

# DER ARZNEIMITTELBRIEF

Unabhängiges  
Informationsblatt



Gegründet von  
H. Herxheimer, M. Schwab,  
H.-W. Spier  
Herausgeber  
Dietrich von Herrath,  
Wolf-Dieter Ludwig,  
Walter Thimme

Schriftleitung  
Dietrich von Herrath, Wolf-Dieter Ludwig,  
Wolfgang Oelkers, Thomas Schneider,  
Jochen Schuler, Walter Thimme  
Mitarbeiter  
Matthias Döring, Andreas Michalsen

Jahrgang 40  
Nr. 11  
Berlin  
November 2006

## Akute bakterielle Meningitis bei Erwachsenen: Neue Aspekte in Diagnostik und Therapie

**Zusammenfassung:** Die akute Meningitis ist ein medizinischer Notfall, der rasches und evidenzbasiertes Handeln erfordert. Sie hat trotz der Fortschritte in Diagnostik und Therapie immer noch eine hohe Letalität. In Europa und Nordamerika ist *Streptococcus pneumoniae* der häufigste Erreger der bakteriellen Meningitis. Daneben gibt es eine Reihe anderer Erreger, insbesondere bei der zunehmenden Zahl immungeschwächter Patienten, die teilweise eine spezielle Therapie erfordern. Bei jedem Verdacht auf infektiöse Meningitis sollte vor der antibiotischen Therapie die Abnahme von Blutkulturen und die Gewinnung von Liquor für die Erregerdiagnostik angestrebt werden. Von diesem Vorgehen sollte nur in Ausnahmesituationen abgewichen werden. Eine europäische, multizentrische, verblindete, plazebo-kontrollierte, randomisierte Studie, in die über neun Jahre 301 Patienten eingeschlossen wurden, ergab, dass Dexamethason (20 Minuten vor bzw. gleichzeitig mit dem Antibiotikum vier Tage lang gegeben) bei Patienten mit Pneumokokkenmeningitis die Letalität von 34% auf 14% und bleibende neurologische Defizite von 52% auf 14% senkt (1).

**Einleitung:** Trotz neuerer Entwicklungen der Antibiotikatherapie bleibt die bakterielle Meningitis mit einer hohen Letalität und einer hohen Rate an neurologischen Spätfolgen behaftet (2, 3). Die jährliche Inzidenz in Industrieländern liegt bei 2,6-6 Fällen pro 100000 Einwohnern, in Entwicklungsländern wird die Inzidenz zehnmal höher eingeschätzt (4). Die schnelle Entwicklung meningealer Symptome innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen grenzt das Bild der akuten Meningitis vom Krankheitsbild der chronischen Meningitis und der Enzephalitis (Bewusstseinsstörungen ohne Meningismus) ab. Die Ätiologie der akuten Meningitis ist vielfältig. Die virale ist wesentlich häufiger als die bakterielle Genese. Enteroviren sind die häufigste virale Ursache einer akuten Meningitis. Neben den infektiologischen Ursachen müssen auch maligne, immunologische und neurologische Erkrankungen differenzialdiagnostisch bedacht werden.

Meist sind es aber die bakteriellen Meningitiden, die am schwersten verlaufen. In den letzten Jahren kam es durch Einführung der Impfung gegen *Haemophilus influenzae* bei Kindern zu einem deutlichen Rückgang der durch diesen Erreger bedingten Meningitiden. Hierdurch bedingt, erhöhte sich das mediane Erkrankungsalter von 15 Monate auf 25 Jahre im Zeitraum von 1986-1995 in den USA, und als häufigster ambulant erworbener Erreger einer bakteriellen Meningitis wurde *H. influenzae* von *S. pneumoniae* abgelöst (3, 4). Die durch *S. pneumoniae* verursachte Meningitis ist

## Inhalt

Akute bakterielle Meningitis bei Erwachsenen: Neue Aspekte in Diagnostik und Therapie. . . . .	81
Zur Behandlung des akuten Myokardinfarkts bei älteren Patienten und bei Diabetikern: Ergebnisse aus dem Berliner Herzinfarktregister . . . . .	83
Neue Untersuchungen zur „Stammzell-Therapie“ beim akuten Myokardinfarkt . . . . .	84
Welche Kinder mit Otitis media profitieren von Antibiotika? . . . . .	85
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Atorvastatin, Gabapentin und Methadon . . . . .	86
Öffentliche Beratung der europäischen Gesetzgebung zur Pharmakovigilanz – Stellungnahme der Zeitschrift Prescrire International . . . . .	86
Leserbrief ACE-Hemmer im 1. Trimenon der Schwangerschaft . . . . .	87

Dosisangaben ohne Gewähr!

ein ernsthaftes klinisches Problem mit einer noch heute hohen Letalität von 16-37% und bleibenden neurologischen Schäden bei 30-52% (5). Eine Zunahme Beta-Lactam-resistenter Pneumokokken (in Deutschland wurde im Jahr 2000 von 5,8% berichtet; 6) kann die Therapie erschweren.

Im Vergleich zur ambulant erworbenen akuten bakteriellen Meningitis haben nosokomial erworbene Meningitiden häufig eine andere Genese. So sind hier bei den bakteriellen Ursachen Enterobacteriaceae und *Pseudomonas aeruginosa* mit bis zu 40% und Staphylokokken mit bis zu 20% am häufigsten. Bei Patienten mit ausgeprägter Immunsuppression muss auch vermehrt mit *Listeria monocytogenes* und *Cryptococcus neoformans* gerechnet werden (7). Durch die geschilderten Entwicklungen hat sich das Management von Patienten mit akuter bakterieller Meningitis deutlich geändert.

**Klinische Symptome:** Bei nicht immunsupprimierten Erwachsenen steht die bekannte Trias von Fieber, Nackensteifigkeit und Vigilanzstörung im Vordergrund. Bei einer retrospektiven Auswertung von Erwachsenen mit akuter bakterieller Meningitis kam heraus, dass zu Beginn der Erkrankung nur zwei Drittel alle drei Symptome hatten, jedoch alle eines dieser drei Symptome (7). Aus dieser wie auch aus der europäischen Studie (3) kann man schließen, dass eine akute bakterielle Meningitis bei Patienten ohne mindestens eines dieser Symptome sehr selten ist. Anders ist es bei Kindern, besonders bei Früh- und Neugeborenen, sowie bei geriatrischen oder immunsupprimierten Patienten. Bei ihnen können die klassischen Meningitiszeichen häufiger fehlen, so dass man die Indikation zur Lumbalpunktion

Zs B

1375