Märkische Kliniken

Klinikum Lüdenscheid
Hautklinik

Tiefe Weichteilinfektionen ausgelöst durch community acquired MRSA – 2 Fallbeispiele

Veronika Fuchs, Quittek A., Pfeiff B., Dill D., Hautklinik Lüdenscheid, Märkische Kliniken GmbH

Fall 1

Anamnese

43jähriger Patient mit seit 1 Woche bestehender erosiv, stark schmerzender eitriger Entzündung am Philtrum. Keine Besserung unter oraler Antibiose mit Clindamycin und Diprogenta Creme.

Hautbefund

Am Philtrum scharf begrenzter, teils krustig erosiver Knoten mit Rötung und Schwellung in der Umgebung, Schwellung der Oberlippe und insgesamt starke Sekretion.

Abb. 1 und 2: Abszendierender Knoten mit Umgebungserythem

Mikrobiologischer Befund

Nativpräparat negativ, Dermatophyten-PCR negativ, Wundabstrich Philtrum positiv auf MRSA.

Laborchemischer Befund

Leukozyten: 12,22 10^3/µl; CRP: 7,03 mg/dl

Therapie und Verlauf

Zunächst i.v. Antibiose mit Clindamycin 600 mg 3x tgl. über 4 Tage. Zusätzlich bei initial V.a. tiefe Trichophytie systemische antimykotische Therapie mit Fluconazol 200 mg 1x tgl. über 8 Tage. Im Verlauf Umstellung auf resistogrammgerechte Antibiose mit Vancomycin. Umstellung auf Daptomycin (350 mg 1x tgl. über 6 Tage) wegen Ausprägung eines juckenden Exanthems nach einmaliger Gabe von Vancomycin. Lokaltherapeutische Versorgung mit zunächst Antifungol Creme, Umstellung auf Fusicutan Creme, Mupirocin Salbe und Cutimed sorbact Gel sowie. Bedarfsgerechte Analgesie und Thromboseprophylaxe. Darunter zeitgerechte Besserung des Hautbefundes.

Fall 2

Anamnese

25jähriger Patient mit seit 5 Tagen bestehenden Hautveränderung der Ober- und Unterlippe. Keine Befundbesserung unter Therapie mit Prednisolon und Doxycyclin oral. Entwicklung von Fieber, Lymphadenopathie und in das Mittelgesicht ausstrahlende Schmerzen mit ausgeprägter Druck- und Ruhedolenz. Ibuprofen 800 mg 2x tgl. ohne Symptombesserung. Vor 1 Woche habe ein Besuch beim Barbier stattgefunden.

Hautbefund

Ausgeprägte linksbetonte Schwellung der Ober- und Unterlippe mit Erythem, schmierigen Belägen und honiggelben Krusten. Begleitend finden sich 2 Aphten an der Unterlippe links.

Abb. 3 und 4: Linksbetonte Unterlippenschwellung mit schmierigen Belägen und gelben Krusten

Mikrobiologischer Befund

Pilzkultur negativ, aerobe Kultur positiv mit Nachweis von MRSA.

Laborchemischer Befund

Leukozyten normwertig; CRP: 6,49 mg/dl, PCR (HSV 1, HSV 2, VZV): jeweils negativ, Infektionsserologie (C. trachomatis, Hepatitis B, Hepatitis C, Trep. pallidum): jeweils negativ

Therapie und Verlauf

Resistogrammgerechte i.v. Antibiose mit Clindamycin 600 mg 3 x tgl. und bei suggestiven klinischem Befund für eine HSV-Infektion initial kombiniert Aciclovir 400 mg 3x tgl. i.v.; jeweils über 7 Tage. Analgesie mit Novalgin 1g 4x tgl.. Hierunter zeitgerechte Besserung des Befundes.

Kommentar

MRSA galten bisher als Erreger nosokomialer Infektionen, deren Auftreten und Verbreitung v.a. auf Krankenhäuser begrenzt waren. In den letzten dreizehn Jahren ist die Häufigkeit von MRSA-Infektionen in Deutschland gestiegen. Der community acquired MRSA tritt völlig unabhängig von Krankenhäusern auf. Bei den Patienten fehlen die üblicherweise für Krankenhausinfektionen mit MRSA bekannten Risikofaktoren, wie in unseren beiden Fallbeispielen. Infektionen mit cMRSA werden seit den 90er Jahren in Europa beschrieben und lösen insbesondere tiefliegende Haut- sowie Weichteilinfektionen aus. Die Übertragung des Erregers erfolgt durch Schmierinfektion. Eine konsequente Händehygiene gilt als die wichtigste Maßnahme zur Vorbeugung einer Kolonisation/Infektion. Die cMRSA-Stämme verfügen über einen besonderen Pathogenitätsfaktor (Panton-Valentine-Leukozidin).
Außerdem unterscheidet sich häufig das Resistenzspektrum von dem des hospital acquired MRSA, so dass auch die Behandlung dementsprechend angepasst werden muss. Ob cMRSA-Fälle in Assoziation mit Barber-Shop-Besuchen stehen könnten, sollte durch gezielte Anamnese-Erhebung zukünftig beabachtet werden.

Literatur:
1. David MZ, Daum RS: Community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus: epidemiology and clinical consequences of an emerging epidemic. Clin Microbiol Rev 2010; 23(3): 616–687
2. RKI: Auftreten und Verbreitung von MRSA in Deutschland 2010 Epidemiologischen Bulletin 2011; 26:234-241

27. Tagung der Dermatologischen Wissenschafts- und Fortbildungsakademie NRW (DWFA) in Köln, 29. November – 01.Dezember 2024
Autorin: Dr. med. Veronika Fuchs, Hautklinik am Klinikum Lüdenscheid, Paulmannshöherstr. 14, 58515 Lüdenscheid; Email: hautklinik@klinikum-luedenscheid.de