

CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

Januar/Februar 2006 - 27. Jahrg.

Übersicht

Fußinfektionen bei Patienten mit Diabetes mellitus

Fußinfektionen sind bei Patienten mit Diabetes mellitus häufig, das entsprechende Risiko beträgt im Laufe des Lebens etwa 12 bis 25%. Fußinfektionen bei Diabetikern sind die häufigste Ursache für eine Amputation der unteren Extremität. Leider wird diese risikoreiche Komplikation einer weitverbreiteten Erkrankung oftmals nicht adäquat behandelt. Die optimale Therapie muss der komplexen Pathogenese der Erkrankung Rechnung tragen und erfordert den koordinierten Einsatz chirurgischer und infektiologischer Maßnahmen.^{1,2}

Pathogenese, Erreger

Auslösende Faktoren sind die Diabetesbedingte Polyneuropathie und Angiopathie. Aus den neurogenen Veränderungen resultiert eine veränderte Statik mit Störung der gesamten Fußmotorik. Charakteristisch ist eine Krallenstellung der Zehen mit einer übermäßigen Belastung des Plantarbereiches. Es besteht eine Atrophie der Binnenmuskulatur des Fußes, sowie eine Knochenatrophie. Der Krankheitsverlauf wird im wesentlichen durch drei Faktoren beeinflusst: 1. den mechanischen Stress, 2. die bakterielle Infektion, und 3. ein mögliches Kompartmentsyndrom.^{1,2} Durch die Fehlbelastung entwickeln sich Ulzerationen, die vom Patienten oft unbemerkt bleiben, weil eine Sensibilitätsstörung besteht. Aufgrund der pathologischen Veränderungen kann sich rasch eine schwerwiegende bakterielle Infektion entwickeln, die die gesamte Extremität gefährden kann. Es sollte zunächst unterschieden werden zwischen der primären Haut-/Weichteilinfektion und einer möglichen Osteomyelitis, allerdings kommt es häufig zu einem schleichenden Übergang von der Weichteilinfektion zur Infektion des Knochens. Diverse Studien haben gezeigt, dass bei etwa jedem vierten Patienten eine Knochenbeteiligung vorliegt.³

Voraussetzung für eine zielgerichtete antimikrobielle Therapie ist eine möglichst präzise Diagnose, einschließlich mikrobiologischer Diagnostik.^{4,5} Ursächliche Erreger können

Inhalt

1/2006

Übersicht

- Fußinfektionen bei Diabetes-Patienten Seite 1-4
- Therapie von Fußinfektionen Seite 4-5

Wichtige Erreger in Klinik und Praxis (13)

- Escherichia coli Seite 3

Neueinführung

- Posaconazol Seite 5-6

Kongressbericht

- 45. ICAAC, Washington Seite 6

HIV

- Aktuelle Epidemiologie Seite 6-7
- Resistenzen bei Neuinfizierten Seite 7
- HAART - wann beginnen? Seite 7
- Impfung - nicht erfolgreich Seite 7-8
- Ungeeignete Dreierkombination Seite 8

Atemwegsinfektionen

- Moxifloxacin versus Levofloxacin bei Pneumonien Seite 8-9
- Oseltamivir-Resistenz bei Influenza A (H5N1) Seite 9
- Herdimmunität durch konjugierte Pneumokokkenvakzine Seite 9

Gynäkologische Infektionen

- Tubo-ovarialer Abszess Seite 9
- Famciclovir bei Herpes genitalis Seite 9-10
- Therapie der Frühsyphilis Seite 10

Letzte Meldung

Seite 10

meist grampositive Kokken nachgewiesen werden, häufig liegt aber eine polymikrobielle Infektion vor, an der auch gramnegative Bakterien und Anaerobier beteiligt sind. Zur mikrobiologischen Diagnostik wird empfohlen, exzidiertes oder aspiriertes Material anstelle von Wundabstrichen zu untersuchen. Bei Patienten mit Symptomen einer systemischen Infektion müssen Blutkulturen angelegt werden. Die Ergebnisse der mikrobiologischen Untersuchung

von Material aus dem Geschwür entspricht in den meisten Fällen nicht den Ergebnissen der Knochenuntersuchung. Der Goldstandard zur Diagnostik einer Knochenbeteiligung ist daher die Knochenbiopsie mit mikrobiologischer und histologischer Auswertung. Aktuelle Daten von 69 Diabetikern zeigten, dass nur etwa bei jedem sechsten Patienten die Resultate aus den beiden Untersuchungsmaterialien Abstrich und Knochenbiopsie identisch waren.^{4,5}