

Konsiliarlaboratorium für *Clostridium difficile*

e-mail: clostridium.difficile@uks.eu



Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene
Staatliche Medizinaluntersuchungsstelle
Universitätsklinikum des Saarlandes
Direktor: Prof. Dr. Mathias Herrmann
Kirrberger Straße, Gebäude 43
66424 Homburg/Saar

Ansprechpartner: PD Dr. Lutz von Müller
Telefon: 06841 162-3907, -3912 (Labor), -3900 (Sekretariat)
Telefax: 06841 162-3985
e-mail: lutz.mueller@uks.eu

Umgang mit *Clostridium difficile*-Infektionen in Alters- und Pflegeheimen

C. difficile ist der häufigste Erreger von im Krankenhaus erworbenen (nosokomialen), Antibiotika-assoziierten Durchfallerkrankungen. Risikopatienten für *C. difficile* Infektionen (CDI) sind ältere Menschen, die aufgrund anderer Infektionskrankheiten mit Antibiotika behandelt werden müssen. Somit ist klar, dass auch Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen vorkommen.

Viele Menschen sind mit *C. difficile* besiedelt ohne daran zu erkranken. Diese gesunden Ausscheider scheiden *C. difficile* in ganz geringen Mengen aus ohne dass von Ihnen ein relevant erhöhtes Infektionsrisiko ausgeht. Bei Patienten mit *C. difficile* Diarrhoe werden dagegen große Mengen an Erregern mit dem Stuhl ausgeschieden was bedeutet, dass von diesen Durchfallpatienten ein hohes, hygienerelevantes Ansteckungspotential ausgeht.

Merke: Die Prävention der CDI, das frühe Erkennen von *C. difficile* als Ursache der Diarrhoe und die frühzeitige Therapie und Isolierung der Durchfallpatienten sind von zentraler Bedeutung für die Reduktion von CDI in Krankenhäusern aber auch in Alters- und Pflegeheimen.

Besonderheiten aus hygienischer Sicht

Clostridien sind sporenbildende Bakterien, die nur schwer durch Desinfektionsmittel inaktiviert werden können. Aus diesem Grunde ist bei allen pflegerischen Maßnahmen von Durchfallpatienten mit CDI das Tragen von Schutzkittel und Handschuhen notwendig. Die alkoholische Händedesinfektion für *C. difficile* ist wenig effektiv. Das Waschen der Hände mit Seife und nicht die alkoholische Händedesinfektion ist deshalb – ausnahmsweise - Mittel der Wahl bei Kontamination der Hände.

Bei Durchfallpatienten mit nachgewiesener *C. difficile* Infektion sollten auch die Flächendesinfektionsmittel angepasst werden (z.B. Dismozom 1,5% oder Perform 1% für 2h).

Merke: Durchfallpatienten mit CDI müssen 2-3 Tage über die Durchfallerkrankung hinaus isoliert werden. Wichtig ist aber auch, dass Patienten mit gut therapierter bzw. überstandener CDI ohne Durchfälle nicht aus falsch verstandener Überprotektion isoliert und von sozialen Aktivitäten ferngehalten werden.

Wichtige Punkte für die Prävention und den Umgang mit *C. difficile*

- Allgemeine Maßnahmen:
 - Je weniger Antibiotika generell eingesetzt werden desto weniger *C. difficile* Infektionen treten auf (Dispositionsprophylaxe)
 - Übertragung durch rektales Fiebermessen vermeiden
- Patienten mit Antibiotika-assoziierten Durchfallerkrankungen sollen so früh wie möglich diagnostiziert und isoliert werden.
- Die *C. difficile* Diagnostik erfolgt i.d.R. mit Schnelltests innerhalb von 24 Stunden (Empfehlung: 2 Stufendiagnostik z.B. mit GDH und Toxin Antigen Tests)
- Wenn das Ergebnis nicht innerhalb von 24 Stunden verfügbar sein sollte gibt es keinen Grund, Patienten mit typischer Anamnese und Klinik eine frühzeitige Therapie vorzuenthalten. Diese empirische Therapie soll möglichst bald nach Abnahme von Stuhl für die mikrobiologische Diagnostik begonnen werden.
- Mittel der Wahl für die mittelschwere CDI ist Metronidazol (3x500 mg p.o. für 10-14 Tage), für schwerere klinische Verläufe Vancomycin (4x125(-250) mg p.o. für 10-14 Tage). Patienten mit besonders schweren Verläufen der CDI sollten zügig stationär im Krankenhaus behandelt werden.

- Die Patienten sollen in der akuten Phase der CDI sowie 2-3 Tage über die Durchfallerkrankung hinaus isoliert werden (Kittel-/Handschuhpflege, tägliche Reinigung/Desinfektion des Zimmers, besonders der patientennahen Flächen wie z.B. Nachttische, Türgriffe etc.; *C. difficile* wirksame Flächendesinfektionsmittel verwenden).
- Nach erfolgreicher Therapie kann nach abschließender Reinigung des Zimmers (Scheuer-Wisch-Desinfektion) die Isolierung aufgehoben werden.
- Dieselbe Empfehlung gilt für Patienten mit CDI, die aus dem Krankenhaus nach erfolgreicher Initialtherapie zur Weiterbehandlung in Alters- und Pflegeheime zurückverlegt werde. Eine Weiterführung der spezifischen Therapie mit Metronidazol oder Vancomycin allein (10-14 Tage) ist bei klinisch gut therapierten, asymptomatischen Patienten ohne Durchfälle kein Grund für weitere Isolierungsmaßnahmen .
- Wichtig: Kontrolluntersuchungen aus dem Stuhl sind bei asymptomatischen Patienten nach erfolgreicher Therapie NICHT indiziert. Der Nachweis von *C. difficile* im Stuhl kann auch Monate nach erfolgreicher Therapie persistieren, d.h.:
 - Untersuchungen aus geformten Stühlen sind NICHT indiziert (Ausnahme: Toxisches Megacolon)
 - Nachweis von *C. difficile* im Stuhl ohne Durchfallssymptome ist kein Grund für Isoliermaßnahmen
- Das gehäufte epidemische Auftreten von CDI ist meldpflichtig, auch in Alters- und Pflegeheimen.
- Bei bis zu 20% aller erfolgreich therapierten Patienten mit CDI ist mit Rezidiven zu rechnen, diese treten i.d.R. wenige Tage nach Absetzen der Therapie auf.
- Auch bei Rezidiven gelten dieselben Regeln für die initiale Diagnostik, Therapie und Hygiene wie bei der Erstinfektion: frühzeitige Diagnostik, frühzeitige Therapie, frühzeitige Isolierung. Isoliermaßnahmen werden ebenfalls 2-3 Tage nach erfolgreicher Behandlung der Durchfälle aufgehoben.
- Rezidive sollten bevorzugt mit Vancomycin behandelt werden, bei mehrfachen Rezidiven wird im Anschluss an den regulären Behandlungszyklus eine ausschleichende Therapie empfohlen.