

MRSA macht sich besonders unter Diabetikern breit

Chronische Wunden: Eldorado für Problemkeime

MRSA ist in den letzten Jahren zu einem wichtigen Thema nicht nur in Kliniken, sondern auch in Praxen geworden. Besonders diabetologisch tätige Kollegen werden immer häufiger mit diesen Problemkeimen konfrontiert, denn chronische Wunden, z. B. im Rahmen des diabetischen Fußsyndroms, sind geradezu prädestiniert für eine MRSA-Infektion.

— Die Zahl der MRSA-Infektionen liegt in Deutschland bei ca. 180 000 pro Jahr und 3000 davon enden tödlich. Jede vierte nosokomiale Infektion wird hierzulande durch MRSA verursacht. „Damit liegt Deutschland im europäischen Mittelfeld“, sagte Dr. Hans-Jörg Höning, niedergelassener Chirurg in Hamm. Während in südeuropäischen Ländern das MRSA-Problem noch sehr viel größer sei, verursachen beispielsweise in den Niederlanden MRSA nur 0,1% der Krankenhausinfektionen. Entscheidend dafür ist die Tatsache, dass in den Niederlanden jeder Bürger auf MRSA gescreent wird und Antibiotika sehr viel restriktiver verordnet werden: „Die Niederländer kommen mit 10% weniger Antibiotikaverordnungen aus als wir, ohne dass vermehrt schwere bakterielle Infektionen auftreten“, so Höning. Er plädierte dafür, auch in Deutschland ein generelles konsequentes Screening einzuführen.

Konsequentes Hygienemanagement

Beim Umgang mit Patienten, bei denen eine MRSA-Kolonisation vermutet oder nachgewiesen ist, ist ein konsequentes Hygienemanagement unabdingbar. Dazu gehört das Screening bei Risikopatienten ebenso wie die Isolierung besiedelter Patienten. Sehr wichtig ist die Händedesinfektion, die Benutzung von Handschuhen, Mundschutz und Schutzkittel. „Dies sind die offiziellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nur für die Krankenhäuser, sondern für alle medizinischen Einrichtungen, also auch für die Praxen gelten“, sagte Dr. Caroline Herr, München.

Das Screening auf MRSA erfordert Abstriche aus der Nase und dem Rachenraum, evtl. zusätzlich aus der Leiste und dem Analbereich. Bei offenen Wunden wie beispielsweise beim diabetischen Fuß müssen auch dort Abstriche entnommen werden.

Schwierige Wundsanierung

Wird der Keim in der Nase oder im Rachen nachgewiesen, muss der Patient isoliert werden. Für die Sanierung der Nase empfiehlt sich Mupirocin. Bei Rachenbefall sollte keine Mundspülung er-



Diabetischer Fuß: Hier fühlen sich multiresistente Problemkeime besonders wohl.

folgen, sondern immer eine systemische antibiotische Therapie mit Cotrimoxazol und Rifampicin eingeleitet werden. Ein ausschließlich dermaler MRSA-Befall ist sehr selten. Er erfordert eine antiseptische Körperwaschung, eine Isolierung solcher Patienten ist nicht erforderlich. Bei Befall des Anus bzw. des Rektums ist eine antibiotische Therapie mit Vancomycin oral indiziert, jedoch keine Isolierung. „Ein besonders schwie-

riges Problem ist die Sanierung von Wunden“, so Höning. Sie benötigt eine gewisse Zeit. Auch sind systemische Antibiotika nicht die Mittel der ersten Wahl. Primär empfiehlt sich eine lokale Therapie mit topischen Anwendungen mit einem silberhaltigen Präparat, Maden, Manuka-Honig-Produkten und Wundauflagen mit Polihexanid.

Welche Antibiotika?

„Bei MRSA handelt es sich um zunächst nicht sehr virulente, aber durchaus intelligente Keime, die unter dem Druck der antibiotischen Therapie Multiresistenzen entwickelt haben“, so Höning. Deshalb sei es notwendig, die antibiotische Therapie so zu gestalten, dass diese Bakterien keinerlei Chance hätten, neue Resistenzen zu entwickeln. Aus

diesem Grund ist immer eine antibiotische Kombinationstherapie indiziert. Standardtherapie ist die Kombination aus Cotrimoxazol und Rifampicin. Als Alternativen können Vancomycin, Fosfomycin oder Linezolid eingesetzt werden.

STI ■

■ Quelle: Kongress „Diabetologie grenzenlos“, 11.2.2011 in München