

## Therapie von MRSA Wundinfektionen: wieviel und wie lange?

Autor: Univ. Prof. Dr. Christoph Wenisch  
Abteilung für Infektiologie und Allgemeine Intensivstation  
Medizinische Universitätsklinik Graz, Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz  
Email: [christoph.wenisch@klinikum-graz.at](mailto:christoph.wenisch@klinikum-graz.at)

### Kurzfassung:

Bei Infektionen durch *Staphylokokkus aureus* ist bei Vorliegen einer Methicillin-Resistenz (MRSA) mit einer höheren Mortalität, Morbidität und Kosten zu rechnen als ohne Methicillin-Resistenz (MSSA). Dies wurde nicht bei Patienten mit Bakteriämien, sondern auch rezent (CID2003;36:592) bei Patienten mit Wundinfektionen durch diesen Erreger gezeigt (Mortalitätsrisiko 3x so hoch, 5 Tage längere Hospitalisierungsdauer, höhere Kosten (13.901 \$ pro MRSA Wundinfekt), versus MSSA Wundinfektionen). Zudem ist heute evident, dass auch eine oberflächliche Kolonisation mit MRSA in Wunden therapiebedürftig ist, insbesondere wegen des deutlich höheren Risikos einer Wundinfektion im Vergleich zu anderen Wundabstrichisolaten. Das Management von MRSA Wundinfektionen ist nicht nur für den betroffenen Patienten komplex, sondern auch im Sinne der Ausbreitung dieses Erregers bei nosokomialen Epidemien von hygienischer Relevanz. Die Recherche der medizinischen Literatur betreffend der Dauer der systemischen antimikrobielle Therapie ergibt eine Dauer von 5-28 Tagen (tiefe Wundinfekten 28 Tage, oberflächlichen Infekte (inklusive Kolonisation) 5 Tage). Eine mikrobiologische Kontrolle des Therapieerfolges ist insbesondere auch wegen der hygienischen Bedeutung des Erregers notwendig. Entsprechend den Richtlinien des Robert Koch Institutes (Bundesgesundheitsblatt 1999;42:954), denen die meisten nationalen Empfehlungen nachempfunden wurden, kann die Isolierung erst dann aufgehoben werden, wenn frühestens 3 Tage nach Abschluss der Behandlung an drei aufeinander folgenden Tagen MRSA-negative Abstriche den Sanierungserfolg bestätigen. Bei mikrobiologisch nachgewiesener Empfindlichkeit stehen prinzipiell folgende Substanzen zur Verfügung: Minocyclin po (Tagesdosis 50-200mg), TrimethoprimSulfa po und iv (Tagesdosis 2-3x0.16/0.8g), Fusidinsäure iv und po (Tagesdosis 2-3x500mg), Fosfomycin iv (Tagesdosis 2x8g, 200 mg/kg), Rifampicin po und iv (Tagesdosis 10-20mg/kg), Vancomycin iv (Ziel-Talspiegel  $\geq 20$ mg/L), Teicoplanin iv (Ziel-Talspiegel  $\geq 20$ mg/L), Linezolid po und iv (Tagesdosis 2-3x600mg) und QuinupristinDalfopristin iv (Tagesdosis 3x7.5mg/kg). MRSA sind oft nicht nur Methicillin-resistent sondern weisen auch eine Resistenz gegenüber anderen Antiinfektiva auf. Wegen der raschen Selektion resistenter Mutanten sollen Minocyclin, Fusidinsäure, Fosfomycin, Rifampicin nur im Rahmen von Kombinationstherapien verabreicht werden. Bei der Wahl der Kombinationspartner muss das aktuelle Antibiogramm, Gewebepenetration, Nebenwirkungen und Grunderkrankungen des Patienten berücksichtigt werden. Für einen optimalen Erfolg ist die Therapie von MRSA-Wundinfektionen somit immer individuell anzupassen und interdisziplinär durchzuführen.