

INFEKTIONSTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

MAI - JUNI 2016 - 37. JAHRGANG

Übersicht

Therapie von Harnwegsinfektionen trotz „Resistenz“ der Erreger?

Grundlage einer rationalen antiinfektiven Therapie ist die mikrobiologische Diagnostik – der Nachweis des Erregers und die Bestimmung seiner Empfindlichkeit sollten angestrebt werden. Aus verschiedenen Gründen ist jedoch eine Isolierung des ursächlichen Erregers nicht immer möglich oder notwendig und es erfolgt eine kalkulierte Antibiotikatherapie. Von entscheidender Bedeutung für die Auswahl eines wirksamen Antibiotikums ist die Frage, welche Konzentrationen zur Unterscheidung zwischen „empfindlich“ und „resistent“ zugrunde gelegt werden. Theoretisch sollte die Konzentration des nicht proteingebundenen Wirkstoffs am Ort der Infektion oberhalb der Konzentration liegen, die in vitro erforderlich ist, um die Bakterien in ihrer Vermehrung zu hemmen oder sie zu beseitigen. Zumeist beruhen die mikrobiologischen Ergebnisse „resistent“ oder „sensibel“ auf den Serumkonzentrationen nach üblicher Dosis und der Verteilung der Hemmkonzentrationen des jeweiligen bakteriellen Erregers.

Zu den häufigsten bakteriellen Infektionen zählen Harnwegsinfektionen, die klinisch sehr variabel verlaufen können. Wenn die mit einer üblichen Dosierung im Blut erreichbaren Konzentrationen zugrunde gelegt werden, sind heute viele Wirkstoffe, die in den vergangenen Jahrzehnten zur Behandlung von Harnwegsinfektionen angewandt wurden, wegen Resistenz der Erreger nicht mehr geeignet. Die Resistenzraten von *Escherichia coli* sind bei Cotrimoxazol (diverse Generika), Aminopenicillinen und Chinolonen heute so hoch, dass ein sinnvoller Einsatz bei Harnwegsinfektionen nicht empfohlen wird. Bei einer unkomplizierten, durch *E. coli* verursachten In-

Inhalt	3-2016
Übersicht	
• Harnwegsinfektionen – resistente Erreger bedeutsam?	Seite 21-24
Aktuelle Epidemiologie und Diagnostik in der Mikrobiologie (8)	
• Empfindlichkeitstestung von Bakterien freier Text	Seite 23
Neueinführung	
• Genvoya freier Text	Seite 24-26
Pneumonie	
• Ambulant erworbene Pneumonie: Ätiologie bestimmt mit RT-PCR.	Seite 26-27
• Ceftarolin versus Ceftriaxon bei schwerer Pneumonie	Seite 27
Tuberkulose	
• WHO-Bericht	Seite 27
• Anstieg in Deutschland	Seite 27-28
• Resistenzentwicklung gegen Bedaquilin und Delamanid	Seite 28
Hautinfektionen	
• Dauer der MRSA-Kolonisation	Seite 28
• Einmaltherapie mit Dalbavancin effektiv?	Seite 28-29
Resistenz	
• Resistenzbekämpfung: Deklaration der Pharma-Industrie	Seite 29
• Linezolid: aktuelle antibakterielle Aktivität	Seite 29-30
Kongressbericht	
• ECCMID 2016	Seite 30

fektion, etwa einer Zystitis bei jüngeren Frauen, werden daher heute zunehmend ältere Antiinfektiva, wie Nitrofurantoin (FURADANTIN u.a.) oder Fosfomycin-Trometamol (MONURIL u.a.) verordnet (vgl. Zeitschrift für Infektionstherapie 2013; 34(5):41-44, www.infektio.de, Archiv).

Harnwegstherapeutika – lang bekannt und heute wieder aktuell

Die zur Bestimmung der Resistenz angewandten Grenzwerte sind keinesfalls unumstritten und werden gelegentlich angepasst. So wurden Stämme von *E. co-*

li mit einer Hemmkonzentration von 256 mg Fosfomycin pro Liter in einer Publikation von 2008 als resistent angesehen, heute wird eher ein Wert von ≥ 64 mg/l angenommen, trotzdem sind auch bei diesem Grenzwert nur wenige Stämme resistent.

Mit oral verabreichtem Fosfomycin und anderen „Harnwegstherapeutika“ werden keine ausreichenden Konzentrationen im Blut erzielt, fast alle Erreger wären dann als resistent anzusehen. Legt man aber die Konzentrationen im Urin zugrunde, sind fast alle Stämme