

Anamnese, Diagnostik und Therapie bei Nachweis von PVL-bildenden *Staphylococcus aureus* (Stand 14.11.2019):

Klinische und anamnestische Hinweise:
Wiederkehrende Hautabszesse
Auftreten von Hautabszessen im engen Umfeld
Aggressiver klinischer Verlauf
Beginn nach Reiserückkehr (v.a. Asien, Afrika, Amerika)
Kontaktsportarten

Gezielte Anamnese zu Hautabszessen:
Seit wann?
Wie viele?
Welche Lokalisationen?
Wie oft mit Antibiotika behandelt?
Wie oft chirurgisch versorgt?
Wie oft stationär behandelt?
Weitere Betroffene im Umfeld?
Haustiere?

Diagnostik:
Kombinierter Rachen-Nasenabstrich mit einem angefeuchteten Abstrichtupfer (beidseitiger Rachenabstrich, im Anschluss Abstrich beider Nasenvorhöfe mittels kreisender Bewegungen) mit der Frage nach 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 Frage nach PVL-bildendem <i>S. aureus</i> +Erreger und Resistenz, Charité intern zur Diagnostik in das Institut für Hygiene der Charité, ansonsten in jedes mikrobiologische Labor
Bei allen symptomatisch betroffenen Kontakten: Rachen-Nasen-Abstriche mit der Frage 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: Rachen-Nasen-Abstriche mit der Frage 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 empfohlen:
Symptomatisch mit PVL-Nachweis
Symptomatisch ohne PVL-Nachweis, wenn im Umfeld PVL nachgewiesen wurde
Bei allen Personen die mit einer symptomatischen Person mit PVL-Nachweis in einem Haushalt leben

Überarbeitet von	Überarbeitet am	Freigegeben von
Krüger, Leistner, Lindner, Niebank, Stegemann	14.11.2019	Leistner, Stegemann

Bei asymptomatisch PVL-besiedelten Personen ohne symptomatisch betroffene Personen im Umfeld können ebenfalls 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 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/Hals, 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.**

Antibiotikatherapie (Erwachsene Patienten)
Die Antibiotikatherapie sollte in der Regel gemäß Resistogramm erfolgen. Das Resistogramm des Indexpatienten kann zunächst für alle betroffenen Kontaktpatienten angewendet werden.
Bei fehlendem Resistogramm kann eine kalkulierte Monotherapie mit folgenden Substanzen über 5 Tage erfolgen (unter Berücksichtigung des Alters, Komorbiditäten sowie Arzneimittelallergien und –interaktionen sowie Nebenwirkungspotential der Substanzen etc.):
Cotrimoxazol (TMP/SMX) 960mg 1-0-1 oder Doxycyclin 200mg 1-0-0 oder Clindamycin 600mg 1-1-1
Folgende Therapien werden <u>nicht</u> empfohlen: Cefuroxim p.o., Monotherapie mit Rifampicin, Flucloxacillin p.o.
Eine Kombinationstherapie mit Rifampicin und einem weiteren sensibel getesteten Antibiotikum wird prinzipiell nicht empfohlen und ist nur in Einzelfällen indiziert (z.B. schwere Infektion oder hoher Leidensdruck bei wiederholter, frustraner Dekolonisation).
Eine antibiotische Therapie von 5 Tagen Dauer wird i.d.R. als ausreichend betrachtet, in Einzelfällen können längere Therapien erforderlich sein.

Verlaufskontrolle:
MSSA/MRSA PVL+: Es kann eine Verlaufskontrolle durchgeführt werden. Empfohlen ist sie 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:
Bei Patienten in stationärer Behandlung mit Nachweis von PVL+ <i>S. aureus</i> , welche in stationärer Behandlung sind, sind Isolierungsmaßnahmen erforderlich (Einzelunterbringung, Kittel- und Mundschutzpflege). Nach individueller Prüfung ist Kohortenisolation im Einzelfall möglich (zwei Patienten mit PVL+ <i>S. aureus</i>).

Überarbeitet von	Überarbeitet am	Freigegeben von
Krüger, Leistner, Lindner, Niebank, Stegemann	14.11.2019	Leistner, Stegemann