

CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie November/Dezember 2008 - 29. Jahrg.

Übersicht

Therapie der Enzephalitis

Die Enzephalitis ist definiert als die Manifestation eines inflammatorischen Prozesses im Gehirn mit klinischen Zeichen pathologischer neurologischer Funktionen.¹ Das Syndrom der akuten Enzephalitis beinhaltet zahlreiche klinische Befunde der akuten Meningitis (Fieber, Schmerzen, Bewusstseinsstörungen). Es ist daher wichtig, beide Diagnosen beim individuellen Patienten zu berücksichtigen. Andere Symptome mit Dominanz bei Patienten mit Enzephalitis sind lokale neurologische Symptome, Krampfstörungen, Wesensveränderungen sowie akute kognitive Dysfunktionen. Von Bedeutung ist es, die infektiöse Enzephalitis zu unterscheiden von der postinfektiösen oder Postimmunisations-Enzephalitis, auch Enzephalomyelitis genannt. Diese letzteren Syndrome werden zumeist von immunologischen Vorgängen verursacht, die durch eine vorangegangene antigene Stimulation eines Infektionserregers oder durch andere Antigene z.B. im Rahmen einer Vakzination gesehen werden. Derartige Syndrome werden auch als akute disseminierte Enzephalomyelitiden bezeichnet.

Ätiologie

Eine Vielzahl von Erregern wird in der Ätiologie der Enzephalitis beschrieben. Allerdings bleibt bei vielen Erkrankungen (32% - 75%) trotz intensiver diagnostischer Untersuchungen die Ätiologie unklar. In einer großen Studie mit 1570 Erkrankungen über einen Zeitraum von sieben Jahren wurde die Ätiologie nur in 29% der Erkrankungen gesichert bzw. als sehr wahrscheinlich beurteilt.² Von diesen Fällen erwiesen sich 69% als viral ausgelöst, 20% als bakteriell, 7% durch Prionen, 3% durch Parasiten und 1% durch Pilze. Unter den viralen Erregern sind mit Abstand Herpes simplex-Viren führend, dabei sind HSV1-Infektionen häufiger im Erwachsenenalter, HSV2-Infektionen finden sich mehr bei Neugeborenen. Weitere virale Erreger sind Enteroviren, andere Herpes-Viren und in den USA zu-

Inhalt

6/2008

Übersicht

- Therapie der Enzephalitis

Seite 51-52

Wichtige Erreger in Klinik und Praxis (30)

- Burkholderia

Seite 53

Neueinführung

- Rifaximin

Seite 53-56

Enteritis

- Unnötiger Antibiotikagebrauch
- Vakzination bei Reisediarrhö?

Seite 56
Seite 56

C. difficile

- Ein „schwieriger“ Erreger?
- Rifaximin-Resistenz

Seite 56-57
Seite 58

Mittel der Wahl

- Vancomycin: problematisch bei MRSA-Sepsis?
- Fluconazol empirisch bei Intensivpatienten?
- Neue Vakzine gegen H5N1-Infleuzza
- Probiotika bei der Pankreatitis?

Seite 58
Seite 58
Seite 58-59
Seite 59

Veterinärmedizin und Resistenz

- Antibiotikaverbrauch
- MRSA-Kolonisation bei Schweinen

Seite 59
Seite 59-60

Pharmakokinetik

- Moxifloxacin in der Prostata

Seite 60

nehmend auch West-Nil-Viren. Unter den bakteriellen Erregern ist Mycoplasma pneumoniae der häufigste nachgewiesene Keim, wobei die Bedeutung allerdings unklar ist. Dieser Erreger ist nicht neurotropisch und wird nur sehr selten innerhalb des zentralen Nervensystems nachgewiesen.

Diagnostik

Trotz einer eher seltenen ätiologischen Klärung sollte der Nachweis einer Ursache diagnostisch angestrebt werden. Vor dem Hintergrund epidemiologischer Daten können die diagnostischen Untersuchungen gezielter durchgeführt werden. So sind anam-

nestische Hinweise bezüglich Infektionserkrankungen im Wohngebiet, jahreszeitlicher Saison, geografischer Lokalisation sowie Reiseanamnese, Freizeitaktivitäten, berufliche Expositionen, Insektenkontakte, Tierkontakte, Impfanamnese und der immunologische Status des Patienten von Bedeutung. Basierend auf diesen Informationen sollte die Diagnostik für jeden Patienten individualisiert werden. Kulturen von Blut, Liquor, Stuhl, Nasopharynxabstrichen und Sputum sind häufig erforderlich. Serologische Untersuchungen akut und in der Rekonvaleszenzphase sowie Biopsien aus spezifischem Gewebe (z.B. Lymphknoten) für Kulturen, Antigenbestimmungen, PCR-

