

Toimenpideohje estolääkityksestä ja rokotteen käytöstä invasiivisten meningokokkitautitapausten yhteydessä

Toimenpideohjeen tavoite ja kohderyhmä

Ohje antaa tietoa toimista, joilla ehkäistään tartunnan leviämistä invasiivista meningokokkitautia sairastavasta potilaasta hänen lähiympäristöönsä.

Toimenpideohje on tarkoitettu kunnan ja sairaanhoitopiirin tartuntataudeista vastaavien lääkärien ja hoitajien sekä kliinisen mikrobiologian laboratorioden käyttöön.

Keskeiset muutokset edelliseen (12/2013) suositukseen

- Tapausmääritelmiä on muutettu kansainvälisiä ohjeita mukaillen.
- Siprofloksasiinia suositellaan ensisijaisena estolääkkeenä kaikenikäisille, myös raskaana oleville ja imettäville.
- Lisätty ohjeistus rokotteen käyttämisestä seroryhmän B aiheuttamassa tautiryppäessä tai epidemiassa.
- Yhteisön sisäisen sekä alueellisen epidemian ilmaantuvuuskuoreja on muutettu.

Ilmoittaminen ja tiedonkulku

Meningokokin aiheuttama vaikea yleisinfektio ja aivokalvontulehdus luokitellaan tartuntatautiasetuksessa (146/2017) yleisvaarallisiksi tartuntataudeiksi. Sekä hoitavan lääkärin että kliinisen mikrobiologian laboratorion tulee tehdä niistä tartuntatauti-ilmoitus valtakunnalliseen tartuntatautirekisteriin.

Kun lääkäri epäilee invasiivista meningokokkitautia, hänen tulee ilmoittaa siitä potilaan asuinpaikkakunnan tartuntataudeista vastaavalle lääkärille. Epäiltäessä alueellista tai yhteisön sisäistä epidemiaa on hyvä aina konsultoida myös sairaanhoitopiirin infektio lääkäriä ja THL:n tartuntatautilääkäriä.

Kustannukset

Meningokokkitaudin tutkimuksen, hoidon ja torjuntatoimien kustannuksista vastaa potilaan kotikunta. Ne ovat potilaalle ilmaisia. Kun epidemian torjunnassa käytetään THL:n valmiusvaraston rokotteita, hankintakustannuksista vastaa valtio.

Meningokokki-infektiot Suomessa

Neisseria meningitidis eli meningokokki aiheuttaa sekä yksittäisinä tapauksina että rypäinä esiintyviä vakavia yleisinfektioita. Meningokokit jaetaan polysakkaridikapselin rakenteen perusteella 12 seroryhmään, joista tärkeimmät ovat A, B, C, W, Y ja X. Suomessa yleisimpiä ovat seroryhmät B, C ja Y. A-ryhmän tauti on Suomessa hyvin harvinainen.

Tautia esiintyy kaikissa ikäryhmissä. Ilmaantuvuus on ollut suurin alle 1-vuotiailla, joilla valtaosa infektioista on ollut B-ryhmän meningokokin aiheuttamia. Suomessa toinen pienempi ilmaantuvuushuippu on nähty 17–20 -vuotiailla.

Kuolleisuus meningokokkitautiin on noin 10 prosenttia. Se on suurempi septisessä taudissa kuin meningiitissä. Tautia esiintyy Suomessa ympäri vuoden ilman selkeää vuodenaikavaihtelua.

Vuosina 2010–2018 meningokokki-infektioita ilmoitettiin tartuntatautirekisteriin 16–34 tapausta vuodessa (ilmaantuvuus 0.3–0.6/100000). Seroryhmät B, C ja Y aiheuttavat kukin Suomessa nykyään vajaan kolmanneksen infektioista.

Tartuntatapa

Meningokokkibakteeri tarttuu pisaratartuntana joko oireettomasta nielukantajasta tai oireilevasta potilaasta. Elimistön ulkopuolella bakteeri kuolee nopeasti.

Koska ihminen on meningokokkibakteerin ainoa isäntä, läheinen kontakti sairastuneeseen tai bakteerin oireettomaan kantajaan on edellytys tartunnan leviämiselle. Meningokokin oireeton kantajuus lähengitysteissä on yleistä; noin 5-10 %:lla väestöstä löytyy yksi tai useampia kantoja, joista kuitenkin vain osa on virulentteja. Nielukantajuus on yleisintä nuorilla aikuisilla, ja sen kesto on yleensä kuukausia. Vain hyvin pienelle osalle (<1 %) bakteerin kantajista kehittyy invasiivinen infektio.

Itämisaika

Invasiivisen taudin, kuten meningiitin ja sepsiksen, itämisaika on yleensä 3–4 vuorokautta (vaihteluväli 2–10 vrk). Infektio voi olla hyvin vakava ja nopeasti etenevä, minkä vuoksi hoito tulee käynnistää ripeästi.

Infektiot ja tapausmääritelmät

Yleisimmät meningokokkitaudit ovat meningokokkimeningiitti ja -sepsis, jotka voivat esiintyä joko erikseen tai yhdessä. Meningokokki voi aiheuttaa myös bakteremian, joihin ei liity sepsisoireita eikä meningiittiä. Muita meningokokin aiheuttamia harvinaisempia tauteja ovat purulentti tai immuunikompleksivälitteinen perikardiitti ja artriitti, konjunktiviitti, pneumonia sekä urogenitaalialueen infektiot.

Laboratoriolöydösten ja kliinisen taudinkuvan perusteella meningokokin aiheuttamat infektiot voidaan luokitella varmistettuihin, todennäköisiin tai mahdollisiin tapauksiin (Taulukko 1). Näistä **varmistetut ja todennäköiset** tapaukset vaativat tässä ohjeessa kuvattuja jatkotoimia.

Jatkotoimia ei tarvita

- jos meningokokki on viljelty ei-steriilistä paikasta, kuten esimerkiksi nielusta, henkitorvesta tai poskiontelosta JA
- potilaan oireet ja/tai kliiniset löydökset eivät viittaa invasiiviseen meningokokkitautiin.

Taulukko 1. Invasiivisen meningokokkitautitapauksen määritelmät. (Mukailtu ECDC:n (2012) ja Public Health Englandin (2018) määritelmistä).

| Varmistettu tapaus |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Neisseria meningitidis -viljelylöydös normaalisti steriilistä paikasta (veri, aivo-selkäydinneste, nivelneste) tai ihomuutoksesta (petekia, purpura) • Neisseria meningitidis -nukleiinihappo-osoitus normaalisti steriilistä paikasta (veri, aivo-selkäydinneste, nivelneste) tai ihomuutoksesta (petekia, purpura) • Neisseria meningitidis -antigeeniosoitus aivo-selkäydinnesteestä tai verestä |

*) Meningokokin aiheuttama konjunktiviitti ei täytä invasiivisen taudin tapausmääritelmiä. Kohonneen invasiivisen taudin riskin vuoksi sekä konjunktiviittia sairastavalle henkilölle että hänen lähikontakteille suositellaan kuitenkin estolääkitystä, mutta ei rokotusta, kuten invasiivisen tautitapauksen yhteydessä.

| Todennäköinen tapaus |
|---|
| TAI |
| Kliinikon arvion perusteella invasiivinen meningokokkitauti on mahdollinen ja tapaukseen liittyy muita tätä diagnoosia tukevia tekijöitä kuten |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bakterivärjyksessä gramnegatiivisten diplokokkien osoitus aivo-selkäydinnesteestä tai muusta steriilistä paikasta • Epidemiologinen yhteys varmistettuun meningokokkitautitapaukseen |

Mahdollinen tapaus

- Sepsikseen, meningiittiin tai muuhun invasiiviseen meningokokkitautiin kuten septiseen artriittiin sopivia oireita ja / tai kliinisiä löydöksiä, kun kliinikon arvion perusteella invasiivisen meningokokkitaudin diagnoosi ei ole todennäköisin vaihtoehto. Todennäköiset virusmeningiittitapaukset, vaikka niiden empiirinen hoito kattaisi myös meningokokkibakteerin, kuuluvat tähän luokkaan.

Primaaritapauksella (indeksitapaus) ei ole tiedossa olevaa edeltävää lähikontaktia toiseen meningokokkitautitapaukseen 24 tunnin sisällä sairastumisesta.

Sekundaaritapaus on ollut lähikontaktissa primaaritapaukseen ja oireet alkavat yli 24 tuntia primaaritapauksen sairastumisen jälkeen. Jos oireiden alkamisajan väli on alle 24 tuntia, luokitellaan myöhemmin sairastunutkin primaaritapaukseksi ("co-primary"). Tällä on merkitystä ilmaantuvuuden laskemisessa epidemiatilanteissa.

Toimenpiteet yksittäisessä meningokokkitautitapauksessa

Varotoimet

Invasiivista meningokokkitautia sairastavat hoidetaan pisaravarotoimin, kunnes on kulunut 24 tuntia mikrobilääkehoidon aloittamisesta.

Lähikontaktien seuranta ja neuvonta

Valtaosa meningokokki-infektioista on yksittäisiä. Tärkein riskitekijä on lähikontakti invasiivista meningokokkitautia sairastavaan henkilöön. Tällöin riski sairastua on ilman estolääkitystä 0.3–1 %, eli 300–1000-kertainen muuhun väestöön verrattuna.

Lähikontaktien riski sairastua on suurin ensimmäisten seitsemän vuorokauden aikana indeksitapauksen sairastumisesta. Riski pysyy normaalia korkeamana yhteensä kuukauden ajan. Tartunnanjäljitys kohdistetaan vain **varmistettujen tai todennäköisten** invasiivisten meningokokkitautitapausten lähikontakteihin (Taulukot 1 ja 2).

Sairastuneen lähikontakteille ja muille toistuvilla kontakteilla (esim. koulu- tai työtoveri) on tärkeää korostaa, että välitön lääkärin arvio (päivystyskäynti sairaalassa tai poliklinikalla) on välttämätön, jos heille ilmaantuu meningokokki-infektioon viittaavia oireita. Näitä ovat esimerkiksi kuume, päänsärky tai / ja petekiat.

Estolääkityksen kohderyhmät

Estolääkitys on tarpeen kaikille **varmistettujen ja todennäköisten** invasiivisten meningokokkitautitapausten lähikontakteille, jotka ovat olleet kontaktissa sairastuneeseen tämän oireiden alkua edeltävän 10 vuorokauden aikana (Taulukko 2).

Meningokokin aiheuttama konjunktiviitti ei täytä invasiivisen taudin tapausmääritelmiä. Kohonneen invasiivisen taudin riskin vuoksi sekä konjunktiviittia sairastavalle henkilölle että hänen lähikontakteillensa suositellaan kuitenkin estolääkitystä, mutta ei rokotusta, kuten invasiivisen tautitapausten yhteydessä.

Estolääkitys tulee antaa **mahdollisimman nopeasti**, mieluiten 24 tunnin kuluessa indeksitapausten toteamisen jälkeen.

Estolääkityksen hyöty vähenee merkittävästi ajan kuluessa, mutta se suositellaan annettavaksi aina neljään viikkoon asti indeksitapausten sairastumisesta.

Nieluviljelystä ei ole apua estolääkitystarpeen arvioinnissa.

Heti diagnoosin selvittyä on tarkoituksenmukaista antaa sairaalasta estolääkitys

- lähiomaisille
- niille terveydenhuollon henkilöstöön kuuluville, jotka ovat altistuneet indeksitapausten suu- tai nielueroitteelle ilman kirurgista suu-nenäsuojusta.

Sairaalassa jaetuista estolääkityksistä laaditaan lista. Se toimitetaan kunnan tartuntataudeista vastaavalle lääkärille, joka jatkaa tartunnan jäljitystä.

Muiden lähikontaktien estolääkitys kuuluu kunnan terveydenhuollon tehtäviin.

Jos kyseessä on muu kuin lähikontakti, ei estolääkitystä suositella (Taulukko 3).

Taulukko 2. Estolääkitystä suositellaan seuraaville varmistettujen ja todennäköisten invasiivisten meningokokkitautitapausten lähikontakteille, jos he ovat olleet kontaktissa sairastuneeseen tämän oireiden alkua edeltävän 10 vuorokauden aikana:

- Saman perheen tai kotitalouden jäsenet
- Säännöllisesti samassa tilassa sairastuneen kanssa nukkuvat tai aterioivat henkilöt
- Päihteidenkäyttäjän kaveripiiri
- Poika- tai tyttöystävä
- Suora altistuminen sairastuneen suu- tai nielueritteelle, esimerkiksi suutelu
- Sama päivähoitoryhmä
- Terveydenhuollon henkilöstöstä vain ne, jotka ovat altistuneet sairastuneen suu- tai nielueritteelle ilman kirurgista suunenäsuojusta esimerkiksi seuraavissa tilanteissa
 - suusta suuhun elvytys
 - intubaatio
 - hengitysteiden liman imeminen
 - nenänielun tutkiminen
 - potilaan yskiminen / aivastaminen kasvoille
- Muu tiivis lähikontakti sairastuneen kanssa

Taulukko 3. Estolääkitystä ei suositella seuraavissa tilanteissa:

- Viimeisin kontakti sairastuneeseen yli 10 vrk tämän oireiden alkamisesta
- Muu toistuva kontakti kuin lähikontakti sairastuneeseen. Lähikontakti on esimerkiksi koulu- tai työtoveri
- Matkustaminen samassa liikennevälineessä
- Muu epäsuora **satunnainen tai yksittäinen altistuminen** sairastuneen suu- tai nielueritteelle, esimerkiksi
 - juominen samasta lasista
 - samojen ruokailuvälineiden tai savukkeiden käyttö
- Epäsuora kontakti: yhteydessä vain lähikontaktiin, mutta ei itse potilaaseen
- Asianmukaisia pisaravarotoimia noudattanut terveydenhuollon henkilöstö
- Terveydenhuollon henkilöstö, joka ei ole altistunut potilaan suu- tai nielueritteelle (ks. altistustilanteet edellä)
- Meningokokkitautia sairastanutta vainajaa käsitellyt henkilökunta

Meningokokkitaudin hoitoon käytetyistä parenteraalisesti annosteltavista mikrobilääkkeistä penisilliini ei hävitä luotettavasti nielukantajuutta. Tämän vuoksi estolääkitys on aiheellinen myös potilaalle, jonka meningokokki-infektio on hoidettu penisilliinillä. Parenteraalisesti annosteltavat kolmannen polven kefalosporiinit, kuten keftriaksoni ja kefotaksiimi, hävittävät myös nielukantajuuden.

Estolääkityksen valinta

Estolääkitystä määrätessä arvioidaan yksilöllisesti mahdolliset lääkkeen käyttöön liittyvät vasta-aiheet.

Siprofloksasiini, keftriaksoni, rifampisiini ja atsitromysiini hävittävät bakteerin kantajuuden nielusta (Taulukko 4).

- Ensisijaisena estolääkityksenä suositellaan käyttämään siprofloksasiinia kaikenikäisille.
- Toissijaisia vaihtoehtoja ovat rifampisiini ja keftriaksoni.
- Atsitromysiinia voidaan käyttää, mikäli estolääkitystä ei voida toteuttaa edellä mainituilla vaihtoehdoilla.
- Raskaana oleville ja imettäville suositellaan siprofloksasiinia, keftriaksonia tai atsitromysiinia.
- Imetyksen aikana voidaan käyttää myös rifampisiinia.

Meningokokkien herkkyys siprofloksasiinille, keftriaksonille ja rifampisiinille on säilynyt Suomessa hyvänä. Ajantasaista tietoa mikrobilääkeresistenssistä löytyy vuosittain julkaistavasta Finres-raportista (www.finres.fi).

Taulukko 4. Estolääkityksen vaihtoehdot invasiivisen meningokokkitautitapauksen lähikontakteille.

| Lääke/ikä | Annos | Kesto | Teho (%) | Huomattavaa |
|-------------------------|---------------------------------|-------------|----------|--|
| Siprofloksasiini | | | 91–96 | |
| <2-vuotiaat | 15mg/kg, enintään 125mg p.o. | Kerta-annos | | |
| 2–12-vuotiaat | | | | |
| (< 20 kg) | 250 mg p.o. | Kerta-annos | | |
| (≥20 kg) | 500 mg p.o. | Kerta-annos | | |
| >12-vuotiaat | 750 mg p.o. | Kerta-annos | | Myös raskaana oleville ja imettäville. |
| Keftriaksoni | | | 98 | |
| ≤12-vuotiaat | 125 mg i.m. | Kerta-annos | | |
| >12-vuotiaat | 250 mg i.m. | Kerta-annos | | Myös raskaana oleville ja imettäville. |

| | | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------|-------|--|
| Rifampisiini | | | 81–98 | |
| <1-vuotiaat | 5 mg/kg 12 tunnin välein p.o. | 2 vrk | | |
| 1–12 -vuotiaat | 10 mg/kg 12 tunnin välein p.o. | 2 vrk | | Maksimiannos 600 mg/vrk |
| >12-vuotiaat | 600 mg x 2 p.o. | 2 vrk | | Ei suositella raskaana oleville. Voidaan käyttää imetyksen aikana. |
| Atsitromysiini | | | 93 | |
| ≤12-vuotiaat | 10 mg/kg p.o. | Kerta-annos | | |
| >12-vuotiaat | 500 mg p.o. | Kerta-annos | | Myös raskaana oleville ja imettäville. |

Rokottaminen

Meningokokkirokotteita (ACWY-konjugaattirokote) tarjotaan Suomessa vain varusmiespalvelusta ja asepalvelusta suorittaville.

Taudin aiheuttanut meningokokkikanta kuuluu seroryhmään A, C, W tai Y

Yksittäisessä tautitapauksessa rokotusta tarjotaan samoille henkilöille kuin estolääkitystä (Taulukko 2), jos he eivät ole saaneet kyseisen seroryhmän kattavaa rokotusta edeltävän 12 kuukauden aikana.

Rokotusta ei kuitenkaan tarjota konjunktiviittia sairastavalle henkilölle tai hänen lähikontakteilleen. Heille suositellaan vain estolääkitystä kohonneen invasiivisen taudin riskin vuoksi.

Rokottamista suositellaan lähikontakteille neljään viikkoon asti indeksitapauksen sairastumisesta.

Poikkeuksena tästä on terveydenhuollon henkilöstö, jolle riittää pelkkä estolääkitys. Näin siksi, että kyseessä on lyhykestoinen altistus ja tartuntariski on pieni.

Taudin aiheuttanut meningokokkikanta kuuluu seroryhmään B

Yksittäisessä tautitapauksessa lähikontaktien rokottamista ei katsota aiheelliseksi. Tämä johtuu siitä, että meningokokki B -rekombinanttiproteiinirokotteiden kyky saada aikaan suojaavia vasta-aineita on heikompi kuin konjugaattirokotteiden (ks. Meningokokkirokotteet). Suojaavan immuniteetin kehittyminen vaatii 2–3 rokoteannosta rokotettavan iästä riippuen.

Jos samassa taloudessa todetaan **vähintään kaksi** seroryhmän B meningokokkitautitapausta, on kuitenkin perusteltua rokottaa muut samassa taloudessa asuvat. Seroryhmävastaus valmistuu yleensä noin vuorokauden kuluessa positiivisen viljelylöydöksen toteamisesta.

Indeksitapausta ei rokoteta meningokokkitaudin aikana. Rokotus on kuitenkin aiheellinen niille indeksitapauksille, joilla on meningokokkitaudille altistava tila, kuten komplementtipuutos, pernan puutos tai vajaatoiminta. Indeksitapauksen rokotuksen tarpeesta suositellaan neuvottelemaan infektio lääkäriin kanssa.

Rokotteista ja niiden hankinnasta löytyy lisää tietoa kohdista Meningokokkirokotteet ja Meningokokkirokotteiden hankkiminen.

Tautirypäät / epidemiat

Määritelmiä

Meningokokkiepidemiaa on syytä epäillä, jos jonkun tietyn seroryhmän aiheuttamia sairaustapauksia havaitaan odotettua enemmän lyhyen ajan sisällä. Koska meningokokkiepidemioiden luonne vaihtelee, ollaan kansainvälisissä suosituksissa luopumassa tarkoista ilmaantuvuus kriteereistä epidemian määrittämiseksi. Alla annettuja esimerkkejä voi käyttää apuna epidemian tunnistamisessa. Sekundaaritapauksia ei oteta laskelmissa huomioon.

Yhteisön sisäinen epidemia on kyseessä, kun esimerkiksi samassa päiväkodissa tai koulussa todetaan

- kaksi tai useampi saman bakteerikannan aiheuttama tautitapaus kolmen kuukauden sisällä JA
- tapaukset eivät ole toistensa lähikontakteja.

Usein tarkemmalla haastattelulla näennäisesti erillisten tapausten välillä löytyy yhdistävä tekijä.

Alueellinen epidemia on kyseessä, kun samalla maantieteellisellä alueella, esimerkiksi kunnassa, todetaan:

- Useita saman bakteerikannan aiheuttamia tautitapauksia kolmen kuukauden sisällä JA
- tapaukset eivät ole toistensa lähikontakteja JA
- tapauksilla ei ole yhteyttä keskenään esimerkiksi päiväkotitai kouluyhteisön välityksellä JA
- taudin ilmaantuvuus alueella on epätavallisen korkea.

Vertailukohtana voi käyttää taudin ilmaantuvuutta samalla alueella vastaavana, esimerkiksi kolmen kuukauden aikajaksona, edellisvuosina. Jos kuukausittainen ilmaantuvuus on hyvin matala tai se vaihtelee paljon, voi vertailuun käyttää vuosittaista ilmaantuvuutta samalla alueella 3–5 edellisvuoden aikana tai koko Suomen ilmaantuvuutta.

Alueellinen ja yhteisön sisäinen epidemia voivat esiintyä samanaikaisesti.

Epidemiaselvitystyöhön kuuluu olennaisena osana sekä tapausjäljitys että bakteerilöydöksille tehtävät tarkemmat tutkimukset. Kun epäillään alueellista tai yhteisön sisäistä epidemiaa, on hyvä aina konsultoida sairaanhoitopiiriin infektio lääkäriä ja THL:n tartuntatautilääkäriä. Kaikki verestä ja aivo-selkäydinnesteestä eristetyt meningokokkikannat tulee lähettää THL:n asiantuntijalaboratorioon koko genomin sekvensointiin perustuvia tarkempia tutkimuksia ja kantavertailuja varten. THL tutkii epidemiaepäilyissä tarvittaessa myös muut kannat.

www.thl.fi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos • Institutet för hälsa och välfärd • Finnish Institute for Health and Welfare

Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/tel +358 29 524 6000

Toimenpiteet epäiltäessä tautiryvästä tai epidemiaa

Yksiselitteisiä ja kaikkia tilanteita kattavia ohjeita meningokokkitautirypään jatkotoimista on vaikea antaa. Näin siksi, että epidemiatilanteet ovat erilaisia ja tiedot eri toimenpiteiden vaikuttavuudesta voivat olla puutteellisia.

Seuraavat tekijät vaikuttavat oleellisesti päätöksentekoon epidemiatilanteessa:

- Taudin ilmaantuvuus yhteisössä tai väestössä
- Ovatko tautitapaukset mikrobiologisesti varmistettuja?
- Kuuluvatko bakteerikannat samaan seroryhmään?
- Ovatko bakteerikannat molekyyliyyppitysten perusteella samaa tyyppiä tai kloonია?
- Seroryhmä tai pinta-antigeenirakenne; onko epidemian leviäminen todennäköisesti ehkäistävissä rokotteella?
- Onko tapauksilla jokin yhdistävä tekijä, kuten ikä, koulu, sosiaalinen toiminta tai muu vastaava?
- Onko kyseessä selkeästi määritettävissä oleva väestöryhmä, johon torjuntatoimet voidaan kohdistaa?
- Aiempi kokemus vastaavista epidemioista
- Yhteisön tai väestön aiemmin saamat meningokokkirokotteet
- Sairauden herättämä yleinen huolestuneisuus, esimerkiksi kuolemantapaus
- Käytettävissä olevat voimavarat

Estolääkitys ja rokotukset

Estolääkitys annetaan sairastuneiden lähikontakteille edellä kuvattujen periaatteiden mukaan samaan tapaan kuin yksittäisessä tautitapauksessa.

- Jos päiväkodissa tai koulussa todetaan kaksi tai useampi **varmistettua tai todennäköistä**, saman seroryhmän bakteerin (mikäli tieto on saatavilla) aiheuttamaa sairaustapausta, annetaan estolääkitys kaikille lapsille sekä henkilökunnalle.
- Sama koskee myös joukkomajoitustiloissa, kuten asuntolassa tai varuskunnassa todettuja tapauksia. Tällöin estolääkitys annetaan kaikille altistuneille asukkaille sekä henkilökunnalle.
- Laajempaan väestön massaestolääkitykseen on harvoin perusteita.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen rokotuksista (149/2017) mukaan THL määrittää hankkimiansa rokotteiden käytön tilanteissa, joissa rokotuksilla ehkäistävä tauti uhkaa aiheuttaa tartuntatautiepidemian. Epidemiatilanteessa rokotuksen mahdollinen kohderyhmä määräytyy niiden epidemiologisten selvitysten perusteella, jotka on mainittu kohdassa ”Toimenpiteet epäiltäessä tautiryvästä tai epidemiaa”.

Jos terveydenhuollon yksikössä epäillään tautiryvästä tai epidemiaa, on syytä neuvotella välittömästi estolääkityksestä, rokotuksista ja jatkoselvityksistä sairaanhoitopiirin infektiolääkärin ja THL:n tartuntatautilääkärin kanssa.

Meningokokkirokotteet

Suomessa on käytössä yhdistelmärokotteita meningokokin seroryhmiä A, C, W ja Y vastaan. Lisäksi on saatavilla meningokokki B- infektioilta suojaavia rokotteita.

Suomessa on myyntilupa seuraaville meningokokkitapauksissa käytettäville rokotteille (tilanne 31.1.2019).

A-, C-, W- ja Y-ryhmän tautia vastaan suunnatut meningokokkikonjugaattirokotteet

1. Menveo
 - 2 vuotta täyttäneille seroryhmien A, C, W ja Y meningokokkeja vastaan
 - Yksi annos
2. Nimenrix
 - 6 viikon iästä alkaen seroryhmien A, C, W ja Y meningokokkeja vastaan
 - Yksi annos

B-ryhmän tautia vastaan suunnatut rekombinanttiproteiinirokotteet

1. Bexsero
 - Nelikomponenttinen yhdistelmä-DNA-tekniikalla tuotettu proteiinirokote
 - 2 kuukauden iästä alkaen seroryhmän B meningokokkeja vastaan
 - Kaksi annosta kuukauden välein
2. Trumenba
 - Kaksimponenttinen yhdistelmä-DNA-tekniikalla tuotettu lipoproteiinirokote
 - 10 vuoden iästä alkaen seroryhmän B meningokokkeja vastaan
 - Kaksi annosta 6 kuukauden välein TAI kolme annosta (0, 1kk ja 6kk)

Meningokokkirokotteiden hankkiminen

Rokotteet tilataan kunnan lääkehuollosta vastaavasta yksiköstä (lääkekeskuksesta / sairaala-apteekista), joka ostaa rokotteet lääketukkukaupasta. Lääkekeskus tai sairaala-apteekki varmistaa tarvittaessa rokotteiden saatavuuden myyntiluvan haltijalta. Epidemiatilanteissa rokotteet saa THL:stä.

THL ylläpitää B-ryhmän meningokokin aiheuttamia epidemioita varten rokotteiden valmiusvarastoa. Näiden rokotteiden käytöstä vastaa THL.

Lisätietoja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautilääkäri, puh. 029 524 8557, sähköposti tartuntatautilaakari@thl.fi

Sanna Isosomppi, Mari Kinnunen, Markku Kuusi, Hanna Nohynek, Eeva Pekkanen, Sirpa Räsänen, Pertti Sormunen, Maija Toropainen

Terveysturvallisuusosasto, THL.

Suositusta koskevat kommentit pyydämme lähettämään sähköpostitse osoitteeseen tartuntatautilaakari@thl.fi

Työryhmä kiittää seuraavia henkilöitä suositusluonnokseen saamistaan kommentteista:

Markku Broas, Lapin sairaanhoitopiiri
Tuula Hannila-Handelberg, Puolustusvoimat
Irja Kolehmainen, Siun sote
Hannele Kotilainen, Helsingin kaupunki
Harri Marttila, TYKS
Tea Nieminen, HUS
Marko Rahkonen, Soite
Eeva Ruotsalainen, HUS
Terhi Tapiainen, OYS
Raija Uusitalo-Seppälä, SataDiag
Kirsi Valtonen, Vantaan kaupunki
Risto Vuento, Fimlab