

CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie November/Dezember 2000 – 21. Jahrg.

Übersicht

Therapie der akuten bakteriellen Rhinosinusitis

Die akute bakterielle Rhinosinusitis ist eine der häufigsten bakteriellen Infektionen mit 20 Millionen Fällen jährlich in den Vereinigten Staaten. Sie ist der fünfthäufigste Grund zur Verschreibung von Antibiotika. Häufig entwickelt sie sich in der Folge einer banalen Erkältung, also einer viralen Infektion der oberen Atemwege. Aber auch andere Ursachen, wie Allergie, Trauma oder eine Infektion der Zähne können einer bakteriellen Rhinosinusitis zugrunde liegen.

Eine Gruppe von US-amerikanischen Hals-Nasen-Ohrenärzten erarbeitete nun Richtlinien zur antimikrobiellen Therapie leichter und mittelschwerer Formen dieser Erkrankung. Schwere und lebensbedrohliche Infektionen wurden in diesen Empfehlungen nicht berücksichtigt.

Definition und Diagnose der akuten bakteriellen Rhinosinusitis

Patienten mit einer banalen Erkältung können über folgende Beschwerden klagen: Niesen, Rhinorrhö, verstopfte Nase, Störungen des Geruchssinnes, Heiserkeit, Husten, Druck auf den Ohren, Fieber und Gliederschmerzen. Eitriger Nasenausfluss ist nicht spezifisch für eine bakterielle Infektion. Bakterielle Superinfektionen können jederzeit im Verlauf einer viralen Infektion der oberen Atemwege auftreten, typisch ist jedoch eine Erkrankungsdauer von über zehn Tagen. Daher ist eine akute bakterielle Rhinosinusitis bei Kindern und Erwachsenen wahrscheinlich, deren virale Infektion der oberen Atemwege nach zehn Tagen nicht gebessert ist oder die nach fünf bis sieben Tagen über eine Zunahme der Beschwerden klagen. Da viele bakterielle Rhinosinitiden in ihrem Erscheinungsbild von dieser Norm abweichen, ist die klinische Beurteilung durch den behandelnden Arzt wichtig, um die Diagnose zu stellen.

Eine körperliche Untersuchung trägt nur in geringem Maße zur Diagnose der akuten bakteriellen Rhinosinusitis bei, eine bildgebende Diagnostik ist zumindest initial entbehrlich.

Mikrobiologie und Resistenz

Am häufigsten werden Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae und Moraxella catarrhalis aus den Sinus von Patienten mit einer akuten bakteriellen Rhinosinusitis isoliert. Nur in seltenen Fällen werden andere Streptokokken, Anaerobier oder Staphylococcus aureus nachgewiesen (Tabelle).

In den Vereinigten Staaten werden zunehmend penicillinresistente Pneumokokken beobachtet. Im Jahre 1998 waren immerhin mehr als ein Viertel der Isolate von ambulanten Patienten penicillinresistent. In Deutschland ist die Situation derzeit wesentlich günstiger, wie die im Internet publizierten Ergebnisse der Resistenztestung am Universitätsklinikum Leipzig zeigen. Von rund 200 Pneumokokken-Isolaten wurden im Zeitraum von Juli 1998 bis Juni 1999 die MHK gegen Penicillin bestimmt, fast alle untersuchten Stämme waren voll sensibel gegenüber Penicillin (MHK = 0,125 mg/l)¹.

In den Vereinigten Staaten produzieren 40% der Haemophilus influenzae sowie alle Moraxella catarrhalis-Stämme β -Laktamasen. Es sind keine aktuellen Daten zur Resistenzsituation dieser Erreger in Deutschland verfügbar.

Antibiotische Behandlung

Zur Auswahl des geeigneten Antibiotikums muss die Schwere der Erkrankung und gegebenenfalls eine vorherige antibiotische Behandlung des Patienten berücksichtigt werden. Die Behandlungsziele sind: Sanierung der Sinus, schwerwiegenden Komplikationen wie Meningitis oder Hirn-Abszess vorzubeugen sowie die Entwicklung einer chronischen Erkrankung zu verhindern.

Eine vorherige antibiotische Behandlung erhöht das Risiko für eine Infektion mit resistenten Erregern. Daher unterscheiden die Richtlinien Patienten, die in den sechs Wochen vor der Erkrankung bereits antibiotisch behandelt wurden, von den übrigen.

Inhalt

6/2000

Übersicht

Seite 41-43

- Therapie der bakteriellen Rhinosinusitis
- Kurzzeittherapie der Tonsillopharyngitis?

Antibiotikatherapie im ärztlichen Alltag (36)

Seite 43

- Appendizitis

Respiratorische Infektionen

Seite 44

- Bronchoskopie bei Beatmungspneumonie?
- Moxifloxacin und respiratorische Infektionen

Vakzination

Seite 44-45

- Influenzavakzine und Herztod
- Pneumokokkenvakzine und HIV-Infektion

Kongressbericht

Seite 45

- 40. ICAAC Toronto

Mittel der Wahl

Seite 45-46

- Chinin / Clindamycin bei resistenter Malaria

Interaktionen von Antiinfektiva (6)

Seite 47

- Chinolone

HIV-Infektion

Seite 46-48

- Prognose nach sechsmonatiger Kombinationstherapie
- Akutes HIV-Syndrom nach Behandlungsende
- Fettstoffwechselstörung unter antiretroviraler Therapie
- Zidovudin reduziert HIV-Übertragung in der Schwangerschaft

7s.B
2926

ZB MED