

# 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