

Staphylococcus aureus Bakteriämie (SAB)

- Ein positiver Nachweis von *S. aureus* in der BK ist bis zum Beweis des Gegenteils als **komplizierte** Bakteriämie zu werten
- **Schneller Therapiebeginn** mit *S. aureus* spez. Antibiotika (CAVE: Carbapeneme, Pip/ Taz oder 3. Gen. Cephalosporine sind **nicht** ausreichend für die weitere Therapie)
- **Therapie immer mind. 14 Tage** (Therapiestart immer i.v., Oralisierung nach Rücksprache/ Konsil*)



Diagnostik

- Gezielte Anamnese
- Folge-Blutkulturen spätestens 48 -72 h nach Therapiebeginn, danach entsprechend Verlauf
- Klinische Untersuchung
- Echokardiographie (Kriterien s.u.)
- Ggf. Rücksprache/ Konsil* und weitere Diagnostik (ggf. Katheterspitze, Portsystem, Wunde) in Abhängigkeit von Klinik/ Fokussuche

Echokardiographie

Bei **ALLEN** Patienten mit SAB sollte eine Echokardiographie durchgeführt werden.

Eine **TTE** (transthorakale Echokardiographie) ist **nur dann ausreichend**, wenn der Patient alle nachfolgenden Kriterien erfüllt:

- Nosokomiale Akquisition der SAB
- Sterile Folgeblutkulturen 48-72 d nach initialer positiver Blutkultur
- Keine permanenten intrakardialen Devices
- Keine Dialysepflicht
- Keine klinischen Zeichen für eine Endokarditis oder anderen sekundären Fokus

Positive Blutkultur

Fokussuche

Gründliche körperliche Untersuchung (Eintrittspforte?), Fremdmaterial, Echokardiographie (zum Ausschluss Endokarditis), ggf. weitere Bildgebung

Wegewechsel

(ZVK, Katheter, etc...)

Kriterien für eine unkomplizierte SAB

- Patient fieberfrei nach 48-72 h nach Therapiebeginn
- Negative Folge-Blutkulturen 48-72 h nach Therapiebeginn
- Kein Hinweis auf Endokarditis
- Kein Hinweis auf Knochen-/ Gelenkbeteiligung
- Kein Hinweis auf metastatische Absiedelungen/ Abszesse
- Kein nicht sanierbarer Fokus

Mind. 1 Pkt. **NICHT** zutreffend

ALLE Pkt. zutreffend

Komplizierte SAB

Unkomplizierte SAB

Antibiotische Therapie über **4 – 6 Wochen**

Antibiotische Therapie über **14 Tage**

Kriterien für komplizierte SAB im Rahmen des Therapieverlaufs erfüllt?

Antibiotische Therapie

Bei MSSA:

1. Wahl: Flucloxacillin i.v.

- Komplizierte SAB: 6 x 2 g ODER 4 x 3 g

(nach Möglichkeit prolongiert über 3h)

- Unkomplizierte SAB: 4 x 2 g

1. Wahl (Alternative): Cefazolin i.v.

- Komplizierte/ unkomplizierte SAB: 3 x 2 g

Bei MRSA:

1. Wahl: Vancomycin i.v.

- initial gewichtsadaptierte Loading-dose dann nierenfunktionsadaptierte Folgedosis
Talspiegel: (10) – 15- (20)

2. Wahl: Daptomycin ODER Linezolid

- Daptomycin i.v.: (8 –) 10 mg/ kg
Nicht bei pulmonalem Fokus!
- Linezolid i.v./ p.o.: 2 x 600 mg
Bei MRSA-Pneumonie

FALLS antibiotischer Kombinationspartner indiziert*

Rifampicin i.v./ p.o.

- Standarddosierung: 2 x 450 mg

Fosfomycin i.v.

- Standarddosierung: 3 x 4 - 5 g

* Konsil: infektiologisches Konsil bzw. Konsildienst entsprechend hausinternen Regelungen