

Übersicht

Langzeittherapie mit Antibiotika: Gibt es sinnvolle Indikationen?

Weltweit ist es zu einem beträchtlichen Anstieg von multiresistenten bakteriellen Erregern gekommen, was zu einem Umdenken hinsichtlich des rationalen Gebrauchs von Antibiotika geführt hat. Da Zeitdauer und Umfang des Antibiotikaeinsatzes erheblich die Resistenzentwicklung insbesondere der körpereigenen bakteriellen Flora bestimmen, wird die überwiegende Mehrzahl von akuten Infektionen heute nur noch drei bis acht Tage lang behandelt. Nur in wenigen Ausnahmen, wie z.B. Endokarditis, Knochen- und Gelenkinfektionen, muss über mehrere Wochen und Monate therapiert werden. Im klinischen Alltag treten allerdings immer wieder seltene Indikationen auf, bei denen eine Langzeitbehandlung mit Antibiotika über sechs bis 12 Monate hinaus notwendig erscheint. Die Indikationen für eine derzeitige Langzeittherapie und die notwendige Evidenz dieser Intervention wurden kürzlich von einer australischen Arbeitsgruppe diskutiert.¹ Gründe für eine antibiotische Langzeittherapie können folgende Überlegungen sein:

1. Eine *suppressiv* Therapie bei chronischen Infektionen, die anderweitig nicht behandelt werden können.
2. Eine *prophylaktische* Antibiotikagabe, um häufige Infektionen bei bestimmten Grunderkrankungen mit entsprechenden immunologischen Störungen zu verhindern.
3. Nutzung der *immunmodulatorischen Eigenschaften* bestimmter Antibiotika, um rezidivierende chronische Infektionen zu reduzieren (Tabelle 1, Seite 12).

Suppressive antimikrobielle Therapie

Infektionen von Gelenkprothesen

Trotz der Entwicklung moderner chirurgischer Verfahren und dem Einsatz

Inhalt

2-2019

Übersicht

- Langzeit-Antibiotika: Sinnvolle Indikationen? Seite 11-14

Aktuelle Epidemiologie und Diagnostik in der Mikrobiologie (25)

- Fäkaltransplantation (Teil 1) Seite 13

Neueinführung

- Vaborbactam/Meropenem (VABOMERE) Seite 14-16

Resistenz

- β -Laktamasen: gestern und heute Seite 16-17

Pharmakokinetik

- Tenofovir bei Schwangeren Seite 17

Mittel der Wahl

- Erythema migrans: Welches Antibiotikum? Seite 18
- Probiotika bei kindlicher Gastroenteritis? Seite 18-19

Tuberkulose

- Therapeutischer Durchbruch bei Resistenz? Seite 19

Vakzination

- Herpes Zoster-Vakzine: Verträglichkeit Seite 19-20

Rote-Hand-Brief

- Elvitegravir in der Schwangerschaft Seite 20

einer perioperativen antimikrobiellen Prophylaxe liegt die Rate von Protheseninfektionen unverändert bei 1 bis 2 %. In den internationalen Leitlinien wird bei derartigen Infektionen ein umfangreiches Debridement mit nachfolgender längerer antibiotischer Therapie empfohlen oder als Alternative die Entfernung der Prothese mit einzeitigem oder zweizeitigem Ersatz unter antibiotischer Therapie.^{2,3} Bei Misserfolg dieser zuvor genannten Maßnahmen und einer anhaltenden Protheseninfektion wird eine langdauernde Antibiotikatherapie empfohlen. Die hierbei einzusetzenden Substanzen sollten sich an dem primär nachgewiesenen Keim orientieren. Für *S. aureus* werden Cephalexin, Dicloxacillin oder Clindamycin empfohlen; bei einer MRSA-Infektion sollte primär Cotrimoxazol gewählt werden, Alternativen sind Rifampicin in Kombina-

tion mit Fusidinsäure (in Deutschland nicht im Handel) oder Fluorchinolone in Kombination mit Rifampicin. Diese Empfehlungen beruhen vorwiegend auf zahlenmäßig begrenzten, wenig aussagefähigen Studien und Expertenmeinungen, so dass die Evidenz *nur als moderat* bewertet wird.

Infektionen von Gefäßprothesen

Die Infektionsrate nach dem Einsatz einer Gefäßprothese wird zwischen 1 und 6 % angegeben.⁴ Die Leitlinien der amerikanischen kardiologischen Gesellschaft empfehlen bei einer Infektion eine sechswöchige intravenöse antibiotische Therapie, gefolgt von einer weiteren sechsmonatigen oralen Behandlung.⁵ Kann die infizierte Prothese aus unterschiedlichen Gründen (schwere Grunderkrankung usw.) nicht ersetzt werden, muss sich eine weitere