

Anamnese, Diagnostik und Therapie bei Nachweis von PVL-bildenden Staphylokokkus aureus (Stand 27.07.2017):

| |
|---|
| Klinische Warnzeichen: |
| Wiederkehrende Hautabszesse |
| Auftreten von Hautabszessen im engen Umfeld |
| Beginn nach Reiserückkehr (v.a. Asien, Afrika, Amerika) |
| Kontaktsportarten |

| |
|--|
| Gezielte Anamnese der Hautabszesse: |
| Seit wann? |
| Wie viele? |
| Welche Lokalisationen? |
| Wie oft mit Antibiotika behandelt? |
| Wie oft chirurgisch versorgt? |
| Wie oft stationär behandelt? |
| Weitere Betroffene im Umfeld? |
| Haustiere? |
| Kontaktsportarten? |

| |
|--|
| Diagnostik: |
| Kombinierter Nasen-Rachenabstrich mit angefeuchtetem Abstrichtupfer (kreisende Bewegung in beiden Nasenvorhöfen) mit der Frage PVL-bildender <i>S. aureus</i> , Charité intern zur Diagnostik in das Institut für Hygiene der Charité, ansonsten in jedes mikrobiologische Labor |
| Gezielter Abstrich aus Wundmaterial mit der Fragestellung nach PVL-bildendem <i>S. aureus</i> +E/R, Charité intern zur Diagnostik in das Institut für Hygiene der Charité, ansonsten in jedes mikrobiologische Labor |
| Bei allen symptomatisch betroffenen Kontakten: Nasen-Rachenabstriche mit Fragestellung nach PVL-bildendem <i>S. aureus</i> , Charité intern zur Diagnostik in das Institut für Hygiene der Charité, ansonsten in jedes mikrobiologische Labor |
| Bei engen Kontaktpersonen sollten angestrebt werden: Nasen-Rachenabstriche mit Fragestellung nach PVL-bildendem <i>S. aureus</i> , Charité intern zur Diagnostik in das Institut für Hygiene der Charité, ansonsten in jedes mikrobiologische Labor |

Therapie/Sanierung:

| |
|---|
| Eine Sanierung ist bei folgenden Personen indiziert: |
| Symptomatisch mit PVL-Nachweis |
| Asymptomatisch mit PVL-Nachweis |
| Symptomatisch ohne PVL-Nachweis, wenn im Umfeld PVL nachgewiesen wurde |
| Asymptomatisch ohne PVL-Nachweis, wenn ≥ 2 Personen im Haushalt betroffen sind (spätestens nach einer frustrierten Sanierung ohne gemeinsame Behandlung) |

| | | |
|---|-----------------|---|
| Überarbeitet von | Überarbeitet am | Freigegeben von |
| Hanitsch, Krüger, Leistner, Niebank, Pokrywka | 27.07.2017 | Hanitsch, Krüger, Leistner, Niebank, Pokrywka |

Bei asymptomatisch PVL-besiedelten Personen ohne symptomatisch betroffene Personen im Umfeld sollten maximal 5 Sanierungsversuche unternommen werden. Betroffene sollten sich bei eigenen klinischen Beschwerden oder klinischen Beschwerden im Umfeld beim behandelnden Arzt melden.

Die 5-tägige topische Sanierung ist unverzichtbarer Kern der Behandlung (Dekolonisationsprotokoll zum Download auf www.pvl-abszess.de). CAVE: Verzicht der Mundspüllösung bei Kindern, welche diese noch nicht eigenständig durchführen können. Bei Säuglingen 1:1 Verdünnung der antiseptischen Waschlösung z.B. Octenisan® mit Wasser.

Mit Ausnahme der Antibiotika-haltigen Präparate werden die Sanierungskosten derzeit leider nicht von den Krankenkassen übernommen. Eine Erstattung der Kosten kann bei der Krankenkasse beantragt werden.

Systemische Therapie mit Antibiotika

Eine zusätzliche systemische **Antibiotikatherapie kann in folgenden Fällen erwogen werden**: Abszess im Gesicht, an den Händen, im Genitalbereich, große Abszesse (> 5 cm Diameter) oder andere Situationen gemäß klinischer Einschätzung des behandelnden Arztes (z.B. Komorbiditäten, Alter, Anzahl der Abszesse). **Im Kindesalter muss über eine antibiotische Therapie individuell entschieden werden.**

| |
|---|
| Antibiotische Therapie (Erwachsene Patienten) |
| Die antibiotische Therapie sollte idealerweise gemäß Resistogramm erfolgen. Das Resistogramm des Indexpatienten kann zunächst für alle betroffenen Kontaktpatienten angewendet werden. |
| Bei fehlendem Resistogramm sollte eine kalkulierte Monotherapie mit folgenden Substanzen über 5 Tage erfolgen (unter Berücksichtigung des Alters, Komorbiditäten sowie Arzneimittelallergien und –interaktionen etc.): |
| Cotrimoxazol (TPM/SMX) 960mg 1-0-1 oder Clindamycin 600mg 1-1-1 oder Doxycyclin 200mg 1-0-0 |
| Folgende Therapien werden nicht empfohlen : Cefuroxim p.o., Monotherapie mit Rifampicin |
| Eine kombinierte duale Antibiotikagabe von Rifampicin und einem weiteren sensibel getesteten Medikament sollte die Ausnahme sein (z.B. schwere Infektion bei MRSA+ PVL+ Erreger). |
| Eine antibiotische Therapie von 5 Tagen Dauer wird i.d.R. als ausreichend betrachtet, in Einzelfällen können längere Therapien erforderlich sein. |

| |
|--|
| Verlaufskontrolle: |
| MSSA PVL+: Es wird empfohlen, frühestens 48h nach Abschluss der Sanierung einen Nasen-Rachenabstrich einmalig als Kontrolluntersuchung durchzuführen. |
| MRSA PVL+: Es wird empfohlen, frühestens 48h nach Abschluss der Sanierung einen Nasen-Rachenabstrich als Kontrolluntersuchung durchzuführen. Es sollten drei negative Kontrollabstriche dokumentiert werden (zeitlicher Abstand zwischen den Abstrichen mind. 24h) |
| Weitere Kontrollen bzw. Diagnostik nur nach klinischer Symptomatik |

| |
|---|
| Unterbringung im Krankenhaus: |
| Patienten mit Nachweis von PVL+ <i>S. aureus</i> , welche in stationärer Behandlung sind, sollten in Kontaktisolation untergebracht werden (Einzelzimmer, Kittel- und Mundschutzpflege). Kohortenisolation ist möglich (zwei Patienten mit PVL+ <i>S. aureus</i>). |

| | | |
|---|-----------------|---|
| Überarbeitet von | Überarbeitet am | Freigegeben von |
| Hanitsch, Krüger, Leistner, Niebank, Pokrywka | 27.07.2017 | Hanitsch, Krüger, Leistner, Niebank, Pokrywka |