

Übersicht

Tuberkulosetherapie 2017

Im Jahr 2015 erkrankten weltweit mehr als zehn Millionen Menschen an Tuberkulose, was einem geringen Rückgang gegenüber dem Vorjahr entspricht. Mehr als die Hälfte der Fälle traten in vier asiatischen (Indien, Pakistan, Indonesien, China) und zwei afrikanischen Staaten (Nigeria, Südafrika) auf. Etwa 1,4 Millionen Menschen verstarben 2015 an der Infektion. Damit hat sich die Anzahl der Todesfälle seit dem Jahr 2000 zwar um 22% verringert, die Tuberkulose bleibt jedoch die Infektionskrankheit, die weltweit am meisten Todesfälle verursacht.

In Deutschland sind die Erkrankungszahlen bei Betrachtung über die letzten Jahrzehnte kontinuierlich rückläufig, aktuell erfolgte jedoch eine Umkehr des Trends. Nach den Mitteilungen des RKI (Robert Koch-Institut) erkrankten 2016 in Deutschland 5.915 Menschen an Tuberkulose (2015: 5.852 Fälle). Die Zahlen sind deutlich höher als in den Jahren zuvor (2014: 4.526 Fälle). Tuberkulose bleibt damit hierzulande eine seltene Erkrankung, als eine mögliche Differentialdiagnose muss sie aber stets berücksichtigt werden.²

Im Juni 2017 wurde eine neue Leitlinie (S2k – Konsens-basiert) „Tuberkulose im Erwachsenenalter“ – zur Diagnostik und Therapie einschließlich Chemoprävention und -prophylaxe publiziert.³ Damit stehen aktualisierte ausführliche Informationen zur Verfügung, die von Vertretern der jeweiligen Fachgesellschaften erarbeitet wurden. Ausführlicher als in früheren Empfehlungen werden Patienten-Versorgungsaspekte, die Labor-diagnostik und das therapeutische Medikamenten-Management dargestellt. Auch die Kapitel zu Mehrfachresistenzen, HIV-Koinfektionen und zu Arzneimitteln für die Tuberkulosetherapie werden eingehender beschrieben. Die zur Therapie benutzten Wirkstoffe werden

Inhalt

5-2017

Übersicht

- Tuberkulosetherapie 2017 Seite 41-44
- Neue Daten zur Rifampicin-Resistenz Seite 44
- Pyrazinamid Pharmakokinetik Seite 44-45

Aktuelle Epidemiologie und Diagnostik in der Mikrobiologie (16)

- Bakterientypisierung Seite 43

Neueinführung

- Symtuza Seite 45-46

Influenza-Vakzination

- Empfehlungen 2017/2018 Seite 46-47
- Wirksamkeit 2015/2016 Seite 47
- Wiederholte Impfung effektiv Seite 47

Resistenz

- Linezolid – kaum Resistenzen Seite 47-48

Antibiotic Stewardship

- Sepsis-Therapie von Oxacillin-sensiblen *S. aureus* Seite 48-49
- Welche Therapie bei infizierten kardiologischen Implantaten Seite 49
- Antibiotika bei unkomplizierten Hautabszessen notwendig? Seite 49-50

Nebenwirkungen

- Colistin: Pulmonale Toxizität? Seite 50

jetzt als „Medikamente der Standardtherapie“ (früher: Erstrangmedikamente) und Medikamente der Nicht-Standardtherapie (früher: Zweitrangmedikamente) bezeichnet.³

Standardtherapie: Initialphase und Kontinuitätsphase

Die Grundprinzipien der Standardtherapie der unkomplizierten Tuberkulose haben sich nicht geändert. Für Patienten ohne Risikofaktoren wird eine initiale Vierfachtherapie mit Isoniazid (INH; ISOZID u.a.), Rifampicin (RMP; EREMFAT u.a.), Pyrazinamid (PZA; PYRAFAT) und Ethambutol (EMB; MYAMBUTOL u.a.), für zwei Monate empfohlen. In der anschließenden Kontinuitätsphase der Therapie sollen INH und RMP über wei-

tere vier Monate verabreicht werden. Die Einnahme der Medikamente erfolgt gleichzeitig auf nüchternen Magen oder – bei schlechter Verträglichkeit – nach einem leichten fettarmen Frühstück. Bei ausgedehnter kaverner Tuberkulose kann eine Gesamtdauer von neun Monaten Behandlung auch bei nachgewiesener Empfindlichkeit des Erregers angezeigt sein, um das erhöhte Risiko eines Rezidivs zu reduzieren. In diesen Fällen wird nach der Initialphase von zwei Monaten für einen Monat eine Dreierkombination (INH, RMP, PZA) verabreicht und anschließend die Phase mit einer INH / RMP-Behandlung um zwei Monate verlängert. Eine initiale Dreifachtherapie mit INH, RMP und PZA wird generell nicht empfohlen. Im Fall einer unerkannten