

CHEMOT

ZB MED

Zs.B 2926

CC MED

35.2014,1

Zeitschrift für Chemotherapie

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

Januar/Februar 2014 - 35. Jahrg.

Übersicht

Invasive Aspergillus-Infektionen

Invasive Aspergillus-Infektionen sind eine gefürchtete Komplikation, vor allem bei Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen. Da die Zahl der hämatologischen Stammzelltransplantationen seit einigen Jahren steigt und häufiger eine hochdosierte antineoplastische Chemotherapie durchgeführt wird, stellt sich im klinischen Alltag die Frage zur Notwendigkeit einer Prophylaxe oder Therapie von Aspergillus-Infektionen und anderen invasiven Mykosen immer dringlicher. Die Diagnose einer invasiven Aspergillose ist komplex und kann dazu führen, dass eine notwendige antimykotische Therapie verspätet begonnen wird. Ein verzögerter Therapiebeginn ist jedoch mit einer erhöhten Sterberate assoziiert.

Prophylaxe oder Therapie?

Es können drei unterschiedliche Ansätze im Umgang mit diesen lebensbedrohlichen Infektionen unterschieden werden:

1. eine Prophylaxe falls der Patient aufgrund einer Konditionierung bei einer Stammzelltransplantation unter einem hohen Risiko für eine invasive Pilzinfektion steht,
2. eine empirische Therapie, wenn Infektionssymptome bestehen und eine invasive Pilzinfektion vermutet wird oder nicht ausgeschlossen werden kann,
3. ein frühzeitiger Nachweis von Zeichen einer invasiven Pilzinfektion, um mit einer gezielten Behandlung zu beginnen.¹ (siehe Tabelle Seite 2)

Die Ansichten über den Wert einer generellen antimykotischen Prophylaxe oder einer empirischen Therapie von Hochrisiko-Patienten gehen auseinander. Kritisiert werden vor allem die dadurch verursachten hohen Kosten und die möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Seit langem gilt Fieber bei Patienten mit anhaltender und ausgeprägter Neutropenie als hinreichendes Kriterium für eine empirische

Inhalt

1/2014

Übersicht

- Invasive Aspergillus-Infektionen Seite 1-4

Wichtige Erreger in Klinik und Praxis (61)

- Fusarium Spezies Seite 3

Antimykotika

- Voriconazol-Pharmakokinetik Seite 4-5
- Anidulafungin bei kritisch Kranken Seite 5
- Interaktion von Posaconazol und Fluticason Seite 5

Daptomycin

- Dosierung bei kritisch Kranken ausreichend? Seite 5-6
- Hochdosis bei bakterieller Linksherzendokarditis Seite 6

Endokarditis

- Enterokokken-Endokarditis: Optimale Therapie Seite 6-7

Ceftarolin

- Ambulant erworbene Pneumonie: Dosierung korrekt Seite 7

Epidemiologie

- Antibiotikaverbrauch in deutschen Kliniken Seite 7-8

Mittel der Wahl

- Probiotika bei Diarrhöen sinnvoll? Seite 8

Resistenz

- Resistenz bei Cholangitis-Erregern Seite 8-9

Unverträglichkeitsreaktionen

- Fluorchinolone: Dysglykämien bei Diabetikern Seite 9
- Linezolid: Thrombozytopenie häufiger bei Niereninsuffizienz Seite 9-10
- Interaktionen von Makroliden mit Statinen Seite 10

rische antimykotische Therapie. In Sevilla, Spanien, wurde der Wert einer genaueren klinischen Diagnostik im Vergleich zu dieser bisher häufig geübten Praxis prospektiv verglichen.² Bei allen Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen bestand seit fünf Tagen Fieber, das nicht auf eine empirische antibakterielle Therapie

angesprochen hatte. Erkrankte, die keine antimykotische Therapie benötigten, konnten zuverlässig identifiziert und somit der Einsatz von Antimykotika reduziert werden ohne ein erkennbar erhöhtes Risiko für einen tödlichen Ausgang. Trotzdem war die Spezifität der Strategie niedrig: bei 77% der Patienten, die eine antimykotische Therapie