

Ref.: PT-1638

Version: 4

Prozess: 3.4.1.2.4 Agents pathogènes

FRANÇAIS

Der Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) wird über direkten oder indirekten Kontakt, insbesondere über die Hände des Pflegepersonals, übertragen. Die Quelle bilden vor allem Patienten, die Träger von MRSA sind, obwohl auch kontaminierte Oberflächen von Gegenständen sowie Medizinprodukte als Reservoir dienen können. Bei Patienten mit einer Besiedelung der Atemwege können die Atemwegsinfektionen das Risiko einer Übertragung durch Tröpfchen erhöhen.

Definition MRSA-FALL	Durch MRSA kolonisierter oder infizierter Patient, bei dem MRSA durch eine positive mikrobiologische Entnahme dokumentiert ist
Versorgung des hospitalisierten Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Zusatzmassnahmen Kontakt • Zusatzmassnahmen Tröpfchen, falls: <ul style="list-style-type: none"> - positive Entnahme aus Atemwegen - oder Atemwegssymptome • Umgebungsuntersuchung (durch Spitalhygiene), falls Nachweis während einer Hospitalisation
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Durch das Team der Pflegeabteilung: Ausfüllen des Isolations-Formulars in Phoenix • Durch die Abteilung Infektionskrankheiten: <ul style="list-style-type: none"> - Aktivierung der epidemiologischen Warnung in Phoenix - Erstellen des Dossiers Sisyph
Bei einer Rehospitalisation: Hospitalisation, Sprechstunde, ambulante Behandlung, SMZ	<p>Fehlende Dokumentation von 2 negativen Tests in einem Abstand von 3 Monaten: MRSA aktiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusatzmassnahmen Kontakt (+ Tröpfchen, falls Atemwegssymptome) • Test (bei fehlender aktiver Antibiotikatherapie gegen MRSA): <ul style="list-style-type: none"> - Pooling (Abstrich 2-mal Nase, Rachen, 2-mal Inguinalfalte) - klinische Entnahmen (Urin bei Blasenkatheter, Wunden, Sputum bei Atemwegssymptomen) <p>Dokumentation von mindestens 2 negativen Tests in einem Abstand von mindestens 3 Monaten: MRSA inaktiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardmassnahmen • Test (bei fehlender aktiver Antibiotikatherapie gegen MRSA): <ul style="list-style-type: none"> - Pooling (Abstrich 2-mal Nase, Rachen, 2-mal Inguinalfalte) - klinische Entnahmen (Urin bei Blasenkatheter, Wunden, Sputum bei Atemwegssymptomen)
Entnahmen / MRSA-Test	<p>Nur in Abwesenheit einer aktiver Antibiotikatherapie gegen MRSA¹ während 7 Tagen²</p> <p>Auftrag für mikrobiologische Analysen: Nachweis durch Kultur (Ergebnis ~48 Stunden):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>MRSA-Test</i> durch Pooling • <i>Urinbestimmung / MRSA</i> bei Blasenkatheter • <i>Oberflächliche oder tiefe Wunde / MRSA</i>, mit Angabe der Wundlokalisierung; • <i>Bronchialsekret/Aspirat</i>, bei Intubation oder Tracheostomie • <i>Lungensekretion</i> bei Husten, Auswurf • Andere mikrobiologische Entnahmen gemäss Indikation
Aufhebung der Massnahmen	<p>Bei fehlender Dekolonisation³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bis drei Monate nach dem letzten mikrobiologischen Nachweis warten • 3 negative Tests durch Kultur <ul style="list-style-type: none"> - 2 in einem Abstand von mindestens 72 Stunden - Der 3. mindestens eine Woche nach dem 2.
Entwarnung	3 aufeinanderfolgende negative Testserien in einem Abstand von 6 Monaten zwischen dem ersten und dem letzten Test

¹ Das Sensibilitätsprofil des Stamms überprüfen

² Mit der Abteilung Infektionskrankheiten besprechen, falls Transfer in eine Institution oder Betreuung durch SMZ

³ Siehe unten für die Aufhebung der Massnahmen bei Dekolonisation

Ref.: PT-1638

Version: 4

Prozess: 3.4.1.2.4 Agents pathogènes

Definition KONTAKTFALL	Kontakt mit hohem Risiko: Zimmernachbar während mehr als 24 Stunden im Verlauf der letzten 30 Tage Kontakt mit geringem Risiko: Patienten der Abteilung, falls im Verlauf der letzten 10 Tage mindestens 2 neue Fälle in der Abteilung
Massnahmen	Standardmassnahmen
Test	Hospitalisierter Kontakt mit hohem Risiko: T0 / T3 / T6 Abstrich Pooling für Kultur MRSA Hospitalisierter Kontakt mit geringem Risiko: T0 / T3 Falls Test für die Abteilung: Abstrich/klinische Kulturen (allenfalls Pooling) Wenn Patient mit hohem Risiko aus dem Spital austritt <ul style="list-style-type: none"> • Durch die Spitalhygiene: <ul style="list-style-type: none"> - Aktivierung einer Warnung Phoenix - Erstellen eines Dossiers Sisyph • Test bei seiner Rehospitalisation

DEKOLONISATION		
Der Zeitpunkt der Dekolonisation eines Patienten wird von mehreren Grundsätzen beeinflusst: <ul style="list-style-type: none"> - Die Dekolonisation darf nicht erfolgen, solange eine aktive Infektion durch einen MRSA vorliegt. - Die Patienten mit Fremdkörpern oder mit kutanen Infektionen sollten vorzugsweise warten, bis der Fremdkörper entfernt ist (Geräte) oder die kutane Infektion behandelt worden ist, bevor die Dekolonisation des MRSA erfolgt. - Die Indikation zu einer Dekolonisation eines bettlägerigen Patienten muss mit der Abteilung Infektionskrankheiten besprochen werden. 		
Dauer	7 Tage	
Lokale Dekolonisation		
Körperpflege Allgemein / Duschen	Duschen mit 4 % Chlorhexidin-Seife	Täglich Waschen oder Duschen, inklusive Haare
	Händedesinfektion mit alkoholischem Desinfektionsmittel	Nach WC-Besuch Nach Nase putzen Vor der Zubereitung von Mahlzeiten Nach Kontakt mit anderen Personen
Bettwäsche und Kleider	Jeden Tag Wechseln der Bettwäsche, Badetücher und nach Möglichkeit der Kleider nach dem Duschen (Waschen bei 60 Grad)	
Nase	Bactroban® Nasal (Fucidin® Salbe 2 % bei Resistenz gegen Mupirocin)	2x/Tag in jedes Nasenloch eine erbsengrosse Portion mit Wattestäbchen oder Fingerspitze einführen
Mund und Rachen	Chlorhexamed® forte 0.2 %	Munddesinfektion durch Gurgeln 3x/Tag nach dem Essen 20ml gurgeln Tägliche Desinfektion der Zahnprothesen und der Zahnbürsten <ul style="list-style-type: none"> - Reinigung der Prothese mit dem üblichen Produkt - Spülen - Während 30 Minuten in eine Lösung aus Chlorhexamed® forte 0.2 % einlegen - Spülen mit Hahnenwasser

Ref.: PT-1638

Version: 4

Prozess: 3.4.1.2.4 Agents pathogènes

Systemische Dekolonisation		
Infizierte Wunden	Providon-Jod	Tägliche Behandlung der kolonisierten Wunden
Sterile Medizinprodukte	Wechsel Dauersonde/vaskulärer Zugang	T3 nach Beginn der Dekolonisation
Antibiotikatherapie	Gemäss ärztlicher Verordnung	
Eine zweite Dekolonisation kann in Betracht gezogen werden, wenn die Ergebnisse der Abstriche der Nase oder der Inguinalfalte bei der Kontrolle nach der Dekolonisation positiv ausfallen. Im Verlauf eines Spitalaufenthalts werden höchstens zwei Dekolonisationen durchgeführt.		
Kontrolltest	<ul style="list-style-type: none"> • 48 Stunden nach der Dekolonisation und dem Abschluss einer allfälligen Antibiotikatherapie • 3 Tests in Abständen von 72 Stunden • Pooling und klinische Entnahmen (falls indiziert) 	
Aufhebung der Massnahmen	Nach 3 negativen Testserien	

Technik der Probeentnahme	
Pool (3 Abstriche, 1 einziges Untersuchungsanforderungsformular)	Nase: 1 Tupfer für beide Nasenlöcher, befeuchten (NaCl 0.9% steril), 1-2 cm einführen und 3 Mal drehen.
	Rachen: 1 Tupfer, den Rachengrund abreiben
	Leistenfalten: 1 Tupfer für beide Leistenfalten, befeuchten (steriles NaCl 0.9%), in Richtung Beckenboden (feuchte Zone) hinuntergehen.

Referenzen

Swissnoso

1. Vuichard-Gysin D, Senn L, Tschudin-Sutter S, and al, Prévention et contrôle des bactéries multi-résistantes (BMR) en dehors de flambées épidémiques, version 1.0, Octobre 2021

https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/8_Swissnoso_Publicationen/211115_StAR_Teil_II_FR_MDRO-non-outbreak_FINAL.pdf, consulté le 04.07.2022

2. G. Zanetti, I. Nahimana, A. Widmer, *Décolonisation des patients porteurs de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline : diversité des pratiques au sein du groupe Swiss-NOSO*, Octobre 2007

https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Publicationen/Bulletin_Artikel_F/v13_2_2007-10_Swissnoso_Bulletin_fr.pdf

ECDC

Köck R, Becker K, Cookson B, van Gemert-Pijnen J E, Harbarth S, Kluytmans J, Mielke M, Peters G, Skov R L, Struelens M J, Tacconelli E, Witte W, Friedrich A W. *Systematic literature analysis and review of targeted preventive measures to limit healthcare-associated infections by methicillin-resistant Staphylococcus aureus*. Euro Surveill. 2014

doi:1560-7917.ES2014.19.29.20860

<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.29.20860>

ESCMID

H. Humphreys, H. Grundmann, R. Skov, J.-C. Lucet and R. Cauda, *Prevention and control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus*, 2009

doi :10.1111/j.1469-0691.2009.02699

https://www.escmid.org/fileadmin/src/media/PDFs/4ESCMID_Library/2Medical_Guidelines/other_guidelines/CI_MI_2009_15_2_120_Humphreys.pdf

Verwandte Dokumente

Prise en charge des patients colonisés/infectés par des MRSA