

Aktuelle Behandlung der nosokomialen und Ventilator assoziierten Pneumonie*

Vorspann

Nosokomiale Pneumonien sind mit hoher Letalität verbunden. In Abhängigkeit von weiteren Risikofaktoren, wie strukturelle Lungenerkrankung, extrapulmonales Organversagen, Beatmung und inadäquate initiale Antibiotikatherapie, kann die Mortalität bis zu 70% betragen. Das moderne Fluorchinolon Levofloxacin (in Deutschland Tavanic®) hat im November 2002 in den USA die Zulassungserweiterung zur Behandlung der nosokomialen Pneumonie erhalten.

In der Session "Pneumonie – Aktuelles zur Diagnose und Therapie" im Rahmen des 7. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin in Berlin gab Prof. Dr. med. Tobias Welte, Universitätsklinik Magdeburg, einen Überblick zu Häufigkeit und Vorkommen nosokomialer Pneumonien und dem therapeutischen Vorgehen. Das folgende Interview faßt die wesentlichen Aspekte zusammen.



Prof. Dr. med. Tobias Welte

? Herr Professor Welte, auf der Intensivstation stellt vor allem die Beatmungspneumonie ein Problem dar. Welche Rolle spielt dabei die Beatmungsdauer?

Eine ganz entscheidende, weil mehr als 75% der langzeitbeatmeten Patienten (> 10 Tage) eine Pneumonie (sog. VAP) entwickeln. Im Bereich internistischer Intensivstationen beträgt die Inzidenz der VAP 12,1%, das entspricht 16,5 Fälle pro 1.000 Patiententage. Das bedeutet auch eine erhebliche Kostenbelastung für das Gesundheitssystem.

? Welche Erreger finden sich und wie verschiebt sich das Keimspektrum?

In der frühen Phase der Infektion werden gut behandelbare Erreger gefunden wie Pneumokokken und Haemophilus influenzae. Nach etwa 5 Tagen verschiebt sich das Keimspektrum in Richtung gramnega-

tiver Erreger wie Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter und resistenter Kokken wie dem methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA). Multi-resistente Keime sind für die Letalitätserhöhung verantwortlich. Deshalb ist es wichtig, diese Keime bei der Planung der Antibiotikatherapie zu berücksichtigen.

? Wie sollte der Kliniker bei der Therapie vorgehen?

Patienten mit einer eher leichten Pneumonie, die nicht antibiotisch vorbehandelt wurden und die diese Infektion während der ersten 7 Tage des Krankenhausaufenthaltes erwerben, können mit Aminopenicillinen (+ Inhibitor) oder nicht pseudomonaswirksamen Drittgenerations-Cephalosporinen behandelt werden. Bei schweren Infektionen oder bei Antibiotika vorbehandelten Patienten, vor allem wenn diese längere Zeit beatmet sind, muß eine hochdosierte, breit wirksame Therapie durchgeführt werden. Neben Ureidopenicillinen (+ Inhibitor), pseudomonaswirksamen Cephalosporinen und Carbapenemen kommen hier vor allem pseudomonaswirksame Fluorchinolone wie Cipro- oder Levofloxacin in Betracht. Bei Verdacht auf MRSA sollte zusätzlich eine Therapie mit Vancomycin + Rifampicin (anstelle Rifampicin kann alternativ Fosfomycin oder Fusidinsäure gegeben werden) ergänzt werden.

? Das Gruppe 3 Fluorchinolon Levofloxacin hat gerade in den USA die Zulassungserweiterung für die Therapie der nosokomialen Pneumonie erhalten. Welche Vorteile bietet die Substanz im klinischen Alltag?

Fluorchinolone zeichnen sich durch eine ausgezeichnete Penetrabilität in die Lunge aus. Levofloxacin hat ein sehr breites Wirkspektrum: es wirkt gleichermaßen gegen die wichtigsten Kokken- (außer MRSA) und Stäbcheninfektionen, aber auch gegen atypische Erreger. Neuere Studien zeigen gute Erfolge in der Therapie von Problemkeimen wie Pseudomonas aeruginosa und Stenotrophomonas maltophilia. Die amerikanische Zulassung im Bereich der Intensivmedizin ist daher folgerichtig und erweitert hier deutlich die Therapiemöglichkeiten.

Herr Professor Welte, vielen Dank für das Interview!

Regina Burian



* Quelle: Symposium von Aventis im Rahmen des 7. Kongresses für Infektionskrankheiten und Intensivmedizin am 28.02.2003, Berlin.