

8.2 Maßnahmen zur MRSA-Sanierung bei Schwangeren, nach Sectio oder Frauen im Wochenbett

Grundsätzlich unterscheidet sich der Umgang mit kontaminierten oder infizierten Frauen nicht von anderen Patienten mit MRSA.

Epidemiologie – Protokoll

Adressette des aufgenommenen Patienten mit Symptomen/Verdacht auf MRSA

Bitte beachten: Im Rahmen des vielfach üblichen Schwangerschaftsscreenings soll bei Mitarbeiterinnen aus dem Gesundheitswesen auch Aufmerksamkeit auf MRSA bestehen. Screening auf MRSA ist sinnvoll bei Aufnahme aus fremden Kliniken mit Isolierung im Einzelzimmer während der Laboruntersuchungszeit. Es empfehlen sich während der Isolierung Routinehygienemaßnahmen im Zimmer (insbesondere Händedesinfektion); spezielle Schutzmaßnahmen im Zimmer (wie Mundnasenschutz, Schutzkittel, Schutzhandschuhe bei Betreten des Zimmers) werden nicht gefordert.

Empfohlene Schutzmaßnahmen bei nachgewiesener Kontamination oder Infektion

- X **Einzelzimmer** (Zimmer kennzeichnen, Tür nicht unnötig geöffnet lassen, Hygiene gilt für **alle Mitarbeiter!** Besucher müssen sich anmelden, Besucher in Händedesinfektion einweisen, Pat. soll Zimmer **nicht** verlassen, bei notwendiger Untersuchung Diagnostikabteilung informieren; evtl. vorher Verbandwechsel, Pat. möglichst auf Trage mit frischer Bettwäsche fahren, anschl. Trage desinfizieren)
- X **Mehrbettzimmer** möglich, wenn mehrere Patienten betroffen (Gruppenisolierung)
- X konsequente **Händedesinfektion** vor und nach Patientenkontakt bzw. Betreten des Zimmers, auch zwischen einzelnen Patienten. Hauptübertragungsweg ist die Schmierinfektion, daher auf **sorgfältige Händedesinfektion der Schwangeren** oder der Frau im Wochenbett sorgen! Kind ist durchgehend bei der Mutter!
- X **Eigenes WC** oder Nachtstuhl zuweisen mit täglicher desinfizierender Reinigung
- X **Schutzkittel mit Ärmelbündchen** (im Zimmer aufhängen, Außenseite außen, pro Schicht frisch) bei Betreten des Patientenzimmers und Kontakt mit Körperflüssigkeiten/ Ausscheidungen/ Sekreten/ Betten des Patienten/ Kontakt mit kontaminierten Körperarealen
- X Auskleiden im Zimmer (Reihenfolge): Haarschutz, Mund-Nasenschutz, Schutzhandschuhe, Kittel, Händedesinfektion
- X **Einmalhandschuhe** (bei möglichem Kontakt mit Körperflüssigkeiten/ Ausscheidungen/ Sekreten/ bei Kontakt mit kontaminierten Körperarealen)
- X **Mund-Nasenschutz** ist sinnvoll beim Aufnehmen des Kindes zum Aufstoßen und unbeherrschtem Handeln mit den Händen (Nasen- und Haareberührung)
- X **Wäscheabwurf** im Zimmer in gelben Textilsack, außerhalb des Zimmers in umhüllenden Klarsicht-Plastiksack geben.
- X **Müllabwurf** in normalen Kranken-Hausmüll (B-Müll)
- X **Sauger des Kindes** als Einmalsauger
- X Sichtbare Kontaminationen (**Verunreinigungen** durch Ausscheidungen/Sekret/ Blut) müssen sofort desinfizierend gereinigt werden; Desinfektionseimer steht im Zimmer!
- X **Laufende Desinfektion** der Pflege-/Behandlungs-/Untersuchungsmaterialien (Instrumente, Steckbecken, Thermometer, Nagelschere, Haarbürsten)
- X **Laufende Desinfektion** der Flächen (Fußboden, patientennahe Flächen)

X **Schlussdesinfektion** als Wisch-Desinfektion, Quarantänelagerung des sauberen Pflegematerials realisieren!

Alle Flächendesinfektionsarbeiten mit PERFORM 0,5 % (Lösung täglich wechseln) und Handschuhen, Flächen nach Abtrocknen zu benutzen. **Kleine Flächen** mit 70 % Alkohol desinfizieren.

Aufhebung der Isolierungsmaßnahmen, wenn frühestens **drei Tage nach Abschluss** der Behandlung an **drei aufeinanderfolgenden Tagen** MRSA-negative Abstriche Erfolg bestätigen; **wöchentliche Kontrolle bis zur Entlassung**, da erneute Besiedlung möglich. **Krankenblatt kennzeichnen wegen Wiederaufnahme!**

Weitere Empfehlungen:

1. Lokale Sanierung Schwangere: Da MRSA-Stämme per se nicht virulenter sind als andere Staphylococcus aureus-Stämme, besteht für die Patientin kein erhöhtes Infektionsrisiko. Staphylococcus aureus ist in der Schwangerschaft dann gefürchtet, wenn er sich im Geburtskanal befindet oder wenn eine systemische Infektion oder auch sonstige schwere Lokalinfectionen mit ihm vorliegen. MRSA-Stämme werden zum Glück sehr selten aus dem Genitalbereich isoliert. Das Hauptreservoir dieser Stämme ist der Nasen-Rachenraum.

Wegen der schweren Therapierbarkeit eventuell später auftretender Infektionen bei Mutter oder auch Kind sollte vor der Entbindung eine Sanierung des Nasen-Rachenraumes durchgeführt werden. Bei Kolonisationen ist eine Lokalbehandlung mit Mupirocin-Nasensalbe (3 x täglich für 5 Tage) empfohlen. Eine Antiseptik der Scheide empfiehlt sich mit Octenidin-Gel, evtl. auch mit Braunovidon N-Zäpfchen (Fachinformationen beachten!).

Eine Sanierung bei der Schwangeren sollte auf jeden Fall vor der Entbindung versucht werden, damit es nicht zur Besiedlung des Kindes kommt. Gerade beim Stillen erfolgt ein inniger Hand- und Hautkontakt zwischen Mutter und Kind und Staphylococcus aureus ist zudem der Haupterreger einer Mastitis puerperalis, die eine der häufigsten Staphylococcus aureus-Infektionen im Wochenbett darstellt.

2. Klinisch asymptomatische Kinder: Bei klinisch asymptomatischen Kindern besteht keine Indikation für eine antibiotische Intervention.

Hautdekontamination des Neugeborenen: Hier empfehlen sich Abwaschungen mit **Thymian-, Rosmarin- oder Salbei-Tee**¹. Als Dosierung für die **Waschung** sollte die **dreifache Teestärke** verwendet werden, den Aufguss 10 Minuten ziehen lassen. Die antimikrobielle Eigenschaften von einigen pflanzlich basierten ätherischen Ölen, hier Teebaumöl, Thymian, Pfefferminze und Lavendel wurde über Jahrhunderte registriert, aber erst kürzlich bestätigt (Wirksamkeit auf VRE und MRSA)². Die gleichfalls juckreizstillende Wirkung von Thymian kann bei einem Bad genutzt werden.

3. Klinisch asymptomatische Mutter: Auch bei einer asymptomatischen Mutter mit MRSA-Kontamination besteht keine Indikation für eine Antibiotikatherapie.

4. Innerhalb des Krankenhauses und bei ambulanten Arztbesuchen sind die o.a. MRSA-**Isolationsmaßnahmen** für die Mutter und das Kind grundsätzlich einzuhalten. Abstriche sollten durchgeführt werden (z. B. im Rahmen der routinemäßig erforderlichen Arztbesuche), da eine MRSA- Besiedlung nicht selten spontan verloren geht.

Zuhause und in nicht mit dem "Medizinbetrieb" zusammenhängenden Bereichen des öffentlichen Lebens sind für die Mutter und das Kind allerdings keine über die übliche Hand- und Körperhygiene hinausgehenden Hygienemaßnahmen erforderlich.³

¹ Auszug aus: Sitzmann F (Hrsg) Pflegehandbuch Herdecke, 3. Auf. Springer Berlin Heidelberg

Seite 151ff: Auszug aus Teeliste zum Trinken:

- Rosmarinblätter ½ TL auf 150 ml, mit kochendem Wasser aufgießen, 2-4min ziehen lassen

Salbeiblätter ¼ TL auf 150 ml, mit kochendem Wasser aufgießen, 2min ziehen lassen

Thymiankraut ¼ TL auf 150 ml, mit kochendem Wasser aufgießen, 2min ziehen lassen

² Nelson RRS. In-vitro activities of five plant essential oils against methicillin-resistant Staphylococcus aureus and vancomycin-resistant Enterococcus faecium. J Antimicrob Chemother 1997; 40:305-306

³ Literatur: Infecto-Pharm: Infektiologische Fragen / Fragen & Antworten / Klinik Ausgabe 3 (Klinik) vom 22. 7. 2002 Frage Nr. 3837 gestellt von L. aus N.

- Infecto-Pharm: Infektiologische Fragen / Fragen & Antworten / Praxis Ausgabe 201 vom 14.10.2002 Frage Nr. 4344

Schreiben an die Hebammen, Geburtshelfer und Pädiater in

- Filderklinik
 - Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
 - Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
- sowie die Hygienekommissionen

9.2.2005

MRSA in der Geburtshilfe (Sectio)

Sehr verehrte liebe Mitarbeiter,
seit dem ersten Auftreten von MRSA im Jahr 1963 ist die Häufigkeit von MRSA weltweit angestiegen. In Deutschland gab es von 1995 bis 2001 einen Anstieg von ca. 8% auf ca. 20% des Anteils von MRSA an allen S. aureus-Isolaten.

Ob es sich bei einem Patient mit MRSA um einen nosokomial erworbenen MRSA oder Community acquired MRSA (cMRSA) handelt, kann nur durch genetische Untersuchung eindeutig bestimmt werden. cMRSA unterscheidet sich vom Genotyp her eindeutig von den epidemischen nosokomialen MRSA. cMRSA bildeten im Jahr 2004 einen Anteil von ca. 1,1% aller an das Nat. Referenzzentrum für Staphylokokken zur Typisierung eingesandten Isolate.

Die Frage eines Geburtshelfers (Schreiben vom 6.2.05), ob eine 3 Monate zurückliegende Sectio nach abgebrochener Hausgeburt bei Geburtsstillstand und ambulant festgestellter MRSA-Kolonisierung von Mutter und Kind für das Krankenhaus noch hygienische Konsequenzen hat, kann ich verneinen.

1. Entsprechend unserer Verabredungen muss ein Mitarbeiterscreening vorgenommen werden, wenn bewiesene Häufungen vorliegen, z.B. postoperativ oder hausinternen ausgedehnten Epidemien.
2. Sinnvoll ist es der Frage nachzugehen, ob es sich bei der Frau um ein Mitglied einer Risikogruppe handelt. Eine Risikogruppe sind u.a. schwangere Krankenschwestern, Altenpflegerinnen; hier ist es angebracht, bei der letzten ambulanten Untersuchung vor der Entbindung einen vaginalen Abstrich auf MRSA vorzunehmen.
3. Weiterhin existieren Risikogruppen für **Community acquired MRSA**, bei denen ein Screening angebracht ist. Dazu veröffentlicht das CDC auf seiner Internetseite: "CDC has investigated clusters of cMRSA skin infections among athletes, military recruits, ... Native Americans, men who have sex with men, and prisoners. Factors that have been associated with the spread of MRSA skin infections include close skin-to-skin contact, openings in the skin such as cuts or abrasions, contaminated items and surfaces, crowded living conditions, and poor hygiene."

Insgesamt muss die Aufmerksamkeit auch in Pädiatrie und Geburtshilfe auf das Problem MRSA gelenkt werden, solange durch die Art des Antibiotikagebrauchs der Selektionsdruck zugunsten von MRSA erzeugt wird und die Händehygiene wesentlich zu verbessern ist.

Gern zu Ihren Diensten mit freundlichen Grüßen

Franz Sitzmann