

ZB MED **EMOTHERAPIE**

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

Juli/August 2003 – 24. Jahrg.

Übersicht

Therapie der nosokomialen Pneumonie

Epidemiologie

Die nosokomiale Pneumonie ist die häufigste Todesursache unter den Krankenhausinfektionen. In der Intensivmedizin wurde die höchste Prävalenz der unteren Atemwegsinfektionen im Krankenhaus ermittelt; ihr Anteil an allen nosokomialen Infektionen liegt zwischen 50 und 65%.¹ Der wichtigste Risikofaktor für nosokomiale Pneumonien ist die maschinelle Beatmung mit endotrachealer Intubation; dabei steigt das kumulative Risiko, an einer Pneumonie zu erkranken, proportional zur Beatmungsdauer. In Deutschland treten jährlich etwa 200.000 Erkrankungsfälle an nosokomialer Pneumonie auf.² Die Sterblichkeit kann vor allem bei Patienten auf Intensivstationen bis zu 50% betragen, wobei die direkt auf die Pneumonie zurückzuführende Letalität ebenfalls bis zu 50% ansteigen kann.

Prävention

Um nosokomiale Pneumonien zu vermeiden, sollte in den jeweiligen Krankenhausbereichen ein überzeugendes Hygienekonzept vorliegen. Seit dem 1. Januar 2001 ist die fortlaufende Erfassung und Dokumentation nosokomialer Infektionen durch §23 des Infektionsschutzgesetzes (IFSG) vorgeschrieben. Die wichtigste Einzelmaßnahme zur Verhütung der nosokomialen Pneumonie ist die Händedesinfektion. Darüber hinaus werden zahlreiche weitere Maßnahmen mit unterschiedlicher Wertigkeit empfohlen (Ausbreitungskontrolle typischer exogener Erreger, Kontrolle multiresistenter Erreger über Isolierungsmaßnahmen, subglottische Sekretabsaugung, geschlossene Absaugsysteme, Hochlagerung des Patientenoberkörpers u. a.). Ein ganz wesentlicher präventiver Schritt ist die Vermeidung der Intubation zu Gunsten von nichtinvasiver Beatmung.

Diagnostik

Die kl
Pnev
den
sätzl

ZB
2926
ZB MED

der nosokomialen
ien persistieren-
tgenbild mit zu-
on drei weiteren

Kriterien (Leukozytose oder Leukopenie, Fieber über 38,3°C oder Hypothermie unter 36°C, purulentes Bronchialsekret) ist häufig mit falsch-positiven Diagnosen verbunden. Eine höhere Sensitivität und Spezifität hat der so genannte klinische pulmonale Infektionsscore (CPIS), der in einer kürzlich publizierten internationalen Konsensuskonferenz ausdrücklich empfohlen wurde.³ Neben den klinischen Parametern wird heute allgemein auch eine aussagefähige mikrobiologische Diagnostik mit mindestens semiquantitativen Techniken (Trachealaspirate, bronchoskopische Verfahren wie BAL sowie PSB) empfoh-

len, um insbesondere bei spät auftretenden Beatmungspneumonien nicht nur den jeweiligen Keim, sondern auch dessen häufig problematische Resistenzsituation zu bestimmen.⁴ Antigennachweise im Urin für *S. pneumoniae* und *Legionella pneumophila* SG 1 können eine zusätzliche und nützliche diagnostische Information darstellen.

Therapie

Bei der zunächst immer empirisch einzuleitenden antibiotischen Therapie der nosokomialen Pneumonien sind einige Basisüberlegungen notwendig. Zunächst sollte

Inhalt

4/2003

Übersicht

– Nosokomiale Pneumonie Seite 25 – 28

Antibiotikatherapie im ärztlichen Alltag (52)

– Myokarditis Seite 27

Neueinführungen

– Peginterferon-alfa2a Seite 28

SARS

– Therapie-Empfehlungen Seite 28 – 29

Kongressbericht

– 13. ECCMID Glasgow Seite 29 – 30

Akute Borreliose

– Therapiedauer? Seite 30

Intestinale Obstruktion durch Antibiotika

– Hypertrophische Pylorusstenose durch Erythromycin? Seite 30

– Intussuszeption durch Antibiotika? Seite 31

Ambulant erworbene Pneumonien

– Blutkulturen sinnvoll? Seite 31

– Betalaktamantibiotika günstiger bei Bakteriämien Seite 31

Antiinfektiva im Internet

– Fachinformationen im Internet Seite 32