

MRSA: Maßnahmen zur Dekolonisation

Eine MRSA-Besiedelung eines gesunden Kindes ist häufig ein Zufallsbefund. „Doch auch bei rezidivierenden Haut- und Weichteilinfektionen sollte an MRSA gedacht werden“, empfahl Dr. Till Dresbach, Arbeitsgruppe Pädiatrische Infektiologie, Universitätsklinikum Bonn. Selten können MRSA eine Bakteriämie oder Osteomyelitis hervorrufen.

Über die Konsequenzen einer MRSA-Besiedelung im Alltag, beispielsweise in der Familie oder in Kindertageseinrichtungen, sowie in der Kinderarztpraxis besteht oft Unsicherheit. Deshalb haben die Arbeitsgruppe MRSA der DGPI und das Paed IC Projekt Empfehlungen für den Umgang mit MRSA-Nachweisen bei ansonsten gesunden

Kindern in der ambulanten Betreuung entwickelt [<https://dgpi.de/publikationen/dgpi-stellungnahmen/>]. Die Entscheidung, ob eine Dekolonisation durchgeführt wird, sollte in einer sorgfältigen, den Patienten selbst und sein familiäres Umfeld betreffenden ärztlichen Risikoanalyse getroffen werden. „Keine Dekolonisationsmaßnahme ohne Umgebungsanalyse“, betonte Dresbach.

Nicht jedes besiedelte, aber ansonsten gesunde Kind muss dekolonisiert werden. Liegen Risikofaktoren für eine MRSA-Infektion vor, sollte mindestens ein Sanierungsversuch durchgeführt werden. „Bei chronisch-kranken Patienten sollte stets eine Dekolonisierung angestrebt werden“, rät Dresbach. Häufig wünschen Eltern eine Sanierung, weil sie sich sorgen und eine Stigmatisierung des Kindes fürchten. Die Eltern sollten darüber aufgeklärt werden (siehe Kasten), dass die Maßnahmen sehr aufwändig und nicht immer erfolgreich sind. Das Umfeld muss stets miteinbezogen werden und der Erfolg hängt entscheidend von der Compliance der Eltern ab.

Bei einer Dekolonisation sind folgende Punkte zu beachten:

- Die empfohlenen Medikamente sollten konsequent angewendet werden.
- Zudem sind zweimal täglich Ganzkörperwaschungen – und anschließendes



© Gerhard Seybert / Fotolia

Desinfizieren der Hände – erforderlich.

- Handtücher nach Gebrauch wechseln und wie die Bett- sowie Unterwäsche bei mindestens 60 °C mit einem Vollwaschmittel waschen.
- Für das Zähneputzen Einmalzahnbürsten verwenden.
- Häufig benutzte Gegenstände wie Spielzeug, Türklinken oder Telefone desinfizieren.

Nach der 5- bis 7-tägigen Sanierung und einer Pause von 3 Tagen sollte eine erste Kontrolle erfolgen, empfahl Dresbach. Bei einem vorläufigen Sanierungserfolg sollten nach 3–6 Monaten sowie nach 12 Monaten weitere Kontrollen durchgeführt werden.

Angelika Bauer-Delto

Dresbach T. Kinder mit MRSA in der Ambulanz und in Kinder- und Jugendgemeinschaftseinrichtungen. DGPI-Symposium: Infektiologie in der pädiatrischen Ambulanz

Kompetenznetzwerk MRSA-Kinder.net informiert

Die Beratung und Aufklärung von Eltern, deren Kind von MRSA betroffen ist, kann in der Kinderarztpraxis sehr aufwändig sein. Das Internetportal www.mrsa-kinder.net bietet umfangreiche Informationen für Eltern und behandelnde Ärzte aller Fachrichtungen. Dort sind auch Dekolonisationspläne und Links zu weiterführenden Empfehlungen zu finden.

Drug-Monitoring bei Betalaktam-Antibiotika?

Bei Intensivpatienten mit schwerer Sepsis kommt es bei fast allen Antinfektiva zu Veränderungen der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, die möglicherweise die Wirkstoffkonzentration und damit die Wirksamkeit der Medikamente beeinflussen. So können eine hyperdynamische Kreislaufsituation und eine gestörte Flüssigkeitsbilanz zu niedrigeren, eine hepatische oder renale Dysfunktion dagegen zu einer erhöhten Serumkonzentration führen. Daher sind individuelle Dosierungen, angepasst an Patientenzustand und Krankheitsbild, wichtig, um eine adäquate Therapie zu gewährleisten

[Brinkmann A et al. Med Klin Intensivmed Notfmed 2018;113:82–93]. Ein therapeutisches Drug-Monitoring (TDM) kann dabei wichtige Hinweise und Hilfestellungen liefern.

„Bei der Anwendung von Betalaktam-Antibiotika ist ein TDM relativ neu“, berichtete Dr. Ingo Sagoschen, Zentrum für Kardiologie, Universitätsmedizin Mainz. Hier sei allgemein wichtig, dass die Plasmakonzentration möglichst lange oberhalb der minimalen Hemmkonzentration (MHK) des Erregers liegt. „Heute wird empfohlen, eine vier- bis sechsfache MHK anzustreben, um eine optimale Wirksamkeit bei Minimierung

von Resistenzentwicklung und Toxizität zu erreichen“, sagte Sagoschen. Da das Ziel das Erreichen eines Mindestspiegels ist, stehe die Bestimmung der Talspiegel im Vordergrund. Eine Spiegelbestimmung sollte bei Patienten unter Betalaktam-Therapie 24 Stunden nach Beginn sowie nach Dosisanpassungen oder bei gravierenden Änderungen des Patientenzustandes durchgeführt werden. Insbesondere bei Niereninsuffizienz, Nierenersatztherapie und bei Verdacht auf Toxizität sollten Verlaufsbestimmungen erfolgen.

Angelika Bauer-Delto

Sagoschen I. Drug-Monitoring bei schweren Infektionen in der Pädiatrie (z.B. für Betalaktame, Carbapeneme). DGPI/PAAD-Symposium: Aktuelle Infektiologie