

Dekolonisation von Patienten mit Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA). Konzept am Beispiel des Universitätsspitals Basel

A.F. Widmer, Basel & G.Zanetti, Lausanne

Einleitung

Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* gehören zu den wichtigsten multiresistenten Erregern in Spitälern. Mehrere Studien konnten nachweisen, dass die MRSA Rate zu den Methicillin-sensiblen *Staphylococcus aureus* Fällen einen additiven Effekt auf die Infektionsrate bewirkt ((Boyce, J. M.J.Infect.Dis.1983;148:763;Wyllie, D.H.BMJ.2006;333:281). MRSA Fälle in den Spitälern führen also zu einem gehäuften Auftreten von *Staphylococcus aureus* Infektionen. Einige Studien unterstützen auch die Hypothese, dass MRSA Infektionen zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität als Methicillin-sensible *Staphylococcus aureus* (MSSA) führt. Andere führen die erhöhte Mortalität auf die Schwere der Grunderkrankung zurück, die in der Regel bei MSSA weniger gravierend ist. Die Bekämpfung der Ausbreitung von MRSA hat in letzter Zeit aus folgenden Gründen an Wichtigkeit zugenommen.

1. Der erwähnte additive Effekt von MRSA auf die Infektionsrate bei *Staphylococcus aureus* Infektionen (Wyllie, D. H.BMJ.2006;333:281).
2. Das Auftreten von Vancomycin-resistentem *Staphylococcus aureus*.
3. Ausbreitung von community onset MRSA (Bootsma, M. C.Proc.Natl.Acad.Sci.U.S.A.2006;103:5620;Graham, P. L., IIIAnn.Intern.Med.2006;144:318).

MRSA ist gleichzeitig ein guter Surrogate Marker für die Häufigkeit multiresistenter Erreger in einem Spital oder in einer Region. In der Regel verläuft die Häufigkeit von MRSA parallel zu der Prävalenz anderer multiresistenter Erreger, wie z.B. Vancomycin-resistente Enterokokken, multiresistente *Acinetobacter* spp., gram-negative Erreger mit Breit-spektrumbetalaktamasen (sog. ESBL) (Am.J.Infect. Control2004;32:470). Der Bekämpfung einer Ausbreitung von MRSA wird daher in vielen Ländern, vor allem in Frankreich und England, eine hohe Priorität auf nationaler Ebene zugeordnet. Elemente der Bekämpfung der Ausbreitung sind das Screening von Patienten, Surveillance für MRSA, die Isolation

betroffener Patienten, die Desinfektion von Materialien und Oberflächen im Zimmer der Patienten und, allerdings umstritten, die Dekolonisation betroffener Patienten (Boyce, J. M.Lancet Infect.Dis.2005;5:653). Heute ist klar, dass nur ein Massnahmenpaket die Ausbreitung von MRSA verhindern kann und keine einzelne isolierte Massnahme zum Erfolg führt (Bootsma, M. C.Proc.Natl.Acad.Sci.U.S.A.2006;103 :5620). Die minimal notwendigen Massnahmen in diesem Paket sind jedoch nicht bekannt, und selbst Fachgesellschaften innerhalb eines Landes publizieren unterschiedliche Richtlinien wie kürzlich in den USA (Strausbaugh, L. J.Clin.Infect.Dis.2006; 42:828). Die Dekolonisation von Patienten und noch mehr von Mitarbeitern ist wahrscheinlich die umstrittenste Massnahme bei der Bekämpfung von MRSA. Zwei wichtige Metaanalysen von Loveday (Loveday, H.P.J.Hosp. Infect.2006;63 Suppl 1:S45-70) sowie von Loeb (Loeb, M.Cochrane.Database.Syst.Rev.2003CD003340) in der Cochrane Library haben unabhängig voneinander die Literatur zusammengefasst: Beide Autoren kommen zum Schluss, dass die Literatur keine genügende Basis ergibt, routinemässig Patienten und/oder Personal mit MRSA zu dekolonisieren. Andererseits bleiben kolonisierte Patienten über Jahre positiv, wenn keine Intervention stattfindet (Sanford MD, Clin Infect Dis 1994; 19:1123, Scanvic, A.Clin.Infect.Dis.2001;32:1393). In den meisten MRSA Epidemien ist ein kolonisierter Patient die auslösende Quelle. Auffallend ist auch, dass Länder wie die Niederlande und Skandinavien aber auch einige Spitäler der Schweiz routinemässig diese Dekolonisation anwenden (Blok, HE, Infect Control Hosp Epidemiol.2003; 24:679) und

Weitere Artikel

Dekolonisation von Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus*-Trägern: Unterschiede in der Anwendung innerhalb der Gruppe Swiss-NOSO..... 12