

INFEKTIONSTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

JANUAR/FEBRUAR 2017 - 38. JAHRGANG

Übersicht

Optimale Dauer der Antibiotikatherapie – eine aktuelle Bestandsaufnahme

In frühen Berichten aus den 1940er Jahren über die notwendige Dauer einer Antibiotikatherapie bei Patienten mit Pneumonie wird darauf hingewiesen, dass die Gabe von Penicillin (diverse Handelsnamen) für etwa zwei bis vier Tage ausreichend sei, um hohe Heilungsraten zu erzielen. Um Rückfälle zu vermeiden, setzten sich wenig später jedoch Empfehlungen für längere Behandlungszeiten durch. Es wurde nun geraten, Penicillin bis zur Normalisierung der Körpertemperatur und anschließend für weitere zwei bis drei Tage zu verabreichen. Es bleibt unklar, wann und warum die Ansicht entstand, dass mit einer längeren Behandlungsdauer über den Zeitpunkt der Symptombesserung hinaus einer Resistenzentwicklung entgegengewirkt werden könnte. Dies ist offenbar nicht richtig – etliche Studien zeigen, dass mit längerer Gabe von Antibiotika resistente Erreger vermehrt selektiert werden.

Carbapenem-Resistenz auf der Intensivstation

In Frankreich wurden vor einigen Jahren insgesamt gut 500 Patienten auf einer Intensivstation systematisch auf die Kolonisation mit resistenten gramnegativen Bakterien untersucht.¹ Im Fokus standen Stämme, die gegen Imipenem (ZIENAM u.a.) Resistenz zeigten. Die Häufigkeit der Kolonisation nahm kontinuierlich von 5,6% nach einer Woche auf 58,6% nach sechs Wochen zu. Eine Untersuchung des Genoms der Bakterien zeigte eine hohe Diversität. Die zugrunde liegenden Mechanismen bestanden in einer Abnahme der Porine in der äußeren Membran und in der vermehrten Bildung diverser β -Laktamasen.

Inhalt	1-2017
Übersicht	
• Optimale Dauer der Antibiotikatherapie	Seite 01-04
Aktuelle Epidemiologie und Diagnostik in der Mikrobiologie (12)	
• Blutkulturen I freier Text	Seite 03
Neueinführung	
• Elbasvir/Grazoprevir freier Text	Seite 04-05
Intensivmedizin	
• Carbapenem-resistente Pseudomonas-Infektionen	Seite 05-06
• Acinetobacter baumannii-Infektionen	Seite 06-07
Resistenz	
• Resistente Enterobakterien bei Touristen und Patienten	Seite 07
• Carbapenem- und Colistin-resistente E. coli	Seite 08
Tiermedizin	
• Antibiotikaverbrauch kritisch	Seite 08-09
Antimykotika	
• Isavuconazol: Pharmakokinetik und Kryptokokkenaktivität	Seite 09-10
Mittel der Wahl	
• Endokarditis durch Koagulase-negative Staphylokokken	Seite 10

Die genetischen Informationen für diese Mechanismen waren entweder chromosomal oder auch auf übertragbaren genetischen Elementen kodiert. Die Studie zeigt, dass die intestinale Flora eine bedeutende Rolle in der Epidemiologie von Antibiotika-resistenten gramnegativen Erregern spielt. Infektionen bei intensivmedizinisch versorgten Patienten können aus diesem Reservoir resultieren. Die Selektion resistenter Mutanten aus der empfindlichen Population ist also ein wesentlicher Mechanismus durch den Antibiotika-Resistenz während der Therapie entstehen kann.

Unter dem Eindruck solcher Befunde wird zunehmend gefordert, die Dauer

einer Antibiotikatherapie so weit wie möglich zu beschränken. Eine wichtige Grundlage für konkrete Empfehlungen sind auch bei dieser Problematik die Ergebnisse aus umfangreichen, randomisierten Studien.² Bereits in einer früheren Ausgabe dieser Zeitschrift (Heft 3, 2013; siehe „Archiv“ unter www.infektio.de) hatten wir auf einige Studien zu dem Thema hingewiesen. Da inzwischen weitere Arbeiten veröffentlicht wurden, welche einerseits die Empfehlungen zu kürzeren Behandlungszeiten unterstützen andererseits aber auch unterstreichen, dass es Ausnahmen gibt, soll hier eine aktuelle Bestandsaufnahme erfolgen. In der Tabelle 1 wurden einige Studien zusammengestellt, die bei di-