

# CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

Mai/Juni 2006 - 27. Jahrg.

## Übersicht

### Clostridium difficile - Infektionen – aktuelle Probleme

#### Epidemiologie

Clostridium difficile ist ein grampositives, anaerobes, Sporen-bildendes Bakterium, welches eine pseudomembranöse Kolitis und andere Erkrankungen verursachen kann. Die C. difficile-assoziierte Diarrhö (CDAD) ist die häufigste nosokomiale infektiös bedingte Diarrhö in den westlichen Industrieländern. Der Erreger wird üblicherweise im Krankenhaus erworben und kann ein breites Spektrum von Erkrankungen hervorrufen, von der asymptomatischen Kolonisation des Intestinaltrakts bis hin zu akuten Diarrhöen und einer pseudomembranösen Kolitis, die zu schweren Verläufen mit Kolonperforation, Sepsis und Tod führen kann. Studien in den Siebziger Jahren konnten belegen, dass zwei Toxine (A und B) in der Pathogenese von C. difficile-assoziierten Infektionen eine bedeutsame Rolle spielen.<sup>1,2</sup> In den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme der CDAD-Erkrankungen aufgefallen. In den USA kam es zu einem Anstieg um 26% vom Jahr 2000 auf das Jahr 2001. Darüber hinaus fiel auch eine Veränderung des Krankheitsverlaufes auf mit schweren infektiösen Komplikationen und einer Verdoppelung der Letalität auf bis zu 8% der erkrankten Patienten. Eine systematische Untersuchung von 187 C. difficile-Isolaten aus den Jahren 2000 bis 2003 durch das CDC (Centers for Disease Control und Prevention) und deren Vergleich mit 14 Stämmen von früheren Ausbrüchen zeigte eine erstaunliche Veränderung der in den letzten Jahren isolierten Stämme. Der neue Clostridium difficile-Stamm (Ribotyp 027, PFGE Typ NAP1, Toxinotyp III) wurde in allen acht untersuchten Kliniken nachgewiesen und verfügte über eine hohe Produktion der Toxine A und B sowie zusätzlich über ein binäres Toxin mit bisher noch unbekannter Funktion. Die Bildung von Toxin A durch den neuen Stamm war in vitro 16 mal höher, als bei den vergleichend untersuchten Stämmen (s. Abb. S. 22).<sup>3,4,5</sup> Dieser Stamm erwies sich als Fluorchinolone-resistent, scheint zu mehr Ausbrüchen zu neigen mit hoher Kontagiosität und ist inzwischen in 16 Staaten der USA beschrieben worden. Er hat zu einer fünf

## Inhalt

# 3/2006

### Übersicht

- Clostridium difficile-Infektionen Seite 21-24
- Antazida und C. difficile Seite 24

### Wichtige Erreger in Klinik und Praxis (15)

- Enterobacter Spezies Seite 23

### Neueinführung

- Tigecyclin Seite 24-26

### Antibiotika und Kohlenhydratstoffwechsel

- Fluorchinolone Seite 26
- Co-Trimoxazol Seite 26

### Linezolid

- Versus Vancomycin bei neutropenischem Fieber Seite 26-27
- Länger dauernde Therapie Seite 27

### Mittel der Wahl

- Telithromycin bei Asthma? Seite 27
- Dexamethason bei Meningitis? Seite 27-28

### Akute Pharyngitis

- Rationales Management Seite 28

### Infektionsprävention und Epidemiologie

- Konjugierte Pneumokokkenvakzine senkt Resistenzen Seite 28
- Levofloxacin bei Apoplex? Seite 28-29
- Tbc weltweit und in Deutschland Seite 29

### Pharmakokinetik

- Ertapenem - Dosierung bei Adipositas Seite 29

### Polymyxin B

- Mikrobiologische Aktivität Seite 29-30

### Nebenwirkungen

- ZNS-Unverträglichkeit unter Aciclovir Seite 30

25. B  
2926  
ZB MED