

## Es wird eng bei den Therapieoptionen

# MRSA auch ambulant ein Problem

**Multiresistente Erreger schränken die Therapieoptionen ein, verursachen höhere Komplikationsraten und verlängern die Liegezeit im Krankenhaus. In der hausärztlichen Praxis sollten Sie vor allem MRSA sehr ernst nehmen.**

— Im Krankenhaus macht MRSA (methicillinresistenter *Staphylococcus aureus*) zwischen 10 und 20% aller *S. aureus*-Isolate aus. Im hausärztlichen Bereich liegt der Wert sicher niedriger, berichtete Prof. Dr. med. Andreas Essig, Ulm. Dennoch besitzt MRSA auch hier als multiresistenter Erreger überraschende epidemiologische Relevanz.

Staphylokokken verursachen den Großteil an bakteriellen Infektionen, und *S. aureus* ist der wichtigste humanpathogene Erreger. Die Palette der Probleme reicht von lokal-eitrigen Infektionen wie Furunkeln, Wundinfekten und Abszessen über invasive Infektionen (Sepsis, Pneumonie, Osteomyelitis, Endokarditis) bis hin zur toxinvermittelten Lebensmittlekrankung oder dem toxischen Schocksyndrom.

Wesentlich harmloser als der koagulasepositive *S. aureus* sind die verschiedenen apathogenen und koagulasenegativen Varianten. 80% aller koagulasenegativen Staphylokokken sind zwar auch methicillinresistent. Im Gegensatz zu *S. aureus* mit Methicillinresistenz besitzen sie aber klinisch keine Relevanz, unterstrich Essig. „Der Nach-

weis der Resistenz alleine ist noch nicht besorgniserregend“, so Essig. Gefährlich wird es erst, wenn Resistenz und Virulenz zusammentreffen.

### Oft Mehrfachresistenzen

Die Methicillinresistenz beinhaltet eine Resistenz gegen sämtliche Betalaktam-Antibiotika wie Penicilline, Cephalosporine und Carbapeneme. Hinzu kommen häufig weitere multiple Resistenzen der MRSA: Über 90% gegen Chinolone (z. B. Ciprofloxacin, Moxifloxacin), über 70% gegen Makrolide und 25% gegen Aminoglykoside. Klassischerweise sensibel bleibt MRSA gegenüber den Glykopeptid-Antibiotika Vancomycin und Teicoplanin oder den besser verträglichen Alternativen Linezolid, Tigecyclin und Daptomycin.

### Vorsicht bei Befund „nicht chinolonresistenter MRSA“

Da MRSA zu über 90% gegen Chinolone resistent ist, sollten Sie misstrauisch werden, wenn Ihnen das Labor einen Befund liefert mit der Bezeichnung „chinolonsensibler MRSA“. Dann, so

Essig, gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder das Antibiogramm ist falsch, oder Sie haben es mit cMRSA (community acquired MRSA) zu tun. Auch cMRSA sind resistent gegen praktisch alle Betalaktam-Antibiotika, aber eben oft nicht gegen Chinolone. Infektionen mit cMRSA lassen sich zwar leichter behandeln, die Stämme verhalten sich aber noch virulenter, weil sie Leukozyten abtöten können und mit schweren Weichteilinfektionen und Pneumonien einhergehen.

### Nachweis von MRSA

Wegen der Häufigkeit von MRSA ist eine rasche Diagnostik dringend geboten. Essig nannte hierfür zwei Strategien. Dekubitalulzera sind häufig mit multiresistenten Erregern besiedelt. In so einem Fall sollte ein kultureller Nachweis aus dem infizierten Areal den Verdacht auf MRSA bestätigen oder widerlegen. Ein Verfahren, das z. B. in Krankenhäusern bei der Aufnahme oder bei Kontaktpersonen von MRSA-Infizierten durchgeführt wird, ist das MRSA-Screening. Dabei geht es darum, auch asymptomatische MRSA-Träger zu detektieren. Da sich MRSA in 80 bis 90% der Fälle beim besiedelten Menschen in den Nasenvorhöfen aufhält, entnimmt man einen Nasenabstrich.

### MRSE ist ein Normalbefund

Beim MRSA-Nachweis geht es nicht nur um die Methicillinresistenz, sondern vor allem darum, *S. aureus* sicher und eindeutig zu identifizieren. Lautet der Laborbefund MRSE (methicillinresistenter *S. epidermidis*), dann ist dies ohne klinische Bedeutung. „Warum Labore oft die Diagnose MRSE rausgeben, ist mir unverständlich. Die Diagnose ist klinisch nicht relevant, sondern verunsichert nur“, wunderte sich Essig.

MARTIN BISCHOFF ■

■ Medizin 2010, Stuttgart, 29.–31.1.2010, Veranstalter: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg

Tabelle 1

### Fallstricke der MRSA-Diagnostik

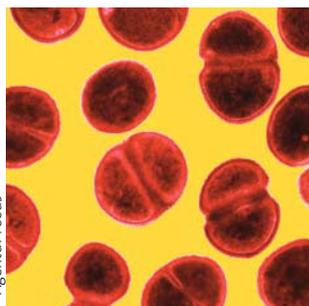
#### Falsch positive Ergebnisse

- Probenkontamination (Labor/Einsender)

#### Falsch negative Ergebnisse

- Falsche Abstrichtechnik (zu oberflächlich oder vorsichtig, Nasenvorhöfe nur leicht abgetupft)
- Ungeeignetes Untersuchungsmaterial (in 10–20% keine Besiedelung der Nase)
- Kontrollabstriche unter Antibiotika
- PCR-Inhibitoren (z. B. EDTA)

© Southampton General Hospital/SPLU Agentur Focus



MRSA sind gegen alle Betalaktamantibiotika resistent.