H. Linde
N. Lehn**Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA) –
Der konkrete Fall*****Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) –
case report****Befund und Anamnese**

Ein 66-jähriger Patient in reduziertem Allgemeinzustand stellte sich mit einer Temperatur von 38,2°C in der Notaufnahme vor. Seit 2 Tagen bestand Fieber bis 40°C, am Aufnahmetag auch mit Schüttelfrost. Der Urin war seit einer Woche „dunkel“. Klinisch wurde der V. a. Cholangitis bei bekanntem progredientem hepatozellulärem Karzinom und V. a. Stentverschluss geäußert. Der Nachweis einer Raumforderung im linken Leberlappen war erstmals vor 14 Monaten erfolgt. Es folgten eine Reihe von ambulanten und stationären Maßnahmen. Unter anderem wurde vor 8 Monaten ein Stent eingelegt. Als infektiöse Komplikation war vor 6 Monaten eine Cholangitis aufgetreten. Zusätzlich waren eine Leberzirrhose nutritiv-toxischer Genese (Child-Stadium A), eine arterielle Hypertonie, eine Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention, ein kombiniertes Aortenklappenvitium II–III sowie eine kompensierte Herzinsuffizienz bekannt. Als antimikrobiell wirksame Therapie nahm der Patient bis zuletzt Ciprofloxacin 500 mg/Tag.

Diagnostische Maßnahmen

Im Labor vom Aufnahmetag waren die Leukozyten mit 20/nl und das CRP mit 91 mg/l erhöht. Der Kreatinin-Wert betrug 2,7 mg/l. In der Blutkultur erfolgte der Nachweis von MRSA und Enterokokken, im Urikult der Nachweis von MRSA. In der ERCP zeigte sich eine okkludierte Endoprothese bei verschlossenem linkem Gallengangssystem und dilatiertem Gallengang rechts.

In der Abdomensonographie konnte Aszites und Cholestase nachgewiesen werden sowie eine Gallenblase ohne Entzündungszeichen, kein Harnstau, und kein Hinweis auf eine Nierenbeckenentzündung.

Therapie und Verlauf

Zur Verbesserung des Galleabflusses wurde erneut ein Stent eingelegt. Nach der Gabe von Vancomycin waren die Entzündungsparameter rückläufig. Die Dosierung von Vancomycin wurde an die Nierenfunktion angepasst und bestand aus 1 g 2×pro Woche unter Kontrolle der Talspiegel (angestrebt <10 mg/l) für 3 Wochen. Zusätzlich erfolgte die Anwendung von Mupirocin-Nasensalbe über 5 Tage sowie eine Kontaktisolierung mit Einzelzimmer. Bei Entlassung nach Hause war der Nachweis von MRSA im Nasenvorhof negativ, weitere Kontrollen wurden nicht durchgeführt.

Fazit

Bei Patienten mit Vorgeschichte eines Krankenhausaufenthalts ist mit Trägerstatus oder Infektion mit MRSA zu rechnen.

Institut
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universität Regensburg

Korrespondenz

Priv.-Doz. Dr. med. Hans-Jörg Linde, Prof. Dr. med. Norbert Lehn · Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene
Universität Regensburg · Franz-Josef-Strauss-Allee 11 · 93043 Regensburg · Tel.: 0941/9446414
· Fax: 0941/9446402 · E-Mail: Hans-Joerg.Linde@klinik.uni-regensburg.de

eingereicht: 29.11.2004 · akzeptiert: 18.2.2005

Bibliografie

DOI: 10.1055/s-2005-865065

Dtsch Med Wochenschr 2005; 130: 581 · © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0012-0472