

CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

Januar/Februar 2008 - 29. Jahrg.

Übersicht

Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie

Die ambulant erworbene Pneumonie stellt unverändert eine diagnostische und therapeutische Herausforderung an den behandelnden Arzt dar.¹ Epidemiologisch tritt sie vorwiegend bei jungen Kindern und bei älteren Patienten auf und verläuft bei diesen Patienten mit einer bedeutsamen Letalität. In Deutschland wird pro Jahr mit etwa 400 - 600.000 Pneumonie-Erkrankungen gerechnet, von denen nach den neuesten Zahlen des deutschen Qualitätserfassungsprogrammes knapp 200.000 Patienten stationär behandelt werden. Die Zahl der stationär eingewiesenen Pneumonie-Patienten schwankt erheblich in Europa. So weisen neuere Studien aus Italien und Frankreich darauf hin, dass nur 8,5 bis 20 % dieser Patienten in der Klinik betreut werden.^{2,3} Zahlreiche Faktoren beeinflussen die mikrobiologische Ätiologie der Pneumonie beim individuellen Patienten, wobei das Alter, die Schwere der Erkrankung, die Grundkrankheiten (einschließlich der immunologischen Situation), der Ort der Behandlung (innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses), die geographische Lokalisation und die damit zusammenhängenden lokalen Empfindlichkeitsdaten (Resistenz von Pneumokokken) eine Rolle spielen. Neuerdings wird auch intensiv diskutiert, ob die sogenannte „im Gesundheitswesen erworbene Pneumonie (health care associated pneumonia/HCAP)“ als getrennte Pneumonieform mit pathogenetischen und ätiologischen Besonderheiten differenziert werden soll (siehe auch ZCF 2007; 28: 59).⁴

Erreger der Pneumonie

Eine Vielzahl von Erregern kann prinzipiell eine Pneumonie verursachen. Problematisch ist die geringe Anzahl von epidemiologischen Studien im ambulanten Bereich, wo 98 % der Patienten ohne Kenntnis des Erregers empirisch behandelt werden. Selbst in Studien in akademischen klinischen Zen-

Inhalt



1/2008

Übersicht	
- Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie	Seite 1-4
Wichtige Erreger in Klinik und Praxis (25)	
- Helicobacter pylori	Seite 3
Neueinführung	
- Maraviroc	Seite 5-6
Intensivmedizin	
- Epidemiologischer Trend nosokomialer Erreger	Seite 6-7
- Prognose der E. coli-Sepsis	Seite 7
- Heparin plus Drotrecogin bei Sepsis?	Seite 7
- Therapie von Methicillin-sensiblen Staphylokokken	Seite 7-8
- Prävention der Beatmungspneumonie	Seite 8
Mykosen	
- Antimykotika-Gebrauch auf deutschen Intensivstationen	Seite 8
- Voriconazol: Kontrolle der Plasmaspiegel?	Seite 8-9
Resistenzen	
- Helicobacter-Resistenz bei Clarithromycin	Seite 9
- Makrolid-resistente Mykoplasmen	Seite 9
HIV-Infektionen	
- Primäre HIV-Resistenz in Deutschland	Seite 9-10
- VIRIP - Peptid mit antiretroviralen Eigenschaften	Seite 10

tren mit intensiver Diagnostik liegt die mikrobiologische Nachweisrate zumeist nicht über 50-60 %. Eine Zusammenstellung von zahlreichen Studien sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich zeigt, dass S. pneumoniae mit Abstand der häufigste Keim bei der ambulant erworbenen Pneumonie ist (Tab. 1).⁵ Andere Erreger wie S. aureus, Legionella Spezies und gramnegative Enterobakterien treten bei Patienten im ambulanten Bereich selten auf. Diese Erreger werden vermehrt bei Patienten mit schwerer Infektion und damit zumeist während einer Krankenhausbehandlung nachgewiesen. Mykoplasma pneumoniae hingegen wird häufiger im ambulanten Bereich insbesondere bei jüngeren Patienten beob-

achtet. M. pneumoniae, Legionella Spezies, Chlamydia pneumoniae und Viren bilden die sogenannten „atypischen Pneumonieerreger“ und werden mit Ausnahme der Legionellen vorwiegend bei ambulanten Patienten isoliert. Legionella Spezies sind die zweithäufigsten Erreger der ambulant erworbenen Pneumonie in den Mittelmeerlandern, insbesondere Spanien, was bei deutschen Urlaubern nach der Rückkehr aus diesen Gebieten berücksichtigt werden sollte. Andere Erreger wie H. influenzae und M. catarrhalis werden häufiger bei Patienten mit chronischer Bronchitis isoliert, Enterobacteriaceae und Pseudomonas aeruginosa sind als seltene Erreger bei Patienten unter chronischer Kortikosteroidthera-