

PHEMOTHE^{ZB MED}RAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

November/Dezember 2002 – 23. Jahrg.

Übersicht

Postexpositionsprophylaxe (PEP) bei Infektionen

Der speziellen Prophylaxe einer Infektion nach Kontakt mit infektiösem Material wird eine zunehmende Bedeutung eingeräumt, so dass auch die ständige Impfkommission (STIKO) zusätzliche Empfehlungen herausgegeben hat.

Für Personen, die im medizinischen Bereich tätig sind, nimmt die mögliche HIV- und/oder Hepatitisinfektion durch Nadelstichverletzungen und durch Kontakt zu infektiösen Körperflüssigkeiten sicher den größten Stellenwert ein. Aber auch im Rahmen von Laienreanimation oder anderen Erste Hilfe Maßnahmen tauchen Fragen hinsichtlich möglicher Infektionsübertragungen und des weiteren Vorgehens bzw. einer möglicherweise notwendigen prophylaktischen Intervention auf.

Des weiteren erfordert auch der Kontakt mit Personen, die an Infektionen erkrankt sind, wie z. B. einer Meningokokkenmeningitis, unter Umständen ein spezielles Vorgehen, um eine weitere Ausbreitung der Infektion zu verhindern.

Für die meisten im folgenden besprochenen Infektionen gilt jedoch, dass ein ausreichender Impfstatus die beste Prophylaxe darstellt.

PEP bei Hepatitis-Exposition

Hepatitis A

Postexpositionelle Schutzimpfungen, sog. Riegelungsimpfungen (zwei Dosen), sind in erster Linie für Gemeinschaftseinrichtungen mit infektionsgefährdeten Personen im Umfeld eines Hepatitis A-Ausbruchs zu empfehlen. Bei individuell besonders gefährdeten Personen kommt zeitgleich mit der ersten Impfung auch eine passive Immunisierung mit Immunglobulinen in Frage; diese sollte allerdings innerhalb von zehn Tagen, spätestens bis 14 Tage nach der Exposition erfolgen.

Hepatitis B

Eine wirksame Prophylaxe nach Exposition mit Hepatitis B-Viren ist entscheidend, da je nach Konzentration des Erregers eine Übertragungswahrscheinlichkeit von bis zu 100 % besteht.

Für Hepatitis B geimpfte Personen sind nach Exposition keine weiteren Maßnahmen nötig, wenn

- der Anti-HBs-Titer nach Abschluss der Grundimmunisierung ≥ 100 IE/l betrug und die letzte Impfung nicht länger als fünf Jahre zurückliegt oder
- innerhalb der letzten 12 Monate der Anti-HBs-Titer ≥ 100 IE/l war, unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Impfung.

Eine sofortige Gabe einer Dosis eines Hepatitis B-Impfstoffes wird empfohlen, wenn

- der Anti-HBs-Titer nach der Grundimmunisierung ≤ 100 IE/l betrug und die letzte Impfung 5-10 Jahre zurückliegt.

Wenn die Indexperson bei der aktuellen Bestimmung des HBs Antigens negativ ist, besteht keine Infektionsgefahr, bei nicht geimpften Personen oder zu niedrigem Anti-HBs-Titer sollte jedoch zur Vermeidung ähnlicher zukünftiger Zwischenfälle

eine Grundimmunisierung bzw. Auffrischimpfung erfolgen.

Ist die Indexperson Anti-HBs positiv oder besteht ein unbekannter Status, richtet sich das weitere Vorgehen nach dem aktuellen Anti-HBs-Titer des Exponierten. Eine sofortige Bestimmung des Anti-HBs-Titers sollte also immer erfolgen, wenn der Exponierte

- nicht bzw. nicht vollständig geimpft wurde oder
- ein „Low-Responder“ ist, d.h. der Anti-HBs-Titer nach Grundimmunisierung < 100 IE/l betrug
- der Impferfolg nie kontrolliert wurde
- die Impfung länger als 10 Jahre zurückliegt.

Eine simultane Gabe von HB-Impfstoff (1 ml intradeltoidal) und HB-Immunglobulin (5 ml intragluteal) sollte erfolgen bei

- bekannten Nonrespondern (keine messbare Anti-HBs-Konzentration nach mindestens sechs vorausgegangenen Impfungen)

Inhalt

6/2002

Übersicht	Seite 41–43
– Postexpositionsprophylaxe bei Infektionen	
Antibiotikatherapie im ärztlichen Alltag (48)	Seite 43
– Primäre Lues	
Neueinführungen	Seite 43–44
– Oseltamivir	
Makrolide	Seite 44–45
– Azithromycin bei Lues?	
– Azithromycin bei Mukoviszidose?	
Mittel der Wahl	Seite 45–46
– Therapie bei E. coli 0157: H7-Infektion	
– Ertapenem versus Ceftriaxon bei komplizierten Harnwegsinfektionen	
– Kortikosteroide bei der Sepsis?	
Resistenzen	Seite 46–47
– Resistenz von Erregern tiefer Atemwegsinfektionen in Europa	
– Erhöhte Letalität bei Cephalosporin-resistenten Pneumokokken?	
– Ciprofloxacin-resistente Campylobacter-Stämme	
Verträglichkeit	Seite 47
– Rifampicin und Pyrazinamid bei latenter Tuberkulose?	
– Linezolid und hämatologische Unverträglichkeit	
Internetinformationen	Seite 48

ZS.B
2926
ZB MED