

CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

Januar/Februar 2005 – 26. Jahrg.

Übersicht

Immuntherapie von Infektionen

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts waren Infektionserkrankungen die führende Ursache für Morbidität und Letalität der Bevölkerung. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts und insbesondere seit der Entwicklung der Sulfonamide und Penicilline in der Mitte des 20. Jahrhunderts schienen die Infektionskrankheiten besiegt zu sein. In den letzten 30 Jahren wurde aber deutlich, dass dieses eine verborgene Hoffnung war, da neue Infektionserreger wie HIV oder das SARS Corona-Virus für immense medizinische Probleme sorgen. Darüber hinaus ist es weltweit zu einer bedrohlichen Resistenzentwicklung von häufigen bakteriellen Erregern gekommen und weiterhin haben sich Erreger vermehrt, die bei einer gestörten Wirtsimmunität Infektionen verursachen, für die es keine Behandlungsmöglichkeiten gibt. Im Bereich der intensivmedizinischen Infektionen treten zunehmend gramnegative Erreger auf, die polyresistent sind und gegen die überhaupt keine Antibiotika mehr verfügbar sind.¹ Die geschilderten Fakten haben zu sehr unterschiedlichen Überlegungen bezüglich der Überwindung dieser Situation geführt, worunter auch die Rückbesinnung auf die schon vor mehr als 100 Jahren inaugurierte Serumtherapie gehört.

Serumtherapie

Behring und Kitasato entwickelten erstmals 1890 die Serumtherapie der Diphtherie, die bei nichtimmunen Tieren oder Menschen sowohl in der Prävention wie auch in der Therapie zu einer antitoxischen Immunität führt. Die Serumtherapie wurde nicht nur bei der Diphtherie sondern auch beim Tetanus mit Erfolg eingesetzt. Es wurde aber schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts deutlich, dass die Serumtherapie gegen Pneumokokken, Meningokokken und Streptokokken nicht sehr erfolgreich war, da bei diesen Erregern weniger die Toxinneutralisation entscheidend ist, sondern dass es bei derartigen Erregern auf eine Antikörperreaktion mit direktem bakteriziden Effekt mittels Opsonisation sowie einer Stimulation der Komplementaktivierung und anderer Immunmechanismen ankommt.

Allerdings konnte in New York City zwischen 1920 und 1940 zumindest bei der Typ I Pneumokokken-Pneumonie mittels Serumtherapie die Letalität von 20% auf 5% gesenkt werden, soweit die Behandlung innerhalb von 24 Stunden nach Beginn der Symptomatik begonnen wurde.

Die Serumtherapie wurde mit Erfolg auch für

andere bakterielle Infektionen eingesetzt, wie Haemophilus influenzae Typ B-Meningitis, Shigellose, Anthrax, Erysipel, Pertussis, Clostridieninfektionen, Tularämie und Brucellose. Der Einsatz dieser Therapie bei Staphylokokken-, Salmonellen- oder Mycobacterium tuberculosis-Infektionen war hingegen enttäuschend.

Inhalt

1/2005

Übersicht

– Immuntherapie von Infektionen Seite 1 – 4

Wichtige Erreger in Klinik und Praxis (7)

– Streptococcus viridans Seite 3

Neueinführung

– Itraconazol intravenös Seite 4 – 5

Pneumonie

– Richtlinien hilfreich? Seite 5
– Risiko erhöht bei Magentherapie Seite 5

Brucellose

– Optimale Therapiedauer? Seite 5 – 6

Ketolide

– Aktiv gegen resistente Pneumokokken Seite 6
– Interaktionen beachten Seite 6

Mittel der Wahl

– Ciprofloxacin nach Dauerkatheter? Seite 6
– Carbapeneme bei Penicillin-Allergie? Seite 6 – 7
– INH in der Tb-Prävention Seite 7

Nebenwirkungen

– Anämie unter Linezolid bei Dauertherapie Seite 7
– Hautreaktionen nach Voriconazol Seite 7 – 8
– Verhindern Laktobakterien die Entwicklung resistenter intestinaler Bakterien? Seite 8

Bitte beachten Sie auch die Internetversion dieser Zeitschrift unter www.zct-berlin.de

Zs. 8
2926