

ZB MED CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

Januar/Februar 2002 – 23. Jahrg.

Übersicht

Therapie der Endokarditis

Die infektiöse Endokarditis als mikrobielle Infektion des Endokards wird unterteilt in die akute oder subakute bis chronische Form auf der Basis des zeitlichen Ablaufs und der Schwere der Symptomatik sowie der Prognose einer unbehandelten Erkrankung. Die charakteristische Vegetation besteht aus Thrombozyten, Fibrin, bakteriellen Erregern und inflammatorischen Zellen. Zumeist ist das Endokard der Herzklappen befallen, jedoch kann sich eine derartige Infektion auch im Bereich von septalen Defekten, an den Chordae tendineae oder auch am muralen Endokard manifestieren.

Epidemiologie

In den westlichen Industrieländern wird mit einer Inzidenz der ambulant erworbenen Endokarditis in einer Größenordnung von 1,7-6,2 Fälle per 100.000 Personen-Jahre gerechnet. Männer sind im Verhältnis 1,7 zu 1 häufiger betroffen als Frauen, weiterhin hat sich das Lebensalter der am häufigsten betroffenen Patienten wegen des vermehrten Befalls von degenerativ veränderten Klappen, Zunahme von Klappenprothesen und auch häufigeren nosokomialen Infektionen von früher 30-40 Jahre auf heute 47-69 Jahre erhöht. Bei Personen mit einem bekannten Mitralklappenprolaps wird die Inzidenz mit etwa 100 pro 100.000 Patienten-Jahre angegeben. Hierbei sind allerdings besonders Patienten mit dem Nachweis einer Mitralsuffizienz oder verdickten Mitralklappen betroffen. Etwa sieben bis 25 % der Erkrankungen an einer Endokarditis betreffen künstliche Herzklappen, wobei das Risiko etwa ein Prozent in den ersten 12 Monaten nach der Operation beträgt und zwei bis drei Prozent nach 60 Monaten. Nosokomiale Infektionen werden in sieben bis 29 % der Endokarditis-Fälle registriert, wobei insbesondere infizierte intravasculäre prothetische Materialien ursächlich beteiligt sind.

Mikrobiologische Ätiologie

Im Erwachsenenalter sind bei Endokarditiden an natürlichen Herzklappen Viridansstreptokokken (*S. sanguis*, *S. bovis*, *S. mutans*, *S. mitis*) mit 45-50 % unverändert die führenden Erreger, allerdings werden in den

letzten Jahren zunehmend *Staphylococcus aureus*-Infektionen mit 30-40 % beschrieben und auch Koagulase-negative Staphylokokken in vier bis acht Prozent Endokarditiden auslösen. Weiterhin zu beachten sind Enterokokken (5-8 %), gramnegative Erreger (4-10 %) und Pilze (1-3 %). Etwa in ein bis zwei Prozent liegt eine polymikrobielle Ätiologie vor, z. B. bei Abhängigen mit intravenösem Drogenmissbrauch. Kultur-negative Erreger können heute mittels PCR nachgewiesen werden. Beispiele hierfür sind *Tropheryma whippelii* und *Bartonella Speziei*; nur schwer kultivierbar und häufig erst nach längerer Inkubation von sieben und mehr Tagen nachweisbar sind die sogenannten HACEK-Erreger, die in etwa drei

bis zehn Prozent der Infektionen registriert werden (HACEK = *H. parainfluenza*, *H. aphrophilus*, *H. paraphrophilus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominicum*, *Eikenella corrodens*, *Kingella kingae*). Bei Endokarditiden an Klappenprothesen müssen die Zeitpunkte der Manifestation (frühe Endokarditis bis zwei Monate nach der Operation, späte Endokarditis mehr als 12 Monate nach der Operation) unterschieden werden; bei der frühen Endokarditis an Klappenprothesen sind Koagulase-negative Staphylokokken dominierend, gefolgt von *S. aureus* und gramnegativen Erregern sowie auch Enterokokken. Bei den späten Endokarditiden an prothetischen Klappen überwiegen

Inhalt

1/2002

Übersicht	Seite 1-3
– Therapie der Endokarditis	
Antibiotikatherapie im ärztlichen Alltag (43)	Seite 3
– Harnwegsinfektion bei Dauerkatheterismus	
Neueinführung	Seite 3-4
– Caspofungin	
Infektionen der Atemwege	Seite 4-5
– Sinusitis - ältere Antibiotika nützlich	
– Ambulant erworbene Pneumonie: Orale Antibiotika effektiv	
– Exazerbation der schweren chronischen Bronchitis - Antibiotika sinnvoll?	
– Akzeptanz der Influenza- und Pneumokokkenvakzination	
Antiretrovirale Pharmaka	Seite 6
– Tabelle (Präparate und Dosierung)	
Mittel der Wahl	Seite 6-7
– Akute Zystitis - welches Antibiotikum?	
– Synercid bei VRE-Meningitis	
Leserbrief	Seite 7
Nebenwirkungen	Seite 7-8
– Antiretrovirale Substanzen	

ZB MED

In eigener Sache:

„Die medizinische Fakultät der Freien Universität wird aufgegeben. Das Universitätsklinikum Benjamin Franklin wird in ein Versorgungskrankenhaus umgewandelt.“ (Zitat aus der Koalitionsvereinbarung der Berliner SPD / PDS Koalition). Wenn Sie weitere Informationen zu diesem Thema wünschen und den Widerstand der Berliner Ärzte unterstützen möchten, besuchen Sie die Internetseite www.medizin.fu-berlin.de/protest.