

«Man hatte das Endokarditis-Risiko überschätzt»

Interview mit Professor Hanspeter Brunner-La Rocca zu den neuen Regeln für die Endokarditis-Prophylaxe

Im April 2007 publizierte die American Heart Association (AHA) grundlegend neue Regeln für die Endokarditis-Prophylaxe. Viele europäische Kardiologen reagierten darauf teils überrascht, teils verärgert, und es kam unter Ärzten wie Patienten zu einer gewissen Verunsicherung. Professor Hanspeter Brunner-La Rocca hatte damals mit zwei weiteren Kardiologen eine erste Stellungnahme im Namen der Schweizerischen Kardiologischen Gesellschaft verfasst. Wir fragten ihn, was sich seitdem in der Schweiz getan hat.

The Medical Journal: Herr Professor Brunner-La Rocca, warum gab es im letzten Jahr so viel Aufregung um die neuen Endokarditis-Prophylaxeregeln der American Heart Association?

Professor Brunner-La Rocca: Man hat das Endokarditisrisiko früher wohl eher ein wenig überschätzt, zum Beispiel bei Patienten mit Mitralklappenprolaps. Das hatte dazu geführt, dass man relativ grosszügig Antibiotika zur Endokarditis-Prophylaxe empfahl. Diese Praxis haben die Amerikaner eigentlich zu Recht in Frage gestellt. Bedauerlich aber war, dass sie mit ihren neuen Empfehlungen vorgeprescht sind, ohne sie mit den Europäern abzustimmen. Dieses Vorgehen führte zu den Irritatio-

nen, während der Inhalt der Richtlinien im Grund wenig strittig war. Man wird feststellen, dass sich die neuen europäischen Richtlinien, die noch nicht publiziert sind, letztlich kaum von den amerikanischen unterscheiden dürften. In Deutschland wurde mittlerweile ein entsprechendes Positionspapier erarbeitet, an welchem auch einige Schweizer Kollegen beteiligt waren. Die neuen Schweizer Richtlinien sind zurzeit in der Vernehmlassung, und es ist zu erwarten, dass wir diese gegen Ende Jahr publizieren werden. Neue Endokarditis-Ausweise gibt es bereits.

Warum hat es fast 50 Jahre gedauert, bis die Endokarditis-Prophylaxerichtlinien überhaupt grundlegend geändert wurden? Diskussionen darum gab es doch schon seit langem.

Brunner-La Rocca: Man darf nicht vergessen, dass die Endokarditis zwar eine seltene, aber sehr gefährliche Erkrankung ist. Sie ist mit einer hohen Mortalität und Morbidität verbunden. Neben den allgemeinen Risiken einer schweren Infektion ist hier auch das Embolisierungsrisiko zu nennen. So wird verständlich, dass man eine zumindest theoretisch wirksame Waffe wie die Antibiotika prophylaktisch dagegen einsetzen möchte. Trotzdem musste man sich immer fragen, inwieweit dies gerechtfertigt war, denn natürlich haben wir auch bei den Antibiotika mit Nebenwirkungen



Professor Hanspeter Brunner-La Rocca, Abteilung für Kardiologie am Universitätsspital Basel

zu rechnen, auch wenn diese selten sind. Sie können im Falle einer anaphylaktischen Reaktion aber genauso gefährlich sein wie eine Endokarditis. Das Problem ist, dass auch die aktuellen Änderungen nicht wirklich auf guten wissenschaftlichen Studien basieren. So viele harte Daten gibt es dazu nämlich gar nicht. Endokarditis nach Eingriffen bei Niederrisiko-Patienten ist so selten, dass man theoretisch ei-

Endokarditis: Richtlinien und Risiken**Wie lauten die neuen AHA-Richtlinien?**

Vor zahnärztlichen Eingriffen benötigen nur noch Patienten mit künstlichen Herzklappen, infektiöser Endokarditis in der Vorgeschichte, schweren angeborenen Herzerkrankungen oder nicht beziehungsweise nicht ausreichend korrigierten zyanotischen Herzvitien eine Endokarditis-Prophylaxe sowie Patienten, bei denen künstliche Materialien zur Korrektur eines Herzfehlers eingesetzt wurden, und Herztransplantierte mit Klappenproblemen. Nicht mehr nötig ist die Prophylaxe bei rheumatischen Vitien oder Mitralklappenprolaps. Eine Prophylaxe vor gastroenterologischen oder urologischen Interventionen empfiehlt die AHA nicht mehr routinemässig, sondern nur noch, wenn im Urin vermehrt Enterokokken nachgewiesen wurden. Standardprophylaxe ist Amoxicillin (2 g) 30 bis 60 Minuten vor dem Eingriff; bei Kontraindikationen für Amoxicillin kommen andere Antibiotika in Frage (siehe [1]).

In einem deutschen Positionspapier, an dem unter anderem auch Vertreter der Schweizerischen Gesellschaften für Infektiologie und Kardiologie beteiligt waren (2), werden ähnliche Empfehlungen ausgesprochen; sie weichen nur in wenigen Punkten von den amerikanischen Richtlinien ab. So wird beispielsweise eine Prophylaxe auch für Patienten mit rekonstruierten Klappen unter Verwendung von alloprothetischem Material in den ersten 6 Monaten nach der Operation empfohlen.

Wie hoch ist das Endokarditis-Risiko?

Das absolute Risiko einer infektiösen Endokarditis nach einer Zahnbehandlung ist unbekannt; die Schätzungen lauten (2):

- 1:14 000 000 in der Normalbevölkerung
- 1:1 100 000 bei Patienten mit Mitralklappenprolaps
- 1:475 000 bei angeborenen Vitien
- 1:142 000 bei rheumatischen Vitien
- 1:114 000 bei Klappenprothesen
- 1:95 000 bei überstandener Endokarditis

Wie hoch ist das Risiko einer tödlichen anaphylaktischen Reaktion auf Antibiotika?

Man geht davon aus, dass von 1 Million Patienten, die pro Jahr mit einem Penicillin behandelt werden, 15 bis 25 an einem anaphylaktischen Schock sterben.

Wie häufig ist Endokarditis in der Schweiz?

Infektiöse Endokarditis ist keine meldepflichtige Erkrankung. Man schätzt, dass in der Schweiz pro Jahr 31 Fälle pro 1 Million Einwohner neu auftreten. Rechnet man die in den letzten Jahren in der Schweiz gemeldeten 56 Fälle hoch, wären es nur 8 neue Fälle pro 1 Million Einwohner pro Jahr (3).

1. Wilson W. et al.: Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007; 116 (15): 1736–1754. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.183095.

2. Naber CK et al.: Prophylaxe der infektiösen Endokarditis. *Kardiologie* 2007; 1: 243–250. DOI: 10.1007/s12181-007-0037-x; Download unter: <http://leitlinien.dgk.org>.

3. Szucs TD und Cathomas G.: Bedeutung und Epidemiologie der Endokarditis. *Kardiovaskuläre Medizin* 2004; 7: 181–184.

ne Studie mit hunderttausenden von Patienten über einen langen Zeitraum durchführen müsste. Das ist völlig unrealistisch, zumal es auf diesem Gebiet wenig zu verdienen gibt und die Industrie eine solche Studie wohl kaum finanzieren würde. Darum ist es nach wie vor so, dass sehr vieles bei der Endokarditis-Prophylaxe auf indirekten Hinweisen, retrospektiven Studien und klinischer Erfahrung beruht. All das zusammen konnte erst nach vielen Jahren zu der aus meiner Sicht richtigen Konklusion führen, die Richtlinien für die Endokarditis-Prophylaxe zu ändern.

Könnte es auch sein, dass die alten Richtlinien sowieso nicht so recht befolgt wurden und man sich deshalb nicht unter grossem Zugzwang sah, diese zu überarbeiten?

Brunner-La Rocca: Nein, das glaube ich nicht. Natürlich gibt es immer eine gewisse Dunkel-

ziffer der Non-Compliance. Die lebhaften Diskussionen und die vielen Anfragen, die wir dazu bekamen, zeigen mir aber, dass man es im Allgemeinen mit der Endokarditis-Prophylaxe sehr ernst nimmt, und zwar sowohl von Seiten der Patienten als auch der Ärzte.

Ist die Revision der Empfehlungen auch ein Zeichen höheren Problembewusstseins bezüglich der Resistenzproblematik?

Brunner-La Rocca: Nein, das kann man eher nicht so deuten. Im Vordergrund der Überlegungen stand die Sorge wegen anaphylaktischer Reaktionen bei Antibiotika, weshalb man die breite Antibiotika-Anwendung gemäss den alten Richtlinien überdenken musste. Es geht um das Abwägen der Risiken zweier seltener Ereignisse. Nun empfehlen wir die Endokarditis-Prophylaxe nur noch für Patienten mit erhöhtem Risiko, zum Beispiel Träger von

künstlichen Herzklappen. Angesichts der schweren Erkrankung, die eine Endokarditis bedeutet, ist das Risiko bei diesen Patienten im Vergleich zu dem relativ seltenen Ereignis der Antibiotika-Anaphylaxie sinnvoll, was einen ganz klaren Entscheid für die Prophylaxe bedeutet. Bei einem Mitralklappenprolaps ist das Risikoverhältnis hingegen anders. Darum wird eine Endokarditis-Prophylaxe für diese Patienten nicht mehr empfohlen. Es ist mir wichtig zu betonen, dass es Situationen gibt, in denen wir unbedingt eine Endokarditis-Prophylaxe brauchen. Dieser Punkt drohte in der Diskussion um die amerikanische Revision manchmal etwas unterzugehen. Manche wollten damals sozusagen das Kind mit dem Bade ausschütten und stellten die Endokarditis-Prophylaxe gleich bei allen Herzpatienten in Frage. Das ist aber sicher falsch.

Unabhängig von dieser Diskussion hat man im Allgemeinen den Eindruck, dass es recht lange geht, bis sich Therapien grundlegend ändern. Finden Sie den «Beharrungsfaktor» in der Medizin zu gross oder hat er auch seine guten Seiten?

Brunner-La Rocca: Das kommt darauf an. In der Praxis ist der Beharrungsfaktor aus begreiflichen Gründen eher vorhanden als dort, wo Meinungen gemacht werden. Ich denke, dass der Beharrungsfaktor im Allgemeinen gar nicht so gross ist, wie viele glauben. Gerade im Bereich der Kardiologie wurde in den letzten Jahren sehr viel Neues gemacht. Das heisst natürlich nicht, dass man kritiklos auf jeden Zug aufspringt. Wir wissen, dass vermeintlich naheliegende Strategien aufgrund theoretischer, pathophysiologischer Überlegungen in der Klinik nicht unbedingt funktionieren müssen. Ein Beispiel dafür ist die medikamentöse Behandlung ventrikulärer Arrhythmien. Insofern ist eine gewisse Skepsis und die Forderung berechtigt, dass vor der breiteren Anwendung auch gute und plausible Ideen zuerst wissenschaftlich belegt werden müssen. Auf der anderen Seite gibt es zu Recht aber auch Gebiete, in denen die Anwendung in der Praxis den Studien vorausseilt, ein Beispiel hierfür ist die kardiale Resynchronisationstherapie. ♦

Herr Professor Brunner-La Rocca, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Das Interview führte Dr. Renate Bonifer.