

Ambulante Pneumonie: was tun, was lassen?

«Was häufig ist, ist häufig – was selten ist, ist selten»

Winterzeit, Grippezeit, Zeit für die Verdachtsdiagnose ambulant erworbene Pneumonie und Anlass, einige Hinweise aus den Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten (eine Adaptation der europäischen Guidelines auf unsere Verhältnisse) zu rekapitulieren.

HALID BAS

Infektionen der unteren Luftwege umfassen ein Spektrum verschiedener, für praktische Zwecke definierter Erscheinungsbilder (*Kasten «Definitionen verschiedener akuter Erkrankungsformen im Bereich der unteren Atemwege»*). Leitsymptom ist fast immer ein produktiver oder nicht produktiver Husten, begleitet von weiteren Krankheitszeichen.

Merksätze

- ❖ Bei klinischem Verdacht auf eine ambulant erworbene Pneumonie wird ein Thoraxröntgenbild empfohlen, ebenso bei Verdacht auf Aspirationspneumonie.
- ❖ In der Regel ist eine mikrobiologische Abklärung in der Grundversorgung nicht notwendig.
- ❖ Zur symptomatischen Behandlung eines quälenden, trockenen Reizhustens erwähnen die Guidelines Dextromethorphan oder Codein.
- ❖ Eine empirische antibiotische Behandlung sollte sich gegen die häufigsten bakteriellen Erreger richten, also gegen *Streptococcus pneumoniae* und gegen *Haemophilus influenzae*.
- ❖ Dazu eignen sich Co-amoxiclav oder Doxycyclin, alternativ Levofloxacin oder Moxifloxacin.
- ❖ Der empirische Einsatz einer antiviralen Therapie ist bei Patienten mit Influenzaverdacht gewöhnlich nicht zu empfehlen und kommt allenfalls bei Hochrisikopatienten in Betracht.
- ❖ Die Entscheidung zur Hospitalisation bleibt eine klinische Entscheidung (Alter, Komorbiditäten, kardiorespiratorische Symptome).

Diagnostik

An eine Pneumonie ist zu denken, wenn neue, in der Brust lokalisierte Symptome vorliegen. Dyspnoe und/oder Tachypnoe sind meist erkennbar, und die Anamnese ergibt Fieber, das länger als vier Tage dauert. In dieser Verdachtsituation wird ein Thoraxröntgenbild empfohlen. An eine Aspirationspneumonie ist bei Patienten mit Schluckschwierigkeiten und bei Zeichen eines akuten Infekts der unteren Luftwege zu denken. Auch hier ist ein Thoraxröntgenbild indiziert.

In der Regel ist eine mikrobiologische Abklärung in der Grundversorgung nicht notwendig. Eine entsprechende Untersuchung kann allenfalls bei Patienten mit schweren Komorbiditäten oder Immunschwäche nützlich sein.

Nicht zuletzt im Hinblick auf die Therapie hat man sich vor Augen zu halten, welche Pneumonieursachen bei Patienten, die in der Gemeinschaft leben, gewöhnlich anzutreffen sind. Hier lassen sich die entsprechenden Daten nicht einfach von Land zu Land übertragen. Die Verhältnisse in der Schweiz gibt die *Tabelle* wieder. Sie nennt Schwankungsbereiche, aber auch hier gelten die durchaus ernst gemeinten Worte des verstorbenen renommierten Schweizer Internisten Walter Siegenthaler: «Was häufig ist, ist häufig – was selten ist, ist selten.»

Häufig ist, dass bei ambulant erworbenen Pneumonien auch bei sorgfältigen Laborabklärungen keine spezifische Ursache zu eruieren ist. In diesen Fällen darf man weitaus eher von einer viralen als von einer bakteriellen Ätiologie ausgehen. In der Grippezeit ist bei Pneumoniesymptomen sicher immer an Influenzaviren zu denken. Klinisch stützen die bekannten Symptome Fieber plus Kopfweg, Muskelschmerzen, Husten, Halsschmerzen in wechselnder Kombination diese Verdachtsdiagnose.

Wie die *Tabelle* zeigt, ist bei ambulant erworbenen Pneumonien im Vergleich zu den einfacheren Infekten der unteren Luftwege eher von «atypischen» Erregern wie Mykoplasmen, Chlamydien und Legionellen auszugehen – aber Viren dürften doch für mindestens die Hälfte der Fälle verantwortlich sein.

Therapie

Symptomatika

Zur symptomatischen Behandlung eines quälenden, trockenen Reizhustens erwähnen die Guidelines Dextromethorphan oder Codein. Apodiktisch ist die Empfehlung zu anderen Hustenmitteln: «Expektoranzien, Mukolytika, Antihistaminika und Bronchodilatoren sollten in der Grundversorgung bei akuten Infekten der unteren Luftwege nicht verschrieben werden.»

Definitionen verschiedener akuter Erkrankungsformen im Bereich der unteren Atemwege

Infekt der unteren Atemwege

Akute Erkrankung (≤ 21 Tage) mit Husten als Hauptsymptom plus mindestens einem Symptom vonseiten der unteren Atemwege wie Sputumproduktion, Dyspnoe, Wheezing, Brustschmerz, ohne alternative Erklärung (z.B. Sinusitis, Asthma).

Akute Bronchitis

Akute Erkrankung bei einem Patienten ohne chronische Lungenkrankheit plus (produktiver/nicht produktiver) Husten, Dyspnoe, Wheezing, Brustschmerz, aber ohne Zeichen für eine Pneumonie oder alternative Erklärung (z.B. Sinusitis, Asthma).

Influenza

Akute Erkrankung, gewöhnlich mit Fieber plus mindestens einem Symptom wie Kopfweh, Myalgie, Husten, Halsschmerz, aber ohne Zeichen für Pneumonie oder alternative Erklärung (z.B. Sinusitis, Asthma).

Ambulant erworbene Pneumonie (community-acquired)

Akute Erkrankung mit Husten plus mindestens einem Symptom wie neuer thorakaler Befund, Fieber > 4 Tage, Dyspnoe/Tachypnoe, ohne andere erkennbare Ursache. Diagnose definitiv, wenn durch neue Infiltrate im Thoraxröntgenbild gestützt.

Akute Exazerbation bei COPD

Verschlechterung von Dyspnoe, Husten und/oder Sputum in dem Ausmass, dass bei einem Patienten mit COPD eine Behandlungsanpassung erforderlich ist.

erhöhtes Sputumvolumen, vermehrt eitriges Sputum oder schwere COPD, d.h. Goldstadium IV)

- ❖ Alter über 75 Jahre und Fieber
- ❖ Herzinsuffizienz
- ❖ insulinabhängiger Diabetes mellitus
- ❖ schwere neurologische Störung (Stroke etc.).

Eine empirische antibiotische Behandlung sollte sich gegen die häufigsten bakteriellen Erreger richten, also gegen *Streptococcus pneumoniae* und gegen *Haemophilus influenzae*. Dabei sind auch bekannte epidemiologische Gegebenheiten, eine Reiseanamnese oder andere Expositionen (z.B. Tiere) zu berücksichtigen.

Für die antibiotische Therapie bei ambulant behandelbaren, leichten Pneumonien empfehlen die Guidelines Co-amoxiclav oder Doxycyclin als erste Wahl. Alternative Therapien, zum Beispiel bei Betalaktamunverträglichkeit, sind Makrolide wie Clarithromycin oder Azithromycin beziehungsweise die «respiratorischen» Chinolone wie Levofloxacin oder Moxifloxacin p.o. (Kasten «Empirische Therapie bei leichter, ambulant behandelbarer Pneumonie [community-acquired]»). Auch bei mittelschwerer, stationär zu behandelnder Pneumonie sehen die Empfehlungen respiratorische Chinolone als Alternativtherapie und nennen an erster Stelle Co-amoxiclav oder Ceftriaxon i.v., bei Hochrisikopatienten jeweils in Kombination mit Clarithromycin p.o. Schwere Pneumonien bedürfen der Behandlung auf der Intensivstation mit Ceftriaxon i.v. plus Clarithromycin p.o. (alternativ Levofloxacin i.v.), bei schweren Pneumonien mit Risiko für *Pseudomonas aeruginosa*-Infekt sind Piperacillin/Tazobactam i.v. oder Cefepim i.v. plus Ciprofloxacin p.o. (alternativ Carbapenem i.v. plus Ciprofloxacin p.o.) eine weitere Behandlungsoption.

Tabelle:

Ätiologien von Infektionen der unteren Atemwege (970 Pat.) und von ambulant erworbenen Pneumonien (3683 Pat.)

Infekt der unteren Atemwege	Ätiologie	Ambulante Pneumonie (community-acquired)
0,5 bis 16%	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1 bis 33%
0 bis 3%	<i>Chlamydia spp.</i>	0 bis 16%
0%	<i>Legionella</i>	0 bis 13%
0 bis 12%	Influenza	0 bis 19%
2 bis 11%	andere Viren	2 bis 18%
3 bis 30%	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	0 bis 36%
3 bis 14%	<i>Haemophilus influenzae</i>	0 bis 14%
2 bis 10%	andere Bakterien	0 bis 2%
49 bis 55%	keine Ätiologie gefunden	17 bis 61%

Antibiotika

Eine antibiotische Behandlung bei Infekten der unteren Luftwege sollte in folgenden Situationen erwogen werden:

- ❖ vermutete oder definitive (= radiologisch bestätigte) Pneumonie
- ❖ ausgewählte Patienten mit einer Exazerbation bei COPD (alle 3 Anthonisen-Kriterien erfüllt: gesteigerte Dyspnoe,

Antivirale Substanzen

«Der empirische Einsatz einer antiviralen Therapie ist bei Patienten mit Influenzaverdacht gewöhnlich nicht zu empfehlen», halten die Guidelines fest. Eine solche (z.B. Oseltamivir, 2×75 mg für 5 Tage) kann während der Grippezeit bei Hochrisikopatienten (z.B. nach Transplantationen) mit Influenzasymptomen, die erst seit weniger als zwei Tagen vorliegen, erwogen werden. Allerdings ist Oseltamivir gerade bei immunkompromittierten Patienten nicht ausreichend untersucht worden.

Verlaufsüberwachung

Zum besten Vorgehen bei der weiteren Betreuung in der Grundversorgung gibt es keine Studien. Die Empfehlungen geben dazu folgende Hinweise:

- ❖ Raten Sie den Patienten, sich zu melden, wenn das Fieber länger als vier Tage anhält, die Atemnot zunimmt oder wenn sie nicht mehr trinken mögen oder sich der Bewusstseinszustand verschlechtert.
- ❖ Bei stärker erkrankten Patienten (hohes Fieber, Tachypnoe, Dyspnoe, relevante Komorbidität, Alter > 65 J.) sollten Sie von vornherein einen Termin nach zwei Tagen vereinbaren.
- ❖ Nach der Verschreibung von Antibiotika: Raten Sie den Patienten, sich zu melden, wenn die Symptome sich innerhalb von drei Tagen nicht gebessert haben.
- ❖ Raten Sie den Patienten, sich wieder zu melden, wenn die akuten Atemwegssymptome länger als drei drei Wochen andauern.

Empirische Therapie bei leichter, ambulant behandelbarer Pneumonie (community-acquired)

Erste Wahl

Co-amoxiclav (Augmentin® od. Generikum) 3 × 625 mg p.os
oder
Doxycyclin (Vibramycin® od. Generikum) 2 × 100 mg p.os

Behandlungsalternativen

Makrolid:
Clarithromycin (Klacid® od. Generikum) 2 × 500 mg p.o.
oder
Azithromycin (Zithromax® od. Generikum) 1 × 500 mg p.o.
Respiratorisches Chinolon:
Levofloxacin (Tavanic®) 1 × 500 mg p.o./i.v.
oder
Moxifloxacin (Avalox®) 1 × 400 mg p.o.

Die Entscheidung zur Hospitalisation bleibt eine klinische Entscheidung. Hierbei können gewisse Risikoscores (Pneumonia Severity Index [PSI] oder CURB65-Score) helfen. In diesen Scores berücksichtigte Parameter umfassen Alter (> 65 J. bzw. > 50 J.), Komorbiditäten (Tumorleiden, Herzinsuffizienz, Stroke/TIA, Niereninsuffizienz, chron. Leberleiden) und klinische Zeichen wie Desorientiertheit, Tachykardie (> 125/min), Tachypnoe (> 30/min), systolische Hypotonie (< 90 mmHg), Körpertemperatur (< 35 °C oder > 40 °C). Mit der Kumulation solcher Indikatoren für eine höhere

Mortalität wird die Hospitalisation zu einem nicht zu verpassenden nächsten Behandlungsschritt. ❖

Halid Bas

Quelle:
Gerd Laifer, Ursula Flückiger, Claude Scheidegger, Katia Boggian, Katrin Mühlemann, Rainer Weber, Giorgio Zanetti, Laurent Kaiser for the Swiss Society of Infectious Diseases: Management of Community Acquired Pneumonia (CAP) in Adults (ERS/ESCMID guidelines adapted for Switzerland). Die Guideline kann unter www.sginf.ch/ssi-home/guidelines/cap-guidelines/index.htm heruntergeladen werden.

1. SGIM Great Update 2011

Interlaken, 29. und 30. September 2011

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM) führt am 29. und 30. September 2011 einen neuen Fortbildungskongress für Hausarztmedizin durch. Er findet im Congress Centre Kursaal in Interlaken statt. Das SGIM Great Update wurde zusätzlich zur Jahresversammlung im Frühjahr ins Leben gerufen, um neben den eher akademischen Inhalten an den Jahresversammlungen die praktischen Aspekte der ärztlichen Tätigkeit in der Grundversorgung vertiefen zu können.

Das SGIM Great Update ist eine praxisorientierte Fortbildungsveranstaltung, welche vor allem auf die Bedürfnisse der praktizierenden Ärzte in der Schweiz zugeschnitten ist.

Im Vordergrund stehen einstündige Workshops, die durch Referate und Seminare ergänzt werden. Es werden insgesamt 30 Workshops zu Themen wie beispielsweise Antibiotika in der Praxis, Diabetes bei Schichtarbeit, Berufsdermatologie, Stroke, Spirometrie, Gelenkuntersuchung, Schlafapnoe oder Wundversorgung sowie Praxismanagement und Praxisübergabe angeboten. ❖

Die Anmeldung zu den Workshops ist noch bis zum 15. August 2011 möglich.
Weitere Informationen und Programm:
www.imk.ch/greatupdate2011