

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 (TMP/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