Nachweis von gramnegativ-gefärbten Diplokokken im Liquor
- Epidemiologische Kriterien
 - Epidemiologischer Zusammenhang mit Übertragung von Mensch zu Mensch

Fallklassifizierung

- Möglicher Fall: Jede Person, die die klinischen Kriterien erfüllt.
- Wahrscheinlicher Fall: Jede Person, die die klinischen Kriterien erfüllt und einen epidemiologischen Zusammenhang aufweist.
- Bestätigter Fall: Jede Person, die die Laborkriterien erfüllt.

5.4. Infektiöses Material

Blut, Liquor, Sekrete aus dem Nasen-Rachenraum, Material aus Hauteffloreszenzen

5.5. Übertragung

Tröpfcheninfektion, Schmierinfektion. Da die Erreger gewöhnlich außerhalb des Körpers rasch absterben, ist für eine Infektion ein enger Kontakt mit Übertragung von oropharyngealen Sekreten (Husten, Niesen, Küssen, gesichtsnahe medizinischen Eingriffe) erforderlich.

5.6. Inkubationszeit

Sie beträgt in der Regel 3 bis 4 Tage und kann in einem Bereich zwischen 2 und 10 Tagen liegen.

5.7. Dauer der Infektiösität

Die PatientInnen gelten 7 Tage vor Symptombeginn bis 24 Stunden nach Beginn einer Meningokokken-spezifischen Therapie als infektiös.

5.8. Erregernachweis

- Kultureller Direktnachweis (ad Mikrobiologie, Verdacht am Anforderungsschein vermerken, idealerweise vor Beginn der Antibiotikatherapie) aus:
 - Blut
 - Liquor
 - Aspirate
 - Rachenabstrich
- PCR (ad Mikrobiologie):
 - EDTA-Blut
 - Liquor

In erster Linie ist die Untersuchung von Blut und Liquor der Patientinnen wichtig. In weiterer Folge wären, vor allem nach begonnener antimikrobieller Therapie, auch Stanzbiopsien, Aspirate und Mini-Biopsien aus Hauteffloreszenzen für eine Diagnostik durch Polymerase-Kettenreaktion (PCR) geeignet.

5.9. Meldepflicht

Eine schnelle Meldung an die MA-15 ist bei Verdacht, Erkrankung und Tod verpflichtend (24-Stunden-Hotline). Die Meldung ist für die schnelle Postexpositionsprophylaxe von nahen Kontaktpersonen wichtig.

5.10. Definition Kontaktperson lt. österreichischem Impfplan

- Alle Haushaltskontakte
- Personen mit direktem Kontakt zu oropharyngealen Sekreten einer Patientin oder eines Patienten
- Kontaktpersonen in Kindereinrichtungen mit Kindern unter 6 Jahren (bei guter Gruppentrennung nur die betroffene Gruppe)
- Personen mit engen Kontakten in Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltsähnlichem Charakter (Internate, Wohnheime sowie Kasernen)
- Passagiere, die bei Flügen, die länger als 8 Stunden gedauert haben, direkt neben einer Patientin oder einem Patienten gesessen sind
- Mund zu Mund-Beatmung, ungeschützter Kontakt bei einer endotrachealen Intubation 7 Tage vor der Erkrankung bis 24 Tage nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Behandlung

5.11. Prophylaxe

- Schutzimpfung (gegen Serotypen ACWY, monovalent auch C und B verfügbar – genaue Indikationen siehe österreichischer Impfplan)

Empfohlen für Kinder sowie Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko (Immunsuppression, Asplenie etc.) bzw. erhöhtem Expositionsrisiko (Haushaltskontakte von Erkrankten, Laborpersonal, Personal von Pädiatrien, Intensivstationen oder Infektionsabteilungen etc.)

- Postexpositionsprophylaxe

Antibiotika

Nach engem Kontakt mit den betroffenen PatientInnen erhalten Erwachsene einmalig Ciprofloxacin 500mg (bei Kontraindikationen alternativ Rifampicin 2x600 mg p.o. für zwei Tage oder einmalig Ceftriaxon 250mg i.m. – verringerte Dosierung bei Kindern und Jugendlichen beachten). Bei Fragen hinsichtlich der AB-Postexpositionsprophylaxe ist der beste Ansprechpartner die Klinische Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin.

Eine Postexpositionsprophylaxe ist schnellstmöglich durchzuführen – sinnvoll ist diese Therapie bis zu maximal 10 Tage nach dem letzten Kontakt zum Erkrankten (Exposition 7 Tage vor Ausbruch der Krankheit bis 24 Stunden nach Beginn der antimikrobiellen Therapie).

Postexpositionelle Impfung

Eine postexpositionelle Impfung wird zusätzlich zur Chemoprophylaxe bei ungeimpften engen Kontaktpersonen empfohlen, wenn die Infektion der Indexpatientin oder des Indexpatienten durch die Serogruppen A, C, W135, Y oder B verursacht wurde. Die Impfung sollte sobald wie möglich nach Serogruppenbestimmung des Erregers beim Indexfall durchgeführt werden.

6. ZUSAMMENFASSUNG DER HYGIENEMAßNAHMEN (ZUR EINLAGE IN DIE KRANKENGESCHICHTE – BITTE FÜLLEN SIE AUCH DIE AKH-KHH-RL-010 CHECKLISTE HYGIENEMAßNAHMEN BEI MRE GEMEINSAM MIT DER KHH AUS UND LEGEN SIE EBENFALLS BEI):

Meningokokken (<i>Neisseria meningitidis</i>)		
WIE	Isolierung im Einzelzimmer mit eigener Nasszelle (Ggf. Leibstuhl verwenden)	
MELDEPFLICHT	Bei Verdacht, Erkrankung und Tod	
WANN	<ul style="list-style-type: none"> • Sofort bei typischer Klinik bis zum Ausschluss einer Meningokokkeninfektion • Nachweis des Erregers aus klinischem Material (nicht bei fehlender Klinik und reiner Besiedelung des Respirationstrakts) • Bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen antimikrobiellen Therapie 	
INFEKTIÖSES MATERIAL	(Blut,) Liquor, Sekrete aus dem Nasen-Rachenraum, Material aus Hauteffloreszenzen	
KONTAKTPERSONEN	Postexpositionsprophylaxe für enge Kontaktpersonen	
HÄNDEHYGIENE	<u>Personal:</u> 5 Momente der Händehygiene (Händedesinfektion) <u>PatientIn:</u> Unterweisung in Händehygiene: Händewaschen und Händedesinfektion nach Kontakt mit Ausscheidungen/Körperflüssigkeiten sowie vor Verlassen des Zimmers <u>BesucherIn:</u> Händedesinfektion vor und nach Kontakt mit anderen Patienten und bei Verlassen des Zimmers	
PSA (Schutzkleidung)	<ul style="list-style-type: none"> • Langärmeliger Einmalschutzkittel • Einmalhandschuhe • Ggf. Einmalschürze • Mund-Nasen-Schutz 	
PATIENTENNAHE UTENSILIEN	<ul style="list-style-type: none"> • Utensilien nur patientenbezogen verwenden, nach Gebrauch Wischdesinfektion. • max. Tagesbedarf an Pflegeutensilien im Zimmer belassen. • Persönliche Gegenstände (Zahnprothese, Brille, Hörgerät, Kamm, ...) beim Patienten lassen. • Krankengeschichte u. a. Dokumentationsmaterial nicht ins Zimmer mitnehmen. 	
GEBRAUCHTES VERBANDMATERIAL	ohne Zwischenlagerung oder Berührung von Gegenständen in Abwurfsack geben	
GEBRAUCHTE WÄSCHE	ohne Zwischenlagerung oder Berührung von Gegenständen in Wäschesack geben; feuchte Wäsche zusätzlich in Plastiksack verpacken	
GEBRAUCHTE INSTRUMENTE	ohne Zwischenlagerung in Transportbehälter und zur Desinfektion bringen	
UNTERHALTSDESINFEKTION	Routinemäßige und gezielte Desinfektion gemäß Desinfektionsplan der Abteilung/Station	
SCHLUSS DESINFEKTION	Gründliche Desinfektion aller Flächen im Zimmer nach Entlassung oder Verlegung Desinfektionsmittel lt. Desinfektionsplan	
ORGANISATION	Arbeitsabläufe so planen, dass Tätigkeiten im Isolierzimmer am Ende der Routine stattfinden. Dabei auf gute Vorbereitung und gegebenenfalls	

	Einbeziehung einer zweiten Person achten, um unnötige Unterbrechungen (Kontaminationsrisiko!) zu vermeiden.	
INFORMATIONSPFLICHT	gegenüber: PatientInnen, allen MitarbeiterInnen im Bereich, Reinigungspersonal, BesucherInnen, Information vor Überstellung des/der PatientIn, etc.	
DEKOLONISATION	Nach Abschluss der Therapie Rifampicingabe zur Dekolonisation (Ausnahme: Zn. i.v.-Therapie mit Drittgenerationscephalosporin; vergl. Österr. Impfplan)	

7. ÄNDERUNGEN

Datum	Version	Änderung
01.10.2008	01	Ersterstellung, erste Freigabe
15.02.2021	02	Überarbeitung, neues Layout, Einfügung Tabelle Hygienemaßnahmen