

Atemwegserkrankungen

Nicht jede Infektion bedarf Antibiotika

Die Deutsche Atemwegs-Liga hat im November 1997 ihre Empfehlungen zur Antibiotika-Therapie bei infektiösen Bronchialerkrankungen aktualisiert. Prof. Heinrich Worth (Fürth) präsentierte die Inhalte im Rahmen einer Pressekonferenz:

Die akute Bronchitis wird meist durch Viren verursacht. Ein eitriges Sputum weist auf eine bakterielle Genese oder Superinfektion hin. Doch auch wenn die Bronchitis durch Bakterien ausgelöst wird, sind Antibiotika in der Regel nicht erforderlich. Ausnahmen bilden Säuglinge, Kinder mit Lungener-

krankungen, ältere Patienten, Patienten mit chronischen Grunderkrankungen oder mit Immundefizienz. Bei Patienten mit chronischer Bronchitis sind Pneumokokken, Haemophilus influenzae, hämolysierende Streptokokken, Staphylococcus aureus und Moraxella catarrhalis.

Auch bei akuten Exazerbationen einer chronischen Bronchitis stehen diese Keime im Vordergrund. Bei Patienten mit schwerer Einschränkung der Lungenfunktion gewinnen auch gramnegative Erreger wie Klebsiellen an Bedeutung. Jede Exazerbation einer chronischen Bronchitis muß antibiotisch behandelt werden. Gleichzeitig muß die antiobstruktive Medikation intensiviert werden, zum Beispiel durch kurz-

tante. Für die kalkulierte Therapie empfiehlt die Atemwegs-Liga Aminopenicilline (plus Betalactamase-Inhibitor), Cephalosporine und Makrolide als Substanzen erster Wahl.

Aminopenicilline allein sind gegen Staphylokokken und M. catarrhalis nicht ausreichend wirksam. Durch Kombination mit einem Betalactamase-Inhibitor kann das Spektrum auf betalactamasebildende Keime wie S. aureus, M. catarrhalis und H. influenzae ausgeweitet werden. Doch die Kombination verursacht auch mehr gastrointestinale Nebeneffekte.

Klassische Oralcephalosporine wie Cefalexin, Cefadroxil und Cefaclor zeigen gute Wirksamkeit gegenüber grampositiven Erregern wie Streptokokken und Staphylokokken, aber nur mäßige Aktivität gegen Enterobakterien. Cefaclor wirkt besser als die beiden anderen Substanzen gegen H. influenzae.

Cefuroxim-Axetil, Loracarbef und Cefixim umfassen anders als ältere Cephalosporine auch M. catarrhalis und H. influenzae. Außerdem sind sie stabil gegen Betalactamasen von Enterobakterien. Diese Eigenschaften bedingen, daß diese drei Substanzen auch bei komplizierten Infektionen der oberen und unteren Atemwege eingesetzt werden können. Cefpodoxim-Proxetil wirkt etwas schwächer als Cefuroxim-Axetil und Loracarbef gegen Staphylokokken, aber stärker gegen gramnegative Keime. Alle Cephalosporine zeichnen sich durch eine gute Verträglichkeit aus.

Alle Makrolid-Antibiotika – auch die neueren – haben gewisse Schwächen gegen H. influenzae. Am wenigsten trifft dies für Azithromycin zu. Die Stärke der Makrolide ist ihre gute Wirksamkeit gegen Erreger atypischer Pneumonien wie Mykoplasmen, Chlamydien und Legionellen.

Tetracycline sind nur noch für die Therapie unkomplizierter Atemwegsinfektion geeignet. Bei Patienten mit

rezidivierenden Atemwegsinfekten durch Erreger mit unbekannter Resistenzsituation sollte man Tetracycline nicht geben. Immerhin sind bei uns zehn bis 15 Prozent der Pneumokokken und zwei bis drei Prozent der Stämme von H. influenzae resistent gegen Tetracycline. Auch Tetracycline wirken gut gegen atypische Erreger.

Chinolone wie Ofloxacin und Ciprofloxacin gehören nicht zu den Medikamenten der ersten Wahl bei Atemwegsinfektionen, weil sie eine geringe Aktivität gegen Pneumokokken zeigen. Bei komplizierten Infektionen multimorbider Patienten und bei Bronchiektasen sind sie jedoch zu empfehlen. Neuere Chinolone wie Sparfloxacin, Levofloxacin und Grepafloxacin weisen höhere Aktivität gegen Pneumokokken auf. Bei Patienten mit häufigen Exazerbationen einer chronischen Bronchitis können die neueren Chinolone als Mittel der Wahl empfohlen werden. Dr. med. A. Bischoff

Diagnostik: Bei wem?

Eine mikrobiologische Diagnostik ist nach Worth bei der akuten Bronchitis in der Regel entbehrlich. Nur wenn die kalkulierte antibiotische Therapie nach 72 Stunden noch keine klinisch erkennbare Wirkung zeigt oder bei Patienten mit häufigen akuten Schüben von Bronchialinfekten sollte man den Erreger bestimmen. Wichtig ist, daß das Sputum bereits innerhalb von zwei bis vier Stunden im bakteriologischen Labor verarbeitet wird.

Akute bakterielle Exazerbationen einer chronischen Bronchitis machen sich durch plötzliche eitrig verfärbte Sputums, eine Abnahme der Lungenfunktion und Leukozytose bemerkbar. Bei vielen Patienten entwickelt sich jedoch kaum eine Leukozytose. In solchen Fällen ist die CRP-Bestimmung hilfreich, um die bakterielle Genese zu sichern. Eine Erreger-Diagnostik ist auch bei der exazerbierten chronischen Bronchitis nur bei komplizierten Fällen notwendig. AB

krankungen, ältere Patienten, Patienten mit chronischen Grunderkrankungen oder mit Immundefizienz.

Wie Worth betonte, werden in Deutschland viele Millionen Mark durch überflüssige Antibiotika „verpulvert“. Er riet dringend dazu, „das Überflüssige wegzulassen, damit man das Notwendige noch machen kann“.

Die wichtigsten bakteriellen Erreger der akuten Bron-

chitis sind Pneumokokken, Haemophilus influenzae, hämolysierende Streptokokken, Staphylococcus aureus und Moraxella catarrhalis.

Die Antibiotika-Therapie von bakteriellen Bronchitiden erfolgt in der Regel empirisch beziehungsweise kalkuliert. Daraus ergibt sich die Forderung, daß das eingesetzte Antibiotikum die Leitkeime sicher erfaßt. Die Effektivität eines Antibiotikums ist – auch und gerade unter Kostengesichtspunkten – das entscheidende Auswahlkriterium, wie Worth be-

Janssen-Cilag unterstützt Kindernetzwerk

Die Janssen-Cilag GmbH (Neuss) ist neuer Hauptförderer des „Kindernetzwerks für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft e. V.“.

Die inzwischen fast 30 000 Daten umfassende Adressen-Datenbank liefert wichtige Informationen für interessierte Ärzte und betroffene Eltern. Seit 1993 sind von Mitarbeitern des Kindernetzwerks 25 000 Anfragen beantwortet worden. Mit den Mitteln des neuen Hauptsponsors will das Kindernetzwerk die Beratungs- und Informationstätigkeit für mittlerweile 1 200 Erkrankungen, Behinderungen und Problembereiche im Kinder- und Jugendalter noch weiter professionalisieren und künftig auch international ausrichten. Annette Porcher-Spark