

Pneumonie Therapiedauer sinkt!

Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer

Univ.-Klinik für Innere Medizin I, Klin. Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin, MedUni Wien

Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten

Die ambulant erworbene Pneumonie – community acquired pneumonia, kurz CAP – ist eine sehr häufige Erkrankung, deren Mortalität in Österreich seit 40 Jahren unverändert ist.

Seit dem Jahr 1950 liegt die Sterblichkeit zwischen 15 und 20 Prozent insgesamt, jedoch bei weniger als einem Prozent bei ambulanten Patienten und zwischen 2 und 30% bei stationären Patienten.

Hilfreich für eine rasche Diagnoseerstellung bei einer Pneumokokkenpneumonie ist das Harn-Antigen, da es bei bakteriämischer und nicht-bakteriämischer Pneumokokkenpneumonie positiv ist. Falsch positive Ergebnisse liegen vor bei:

- nasopharyngealer Kolonisation
- 20 – 40% gesunder Kinder
- 5 – 10% gesunder Erwachsener
- bis 48 Stunden nach Pneumokokkenimpfung, daher bis 5 Tage nach Vaccination kein Urin-Antigentest

Viele behandelnde Ärzte meinen, dass keine Diagnostik auf Pneumokokken-Antigen durchgeführt werden muss, denn Pneumokokken sind die Haupterreger der CAP, daher werden diese sowieso behandelt, so die Argumentation. Wobei hier die Frage auftritt, ob nicht aus forensischen Gründen nachzuweisen ist, dass der Patient Pneumokokken hatte. Anders sieht es bei den Legionellen aus. Wenn der

Abbildung 1: Legionellen-Antigen im Harn

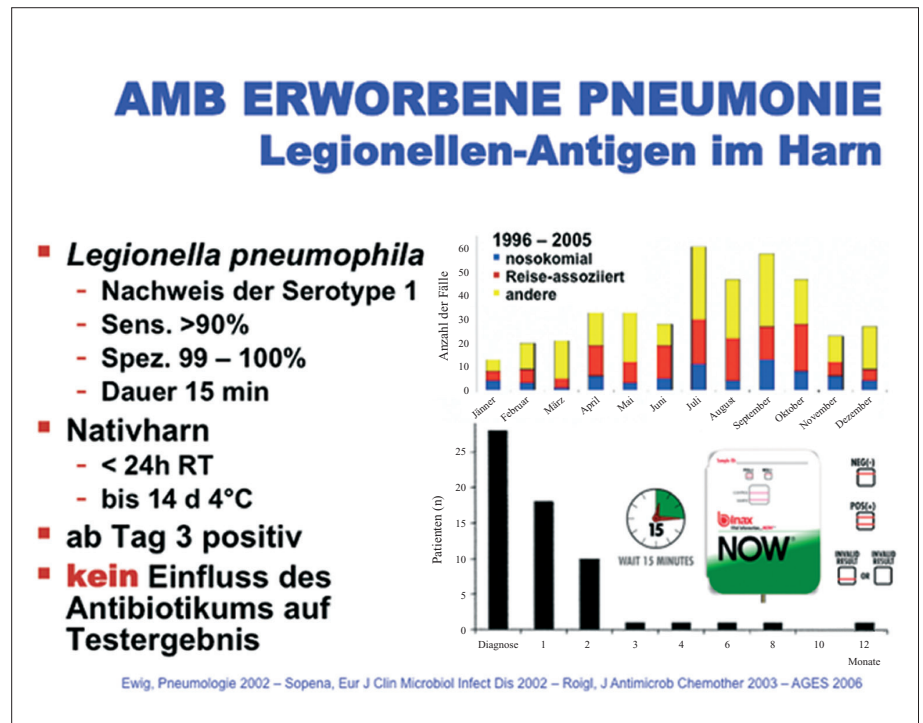


Abbildung 2: Pneumokokkenverteilung in Österreich

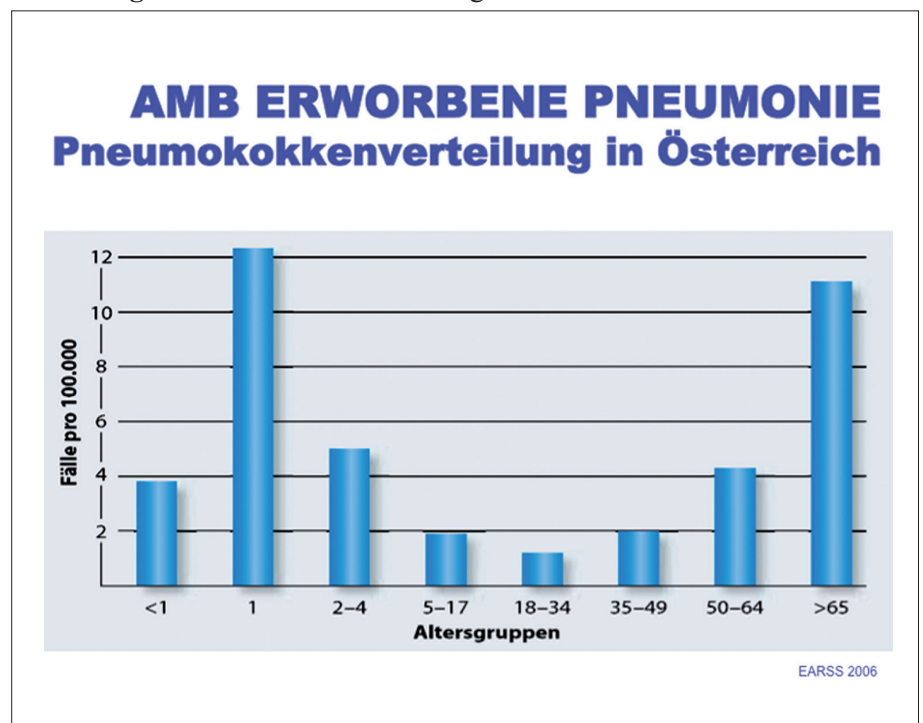


Abbildung 3: Risikostratifizierung CRB-65

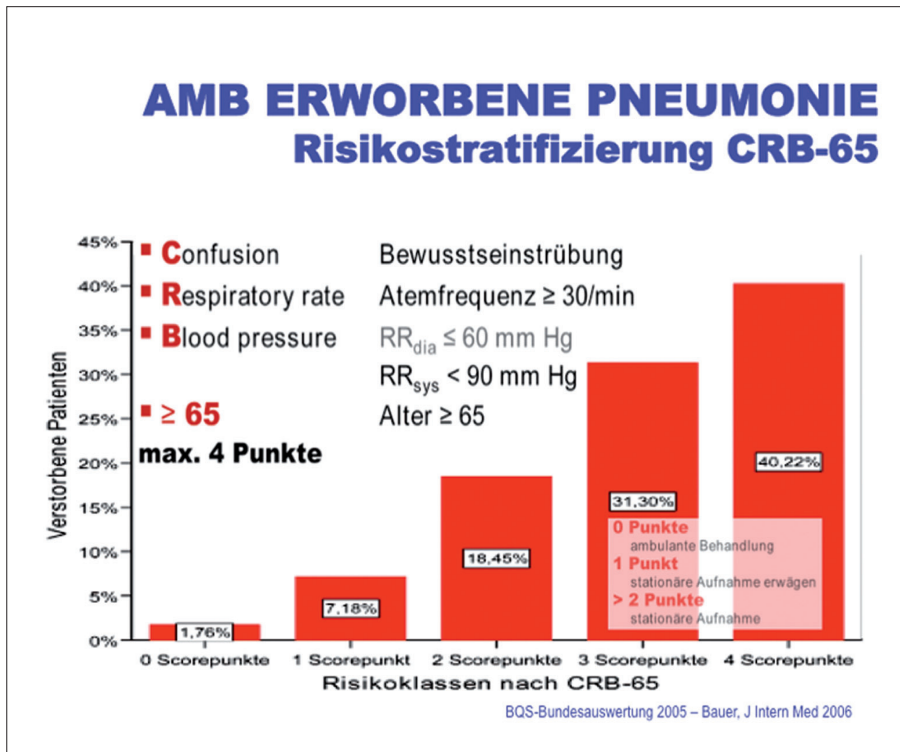
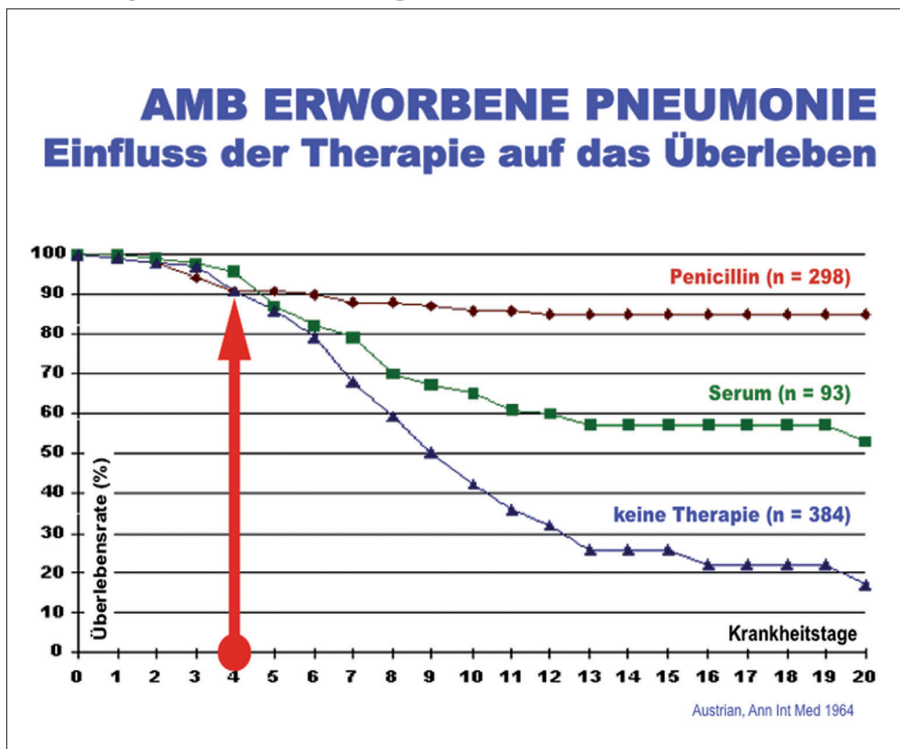


Abbildung 4: Einfluss der Therapie auf das Überleben



Verdacht auf eine Legionellen-Pneumonie besteht, wird das Harn-Antigen auf jeden Fall kontrolliert. Allerdings kann man nur die Serogruppe 1 nach-

weisen, d. h. 10% der Patienten mit Legionellen-Pneumonie können nicht erkannt werden, weil sie eine andere Serogruppe haben, die hier nicht

anschlägt. Der dritte diagnostische Schwerpunkt sind die Mykoplasmen. PCR (Polymerase Chain Reaction) sollte bevorzugt werden; KBR (Komplementbindungsreaktion) und Elisa (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) haben eine Sensitivität und Spezifität zwischen 55 und 100%, abhängig von der gewählten Methode, dem Testzeitpunkt und der getesteten Patientenpopulation. Bei PCR ist zu beachten, dass der Titer allein nicht behandelt werden darf, denn Patienten können einen hohen Titer aufweisen ohne entsprechend klinisches Korrelat! Wichtigen Aufschluss über den Schweregrad der Pneumonie liefert die Atemfrequenz, die eng mit der Mortalität korreliert. Hieraus lässt sich folgender Leitsatz ableiten: Je höher die Atemfrequenz, desto schwerer ist die Erkrankung.

Pro & Contra Procalcitonin

Nur wenige Workshop-Teilnehmer geben an, in der Diagnose einer CAP einen PCT-Test durchzuführen. Jene, die ihn bereits durchgeführt haben, berichten häufig, dass sie noch kein positives Procalcitonin detektiert haben. Die bekannten Daten aus der Schweiz und aus Deutschland (aus den USA gibt es dazu keinen Daten) zeigen zwar, dass mit PCT ein Risiko gut stratifiziert und die Antibiotika-Therapiedauer reduziert werden kann, die Erfahrungen der Teilnehmer hierzu sind jedoch eher negativ. Daraus folgend und auch aufgrund der hohen Kosten stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Procalcitonin. Diese Zweifel werden auch durch

eine neue Studie bestätigt, die besagt, dass C-reaktives Protein genauso gut einsetzbar ist wie Procalcitonin.

Schlaf stärkt Immunabwehr!

Derzeit beträgt die Therapiedauer bei der CAP etwa sieben bis zehn Tage. Allerdings gibt es die ersten Studien, primär aus dem pädiatrischen Bereich, die zeigen, dass so wie bei der chronischen Bronchitis auch bei der ambulant erworbenen Pneumonie die Therapiedauer zurückgeht. In Zukunft wird man wahrscheinlich mit drei bis fünf Tagen Therapie das Auslangen finden. Eine wichtige Botschaft für die Patienten ist, dass eine hohe Schlaffeffizienz die Erkrankungsrate reduziert. Im Gegenzug schwächt ein Schlafmanko die Immunabwehr. Auch mangelnde Schlafqualität bedeutet eine höhere Anzahl von Erkältungskrankheiten.

Die wichtigsten Fakten

- max. 60% definitive Klärung der Ätiologie selbst unter Studienbedingungen (im klinischen Alltag nicht zu erreichen)
- bei 12 – 15% positiver Virusnachweis
- klassisch klinische Symptome für Risikoabschätzung wenig hilfreich
- klinische Untersuchung unzureichend, C/P indiziert
- kürzere Therapiezeiten bei Niedrigrisikopatienten
- Wertigkeit von Procalcitonin ist zu hinterfragen

Anschrift des Referenten:

Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer
Univ.-Klinik für Innere Medizin I
Klin. Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

Email: florian.thalhammer@meduniwien.ac.at