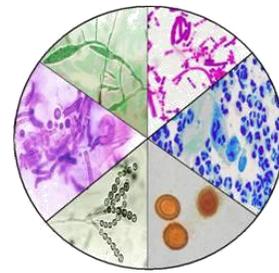


MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) - Teil 1



Mölbis, 15. Juli 2010

Staphylococcus (S.) aureus	Penicillin empfindlich	selten
S. aureus	Penicillinasebildung, Resistenz gegen penicillinaseinstabile β -Lactamantibiotika	häufig
MRSA	Verändertes Penicillin-bindendes Protein, Resistenz gegen alle β -Lactam-Antibiotika	Regional unterschiedlich häufig (Krankenhäuser bis 20 %)
cMRSA (community MRSA) ambulant erworben	leichte Übertragung, erhöhte Virulenz (Produktion von Panton-Valentine-Leukozidin...PVL), verursacht nekrotisierende Pneumonien, nekrotisierende Haut- und Weichteilinfektionen, Osteomyelitis	USA häufig, zunehmendes Problem in Deutschland

Therapieoptionen von MRSA-Infektionen (nicht Besiedlung!) entsprechend Antibiotogramm

- Vancomycin/Teicoplanin
- Cotrimoxazol (leichte bis mittelschwere Infektionen)
- Linezolid
- Daptomycin (nicht bei Pneumonie)
- Tigecyclin Haut-/Weichteil- und abdominelle Infektionen
- Quinopristin/Dalfopristin (Sepsis/Endokarditis)

Eradikationstherapie für 3-5 Tage

- **Indikation:** MRSA-Nachweis ohne Infektionszeichen (bei Risikopatienten, u. a. mit chronischen Wunden, immunsupprimierte Patienten, Diabetiker, etc.)
- in Kombination mit systemischer Therapie bei MRSA-Infektion
- Screening auf MRSA:** Rachen/ Nase, Stirn-Haar-Grenze, Achseln, Perineum, äußerer Gehörgang



MRSA auf BD Chromagar

Übertragungswege

- **endogen oder autogen:** von eigener Schleimhaut (Nasenvorhof, Rachen) und Haut (Perineum, Axilla, Leisten)
- **exogen:** von anderen Patienten, unzureichende Hygiene (ärztl. und Pflegepersonal), epidemische Verbreitung im Krankenhaus!
- **exogen:** aus der unbelebten Umwelt

Begünstigende Faktoren

- Selektionsvorteil für MRSA nach Verwendung von Antibiotika
- Fehlerhafte oder inkonsequente Hygiene
- intensivmedizinischen Maßnahmen und längerer Krankenhausaufenthalt
- Implantate und Fremdmaterial (Katheter)

Literatur
 Borgmann S, Stark M, Kaiser P, Witte W. MRSA in Praxis, Pflegeheim und häuslichem Umfeld, Bayerisches Ärzteblatt 3/2008, 176-181
 Liese J, Bierbaum G, Ganster B, Sahl HG, Witte W. Staphylokokken-Infektionen. DGPI-Handbuch. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. Thieme-Verlag, 5. Auflage 2009, 472-478
 Federspil P et al. Kampf den resistenten Kokken, HNO 2009, 57: 395
 Therapie von Infektionen durch Methicillin-resistente Staphylokokken (MRSA), Zeitschrift für Chemotherapie Mai/Juni 2009, 21-24

- Austausch aller Körperpflege-Utensilien (Cremes, Deos, Nasentropfen, Zahnbürste), danach streng personenbezogen verwenden (Flüssigseife aus Spender)
- 5 Tage 3 x tägl. Mupirocin-Nasensalbe in Nasenvorhöfe sowie Mundspülung (z.B. Octenidol oder 0,1 % Chlorhexidin)
- täglich Ganzkörperwaschung incl. Haare mit antiseptischer Waschlotion, z.B. Octenisan R
- Flächendesinfektion Dusche/Badewanne, z.B. Meliseptol rapid R (auch für Käämme, Bürsten, alkoholische Lösung vom Optiker: Brillen, Schmuck)
- tägliches Wechseln und Waschen (60°C) von Bad-Utensilien, Bettwäsche und Kleidung
- Haustiere! Mikrobiologische Untersuchung!
- Erfolgsquote 30-98 %, bei 50 % sistiert MRSA-Besiedlung auch spontan innerhalb 3 Jahren
- erschwerte Eradikation bei Ulzerationen, Haut-/Weichteilinfektionen, Katheter, atopischem Ekzem, chron. Sinusitis & Otitis media, Wunden
- Kostenübernahme? Vorher klären!?
- **Informationsweitergabe bei Überweisung oder Krankenseinweisung!**
- Kontrollen frühestens 3 d nach Sanierung, 3 Kontrollen an verschiedenen Tagen
- **neu: Meldepflicht für MRSA-Nachweis nur aus Blut und Liquor**

Unser Angebot zur Diagnostik

- MRSA-Nachweis aus klinischen Materialien, MRSA-Screening mikrobiologische Beratung