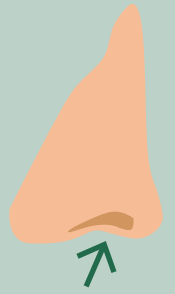


Staphylococcus aureus-Bakteriämie

Vorkommen des Erregers

Das primäre Erregerreservoir des *Staphylococcus aureus* ist der Mensch selbst. 20 - 40 % der Normalbevölkerung sind Träger dieses Erregers. Der *S. aureus* ist ein Keim der transienten Hautflora und hat somit ein vergleichsweise häufiges Vorkommen auf der gesunden Haut. Am ehesten gelingt der Nachweis in den Nasenvorhöfen. Die Übertragung erfolgt als Schmierinfektion von Mensch zu Mensch.



Diagnose

Die *S. aureus*-Bakteriämie kommt im klinischen Alltag regelmäßig vor und ist rechtzeitig erkannt meist gut behandelbar. Um das sicher zu stellen sollte man allerdings die Standards in der Diagnostik und Therapie kennen. Wir unterscheiden zwischen komplizierten und unkomplizierten *S. aureus*-Bakteriämien. Dieser Unterschied ist relevant für die Dauer der Behandlung. Patient:innen können, je nach Fokus, zahlreiche Symptome zeigen - bis hin zur schweren Sepsis.

Eine unkomplizierte *S. aureus*-Bakteriämie bedeutet

- Keine Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) darf vorliegen
- Keine Knochen/Gelenkbeteiligung
- Eine vollständige Fokussanierung ist möglich (keine implantierten Fremdkörper)
- Folgeblutkulturen nach 2 - 4 Tagen negativ
→ somit eine Bakteriämie von ≤ 5 Tage

Eine komplizierte *S. aureus*-Bakteriämie bedeutet

- Nicht sanierbare Fremdkörper
- Protheseninfektion, Knochen- und Gelenkbeteiligung
- Endokarditis

Therapiemanagement

Das Therapiemanagement hängt von der Einteilung in unkomplizierte und komplizierte *S. aureus*-Bakteriämie ab.

Unkomplizierte

- Nicht-tiefsitzender primärer Fokus z. B. Katheter-assoziierte *S. aureus*
- Bakteriämie (ursächlicher Katheter wurde frühzeitig entfernt) o. Haut-Weichteilinfektion als Fokus
- Kein Anhalt für tiefsitzende metastatische Absiedlungen
- Negative Kontroll-Blutkultur nach 48 - 72 h
- Ausschluss einer Endokarditis möglichst durch transösophageales Echo (TEE)
- Entfieberung innerhalb 48 - 72 h nach Therapieeinleitung

2 Wochen

Die Relevanz von anderem implantierten Fremdmaterial (z. B. TEP, Schraubfenster/Fixateur der WS) kann nach Studienlage noch nicht eindeutig beurteilt werden. Die klinische Einschätzung muss im Einzelfall erfolgen.

Komplizierte

- Ambulant erworbene *S. aureus*-Bakteriämie (unklare Bakteriämiedauer)
- i. v. Drogenabusus
- Risikofaktor für Endokarditis (z. B. intrakardiales Fremdmaterial, vorausgegangene Endokarditis, kardiale Anomalien)
- Dialyseabhängigkeit

4 - 6 Wochen*
(ab 1 neg. Blutkultur)

Behandlungsoptionen

Halten Sie beim Vorliegen einer *S. aureus*-Bakteriämie immer Rücksprache mit dem ABS-Team oder einem/einer Infektiolog:in, insbesondere bei einem geplanten Wechsel des Antibiotikums.

MSSA-Bakteriämie

Flucloxacillin 12 g i. v. Tagesdosis, optimal in 6 Dosen

Bei Penicillinallergie/Leber-/Niereninsuffizienz/Hypalbuminämie (< 25 g/l):

- Cefazolin 3 x 2 g i. v. Tagesdosis, ODER
- Vancomycin 2 x 15 mg/kg KG/d i. v. (Ziel-Talspiegel 15 - 20 µg/ml)

Bei Endokarditis:

- Therapie muss 4 - 6 Wochen i. v. erfolgen
- Bei Klappenprothese Hinzunahme von Rifampicin oder Daptomycin mit Fosfomycin

MRSA-Bakteriämie

- Vancomycin 2 x 15 mg /kg KG/d i. v. (Ziel-Talspiegel 15 - 20 µg/ml)
- Alternativ: Daptomycin 1 x 8 - 10 mg/kg KG/d i. v. (nicht bei Pneumonie!)

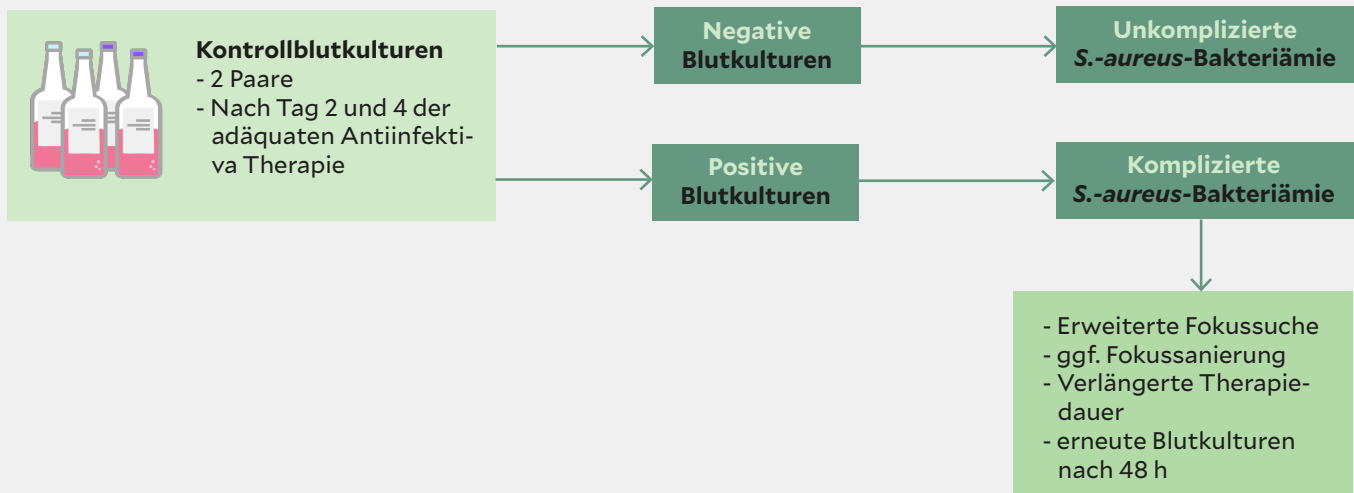
Bei Endokarditis:

- Therapie muss 6 Wochen i. v. erfolgen

Streuherde beachten

Durch die hämatogene Streuung (Verteilung von *S. aureus* über die Blutstrombahn) kann es zu Absiedelungen und Abszessen kommen. Aus diesem Grund muss eine Endokarditis-Diagnostik mittels TEE erfolgen.

Kontrollblutkulturen



CAVE!

Kontroll-Blutkulturen sind für die Einschätzung der Infektion (unkompliziert/kompliziert) und für die Festlegung der Therapiedauer essentiell!

