

INFEKTIONSTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

MÄRZ/APRIL 2017 - 38. JAHRGANG

Übersicht

Antiinfektive Therapie der Sepsis

Sepsis und septischer Schock sind die schwerste Manifestation einer zumeist bakteriellen Infektion. In der Regel verlaufen sie mit einer Organdysfunktion und sind mit einer erheblichen Letalität zwischen 20 bis 40% verbunden. Eine frühe Diagnosestellung mit nachfolgender, innerhalb einer Stunde beginnender antiinfektiven Therapie ist für die Prognose äußerst bedeutsam. In dieser Zeitschrift wurde zuletzt im Jahr 2008 (2008; 29:21-24, siehe www.infektio.de/Archiv) über die Therapie dieses Krankheitsbildes berichtet. Inzwischen sind neue Definitionen und ganz aktuell eine internationale Leitlinie - verfasst von 55 Experten aus 25 internationalen wissenschaftlichen Organisationen - erschienen.^{1,2}

Definitionen

In umfangreichen prospektiven Studien wurden die derzeit verwendeten Sepsis-definierenden Scores (SIRS, SOFA, LODS) miteinander verglichen, wobei sich der SOFA-Score als der aussagekräftigste hinsichtlich der diagnostischen und prognostischen Bewertung herausstellte.³ Der SOFA-Score (sepsis related organ failure assessment) bewertet unterschiedliche Organsysteme (Tabelle S.12) und bei einem SOFA-Punktwert von zwei und mehr steigt die Letalität von Intensivpatienten auf über 10% an. Um frühzeitig gefährdete Patienten mit einem septischen Krankheitsbild außerhalb der Intensivstation zu identifizieren, wurde der sogenannte q-SOFA (quick-SOFA) evaluiert, der aus den drei Kriterien Atemfrequenz ≥ 22 /Minute, systolischer Blutdruck ≤ 100 mm/Hg und eingeschränkte Bewusstseinslage besteht. Sind zwei dieser Symptome positiv, sollte in der Differenzialdiagnose

Inhalt

2-2017

Übersicht

- Antiinfektive Therapie der Sepsis Seite 11-14

Aktuelle Epidemiologie und Diagnostik in der Mikrobiologie (13)

- Blutkulturen II [Freier Text](#) Seite 13

Neueinführung

- Tenofovir-Alafenamid [Freier Text](#) Seite 15-16

Hepatitis

- Resistenzentwicklung während Hepatitis B-Therapie Seite 16-17
- Rezidive nach Hepatitis C-Therapie Seite 17

Cephalosporine

- Ceftarolin-Therapie Seite 17
- Ceftazidim/Avibactam: aktuelle Ergebnisse Seite 18

Intensivmedizin

- Antimykotika-Kinetik bei kritisch kranken Patienten Seite 18-19

Antibiotikapolitik

- Piperacillin-Versorgung Seite 19
- WHO: Prioritätenliste zur Antibiotikaforschung Seite 19-20

Tedizolid

- Pharmakokinetik bei Adipositas Seite 20

immer auch eine septische Infektion berücksichtigt werden.

Mikrobiologische Diagnostik

Vor jeder antimikrobiellen Therapie sollten primär zwei Blutkulturpaare (aerob und anaerob) abgenommen werden. Da die überwiegende Zahl von septischen Infektionen von der Lunge, den Harnwegen, dem Abdominalbereich und/oder Gefäßkathetern ausgeht, sollten bei entsprechenden klinischen Hinweisen zusätzlich Urin und Wundsekret, respiratorische Sekrete oder weitere aussagefähige Materialien entnommen werden. Bei Verdacht auf eine Katheterinfektion sollte auch eine Blutkultur aus dem liegenden Katheter gewonnen wer-

den. In naher Zukunft können evaluierte molekularbiologische Methoden (z.B. PCR) die Dauer bis zum Nachweis des Erregers und dessen antibiotischer Empfindlichkeit wesentlich verkürzen.

Antiinfektive Therapie

Die intravenöse antibiotische Behandlung sollte innerhalb einer Stunde nach Diagnosestellung beginnen. Jede Verzögerung bedeutet eine erhöhte Letalität und auch bei überlebenden Patienten einen verlängerten Aufenthalt auf der Intensivstation, mehr Fälle von akutem Nierenversagen und pulmonalen Komplikationen.⁴ Es muss beim einzelnen Patienten sichergestellt werden, dass neben der notwendigen umfangreichen