



Epidemiologisches Bulletin

18. Januar 2010 / Nr. 2

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Influenza-assoziierte sekundär bakterielle Pneumonie – Bedeutung, Mechanismus und Therapie

Eine aktuelle Publikation zu den in den USA im Sommer 2009 hospitalisierten Patienten mit Neuer Influenza A/H1N1 zeigt, dass bei den meisten Patienten, die intensivmedizinisch behandelt werden mussten oder verstarben, eine Influenza-assoziierte Pneumonie im bei Einweisung durchgeführten Röntgenbild zu erkennen war (73 % vs. 28 % bei nicht intensivpflichtigen Patienten).¹ Wie hoch dabei der Anteil primär viraler Pneumonien war, lässt sich schwer abschätzen, da die Nachweismethoden, die in der Routinediagnostik eingesetzt werden, für bakterielle Pathogene suboptimal sind. Die Erfahrungen aus der präantibiotischen Ära zeigen jedoch, dass der wesentliche Teil der Todesfälle während der Influenza-Pandemie 1918/1919 sekundär bakteriellen Pneumonien geschuldet war, die damals nicht antibiotisch therapiert werden konnten.² Auch während späterer Influenza-Pandemien und -Epidemien waren sekundär bakterielle Pneumonien eine häufige Komplikation und verursachten etwa ein Viertel aller Influenza-assoziierten Todesfälle.³

Der folgende Beitrag untersucht Bedeutung, Erregerspektrum und Pathomechanismus der sekundär bakteriellen Pneumonie im Rahmen einer Influenza-Erkrankung nach den bisherigen Kenntnissen sowie daraus abgeleitete Therapieempfehlungen. Bei noch offenen Fragen werden in Zukunft weitere Studien zu diesem Thema erfolgen müssen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass bei Impfungen gegen die saisonale oder Neue Influenza A/H1N1 geprüft werden sollte, ob auch eine Indikation für eine Impfung gegen Pneumokokken vorliegt.⁴

Erreger und Risikogruppen

Studiengruppe Saisonale Influenza: Eine Untersuchung der CAPNETZ (06/2002 bis 04/2007) fand bei 34 von 160 Patienten (21 %) mit einer saisonalen Influenza-assoziierten Pneumonie bakterielle Kopathogene (*Streptococcus (S.) pneumoniae*: 17/34, *Haemophilus (H.) influenzae*: 7/34, *Mycoplasma (M.) pneumoniae*: 5/34, *Staphylococcus (S.) aureus*: 2/34, *Legionella (L.) pneumophila*: 2/34, *Klebsiella (K.) oxytoca*: 1/34).⁵ Drei dieser 34 Patienten mit bakteriellen Koinfektionen verstarben (9 %) im Vergleich zu 4 von 126 Patienten (3 %), bei denen ausschließlich Influenzaviren nachgewiesen wurden.

Generell entspricht das Spektrum der bakteriellen Erreger dem der ambulant erworbenen Pneumonie; in den meisten Studien waren Pneumokokken die häufigsten bakteriellen Kopathogene. Verschiedene epidemiologische Arbeiten schlussfolgern, dass im Rahmen einer Influenza-Epidemie die Inzidenz bakteriämischer Pneumokokken-Pneumonien um 30 % ansteigen kann.⁶ Da eine HIV-Infektion ein unabhängiger Risikofaktor für eine Pneumokokken-Infektion ist (bis zu 40-fach erhöht), sind diese Personen hinsichtlich eines schweren Verlaufes im Rahmen einer Influenza-Infektion besonders gefährdet.⁶

An zweiter Stelle stehen Staphylokokken, die bei nicht Influenza-assoziierten, ambulant erworbener Pneumonie selten sind.⁷ In einer Arbeit zu Influenza-assoziierten Todesfällen bei Kindern in den USA während der Saison 2003/2004 waren Staphylokokken mit 46 % sogar die häufigsten bakteriellen Kopathogene.⁸ Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den USA im Jahr 2000 die Impfung mit Pneumokokken-Konjugatvakzine bei Kindern eingeführt wurde

Diese Woche

2/2010

Influenza

Sekundär bakterielle Pneumonien – Bedeutung, Mechanismus und Therapie

Milzbrand

Kutaner Milzbrand nach intravenösem Drogengebrauch

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik 52. Woche 2009 (Datenstand: 13. Januar 2010)

Legionellose

Zu einer Häufung von Erkrankungen in Ulm und Neu-Ulm

75.A
4496
ZB MED