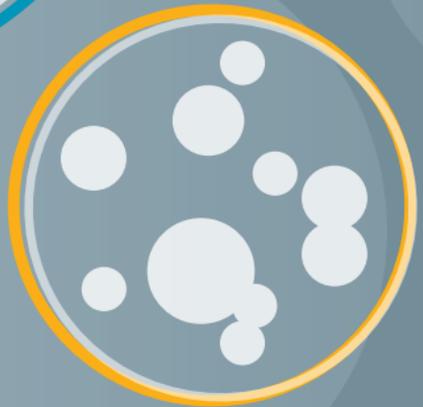
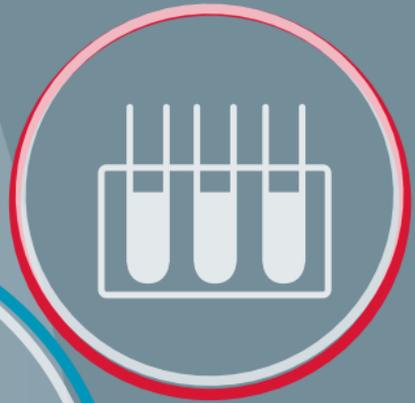




diagnosticum

Labormedizin • Mikrobiologie
Pathologie • Humangenetik

AMBULANTE ANTIBIOTIKATHERAPIE



diagnosticum. Für die Gesundheit bestimmt.

VERSION 1.1
Stand 26.02.2024

Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege,

Breitspektrumantibiotika sind out - das hat sich inzwischen herumgesprochen. "Altes und Bewährtes" feiert eine Renaissance. Leitlinien gibt es viele und zum Teil widersprechen sie sich. **Wie macht "man" es denn nun heute in der antibiotischen Therapie wenn der Patient vor einem in der Praxis sitzt?**

Dieser Ratgeber soll Ihnen in der ambulanten Tätigkeit eine Hilfe bei der empirischen antibiotischen Initialtherapie sein. Er beschränkt sich auf klinische Diagnosen oder einen konkreten Erregerverdacht bei Erwachsenen in akuten Fällen und geht (bis auf einige Ausnahmen) nicht auf spezielle Konstellationen oder bereits nachgewiesene Erreger ein. Komplizierende Faktoren wie Schwangerschaft, Senium, Immunsuppression etc. sollten daher direkt mit einem Facharzt für Mikrobiologie bzw. einem Infektiologen besprochen oder die - inzwischen meist evidenzbasiert vorliegende - Literatur konsultiert werden.

Bei einzelnen Entitäten werden darüber hinaus Therapieempfehlungen für eine Optimierung nach Erhalt eines Antibiotogramms oder rezidivierende/chronische Erkrankungen gegeben. Für alle angegebenen Antibiotika ist immer die orale Galenik gemeint. Auf Ausnahmen wird im Text ebenfalls gesondert hingewiesen. Eine empirische Antibiotikatherapie bei noch nicht erfolgtem oder in der Zwischenzeit erfolgreichem Erregernachweis sollte nach spätestens 72 Stunden greifen. Virale Erreger und Therapiemöglichkeiten werden bei Relevanz für die Symptomatik mit erwähnt.

Sofern in Leitlinien verfügbar, haben wir Ihnen die aus unserer täglichen Beratungserfahrung am besten greifenden und am einfachsten durchführbaren Konzepte ausgesucht und knapp für den Überblick aufbereitet. Die Dosierungen folgen den Empfehlungen des NAK (Nationales Antibiotika-Sensitivitätstest-Komitee), die Sie getrennt für Erwachsene und Kinder auf der Homepage des NAK finden.



Für Angaben zur Dosierung und Applikationsform übernehmen wir keine Gewähr. Der Anwender muss diese im Einzelfall auf Richtigkeit überprüfen (Beipackzettel/Fachinformation). Wir haben versucht möglichst den generischen Substanznamen zu verwenden und geschützte Waren- oder Handelsnamen nicht besonders kenntlich gemacht. **Wir wünschen Ihnen eine schnell greifende Therapie und freuen uns über Ihre Rückmeldungen zum Ratgeber.**

Wenn Sie also eine Idee haben welches Erkrankungsbild Ihnen fehlt oder wo die Erläuterungen noch prägnanter gemacht werden können, dann nur zu: Eine E-Mail an kaysser@diagnosticum.eu oder ein Anruf bei einem oder einer der Autoren genügt.

Ihr Autorenteam aus dem diagnosticum

Heike Hummel, Anja Nowack, Arno Buckendahl und Philipp Kayßer

ATEMWEGSINFEKTIONEN

AKUTE BRONCHITIS

Die Erreger sind vor allem Viren (Influenza-, Adeno-, Corona-, Parainfluenza-, Coxsackieviren, RSV), selten Bordetella pertussis/parapertussis, Chlamydomphila pneumoniae oder Mycoplasma pneumoniae.

THERAPIE

Die Therapie erfolgt üblicherweise rein symptomatisch. Bei bakterieller (Super-)Infektion sollte mit Vorliegen des mikrobiologischen Befundes eine kalkulierte Antibiose erfolgen.

BESONDERHEITEN

Da es sich beim auslösenden Agens meist um Viren handelt und von der Menge oder Farbe des Sputums nicht auf eine bakterielle Genese geschlossen werden kann, sollte eine Antibiose hier unterbleiben. Bei Husten und Auswurf über länger als 8 Wochen sollte eine bakteriologische Diagnostik erfolgen.

AMBULANT ERWORBENE PNEUMONIE

Je nach Vorerkrankungen können die Erregerspektren variieren. Ohne Vorerkrankungen sind Pneumokokken, Staphylococcus aureus, Enterobacterales, atypische Erreger wie Chlamydophila pneumoniae, Chlamydia psittaci, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae, Coxiella burnetii und respiratorische Viren die übliche Ursache.

THERAPIE

- Amoxicillin 1000 mg 3 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Doxycyclin 100 mg 2 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Azithromycin 500 mg an Tag 1, dann 250 mg an den Tagen 2 bis 5

BESONDERHEITEN

Bei Vorerkrankungen besser (weil breiter wirksam):

- Amoxicillin/Clavulansäure 875 mg/125 mg 3 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Clarithromycin 500 mg 2 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Levofloxacin 500 mg 2 x tgl. für 5 Tage

LITERATUR



INFEKTEXAZERBIERTE COPD

Da zumeist virale Infektionen für die respiratorische Verschlechterung verantwortlich sind, sollte die Entscheidung für eine antibiotische Therapie besonders vorsichtig fallen. Oft werden bei klinischen Fällen *Haemophilus influenzae*, *Pneumokokken*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* oder *Enterobacterales* nachgewiesen. Diese gehören aber auch oft zur nachgewiesenen Flora ohne dass eine eigentliche Infektexazerbation vorliegt.

THERAPIE

- Amoxicillin/Clavulansäure 875 mg/125 mg 3 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Clarithromycin 500 mg 2 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Levofloxacin 500 mg 2 x tgl. für 5 Tage

LITERATUR



INFLUENZA

Erreger: Influenzavirus A/B

THERAPIE

- Oseltamivir 75 mg 2 x tgl. über 5 Tage

BESONDERHEITEN

Die gezielte Therapie mit Neuraminidasehemmern ist bis 48 Stunden nach Auftreten der ersten Symptome möglich und sollte besonders bei Risikopatienten erwogen werden. Ansonsten erfolgt die Therapie symptomatisch. Neben der üblichen respiratorischen Symptomatik können Pneumonien (als primäre Influenzapneumonie oder durch bakterielle Superinfektion) auftreten. In diesem Fall ist eine bakteriologische Diagnostik aus Sputum angezeigt. Extrapulmonale Manifestationen sind z.B. Otitis media, Myokarditis oder Enzephalopathie.

LITERATUR



PERTUSSIS

In der überwiegenden Zahl der Fälle ist Bordetella pertussis der Erreger, seltener wird Bordetella parapertussis nachgewiesen.

THERAPIE

- Clarithromycin 500 mg 2 x tgl. für 7 Tage oder
- Azithromycin 500 mg an Tag 1, dann 250 mg tgl. an Tag 2 bis 5

BESONDERHEITEN

Eine Alternative für Erwachsene besteht nur bei Kontraindikation in

- Trimethoprim-Sulfamethoxazol 960 mg 2 x tgl. für 14 Tage

und nur bei Säuglingen < 1 Monat in

- Azithromycin 10 mg/kg KG/d in 1 Einzeldosis für 5 Tage

Eine Therapie sollte nur nach Erregernachweis mittels PCR oder bei einem Ausbruchsgeschehen (Gruppenerkrankung) erfolgen).

PHARYNGITIS/ LARYNGITIS

Erreger sind zu 95 % Viren (z.B. RSV, Rhino-, Parainfluenza-, Influenza-, Adeno-, Coxsackie- und andere Enteroviren)

THERAPIE

- Üblicherweise ist eine rein symptomatische Therapie hinreichend wirksam.

BESONDERHEITEN

Eine bakteriologische Diagnostik ist bei einer Erstvorstellung nicht angezeigt, die molekularbiologische Diagnostik kann bei entsprechender Indikation (prolongierter Verlauf oder Immunsuppression) über ein virales bzw. bakterielles Panel auf respiratorische Erreger erfolgen.

GYNÄKOLOGISCHE INFEKTIONEN

BAKTERIELLE VAGINOSE (AMINKOLPITIS)

Erreger: Gardnerella vaginalis

THERAPIE

- Clindamycin 300 mg 2 x tgl. für 7 Tage oder
- Clindamycin 2 % Vaginalcreme 1 x tgl. für 7 Tage oder
- Metronidazol 500 mg 2 x tgl. für 7 Tage oder
- Metronidazol 0,75 % Vaginalgel (5 g Applikator) 1 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Dequaliniumchlorid 10 mg Vaginaltabletten 1 x tgl. für 6 Tage

BESONDERHEITEN

Eine bakteriologische Diagnostik sollte spätestens beim ersten Rezidiv oder erfolglosen Therapieversuch erfolgen.

LITERATUR



PELVIC INFLAMMATORY DISEASE/ ADNEXITIS/SALPINGITIS

Die häufigsten Erreger sind Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Enterobacterales wie Escherichia coli oder Klebsiella pneumoniae und Anaerobier wie Bacteroides spec.

THERAPIE

Bei Patientinnen mit milder Symptomatik ist eine intramuskuläre/orale Therapie einer intravenösen nicht unterlegen.

- Ceftriaxon 1 bis 2 g i.m. oder i.v. einmalig und Doxycyclin 100 mg 2 x tgl. für 14 Tage oder
- Amoxicillin/Clavulansäure 875 mg/125 mg 2 bis 3 x tgl. für 7 bis 14 Tage und Doxycyclin 200 mg 2 x tgl. für 14 Tage

BESONDERHEITEN

Bei einer Penicillinallergie vom Soforttyp ist Moxifloxacin 400 mg 1 x tgl. für 14 Tage eine therapeutische Alternative.

Bei komplizierenden Faktoren wie Schwangerschaft, Fieber > 38.5 °C, Abszedierungen oder unklarer Unterbauchsymptomatik sollte eine stationäre Einweisung zur weiteren Diagnostik und evtl. i.v.-Therapie erfolgen. Je nach Schweregrad des klinischen Verlaufes muss die Indikation zur parenteralen Therapie großzügig gestellt werden, insbesondere in der Schwangerschaft. Eine Adnexitis post abortum sowie Abszesse gehören auf jedem Fall in stationäre Behandlung mit parenteraler Antibiose.

LITERATUR



VULVOVAGINALMYKOSE

Die weit überwiegende Anzahl der vulvovaginalen Mykosen wird von Candida albicans verursacht. Danach folgen C. glabrata und andere Spezies wie C. krusei, C. tropicalis und C. parapsilosis.

THERAPIE

Die topische Therapie besitzt für alle Candida spp. die höchsten Heilungsraten, Rezidive sind aber nicht selten.

- Clotrimazol 200 mg Vaginaltabletten 1 x tgl. abends für 3 Tage oder
- Nystatin (100.000 U) 2 Vaginaltabletten 1 x tgl. abends für 3 Tage oder
- Ciclopiroxolamin-Vaginalcreme (10 mg/g) 1 x tgl. abends für 6 Tage

BESONDERHEITEN

Eine systemische Therapie mit Fluconazol (mit einem Stufen- oder Suppressionsschema) kann bei rezidivierenden Verläufen und Non-C. glabrata/C. krusei-Isolaten sinnvoll sein. Für C. glabrata oder C. krusei existieren andere Schemata mit diversen Substanzen - eine Therapie mit Fluconazol sollte aufgrund der intrinsischen Resistenz bei diesen Spezies nicht versucht werden.

LITERATUR



HNO-INFEKTIONEN

AKUTE, EITRIGE SINUSITIS

Neben respiratorischen Viren sind bei einer eitrigen Sinusitis Pneumokokken, Haemophilus influenzae und eher seltener Moraxella catarrhalis, Streptococcus pyogenes und Staphylococcus aureus die Ursache.

THERAPIE

- Amoxicillin 1000 mg 3 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Cefpodoxim-Proxetil 200 mg 2 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Azithromycin 500 mg 1 x tgl. für 3 Tage

BESONDERHEITEN

Bei unkomplizierten Verläufen ist keine Antibiose indiziert.

AKUTE OTITIS MEDIA

Neben häufig viralen Entzündungen durch RSV, Influenza-, Rhino- und anderen Viren sind aus bakteriologischer Sicht Pneumokokken, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Streptococcus pyogenes und Staphylococcus aureus nachweisbar.

THERAPIE

- Amoxicillin 1000 mg 3 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Cefpodoxim-Proxetil 200 mg 2 x tgl. für 5 bis 7 Tage oder
- Azithromycin 500 mg tgl. für 3 Tage

BESONDERHEITEN

Eine antibiotische Therapie ist primär bei Immunkompetenten nicht notwendig, gleiches gilt für eine mikrobiologische Diagnostik. Bei Implantatträgern, Immunsupprimierten, craniellen Fehlbildungen, Therapieresistenz, begleitender Mastoiditis oder starker Symptomatik mit Fieber ≥ 39 °C sollte antibiotisch therapiert und zeitgleich eine mikrobiologische Diagnostik aus gewonnenem Sekret eingeleitet werden.

LITERATUR



AKUTE TONSILLITIS

Neben respiratorischen Viren (ca. 70 %) sind meist hämolysierende Streptokokken (Gruppen A, C oder G) und Haemophilus influenzae die Ursache.

THERAPIE

- Penicillin V 1 Mio. IE 3 x tgl. für 7 Tage oder
- Cefadroxil 1000 mg 2 x tgl. für 7 Tage oder
- Clindamycin 300 mg 4 x tgl. für 10 Tage

BESONDERHEITEN

Bei einseitiger, ulzerierender Entzündung mit Foetor ex ore ist an eine Angina-Plaut-Vincent (Mischinfektion mit Spirochaeten) zu denken. Ein Rachenabstrich mit Mikroskopie und Kultur ist hier obligat. Die Antibiose kann mit Amoxicillin/Clavulansäure 875 mg/125 mg 3 x tgl. für 10 Tage erfolgen. Differentialdiagnostisch sollte bei der klassischen Trias von Tonsillopharyngitis mit flächigen Belägen, Fieber und zervikaler Lymphknotenschwellung immer auch an eine Primärinfektion mit Epstein-Barr-Virus (Mononukleose) gedacht werden. Ein Differentialblutbild und eine Erregerserologie können schnell helfen, den Verdacht zu sichern und das Vorenthalten einer Antibiose zu rechtfertigen. Bei Therapieversagen sollte immer eine bakteriologische Diagnostik erfolgen.

LITERATUR



MASTOIDITIS

Die Infektion entsteht meistens aus der Paukenhöhle, daher sind die dort ursächlichen Erreger auch bei der Mastoiditis anzutreffen: Pneumokokken, hämolysierende Streptokokken, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Moraxella catarrhalis und selten Enterobacterales.

THERAPIE

- Ampicillin-Sulbactam 3000 mg 4 x tgl. i.v. für 7 Tage oder
- Ceftriaxon 2000 mg 2 x tgl. i.v. für 7 Tage

BESONDERHEITEN

Eine Überweisung zum Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ist in allen Fällen angezeigt, die Therapie sollte intravenös erfolgen und vor allem Kinder stationär behandelt werden. Die obligate mikrobiologische Diagnostik kann durch Parazentese, Punktion oder intraoperative Abstriche gelingen.

SIALADENITIS/PAROTITIS PURULENTA

Erreger sind zumeist Staphylococcus aureus oder hämolysierende Streptokokken, beide evtl. kombiniert mit Anaerobiern.

THERAPIE

- Amoxicillin/Clavulansäure 875 mg/125 mg 3 x tgl. für 10 Tage oder
- Clindamycin 300 mg 4 x tgl. für 10 Tage oder
- Cefadroxil 1000 mg 2 x tgl. für 10 Tage und Metronidazol 400 mg 3 x tgl. für 10 Tage

BESONDERHEITEN

Natürlich ist nur eine eitrige (bakterielle) Parotitis antibiotisch behandelbar. Differentialdiagnostisch kommen andere Ursachen in Betracht, u.a. Virusinfektionen wie Mumps oder CMV (deutlich häufiger als die bakterielle Infektion). Selten sind granulomatöse Entzündungen durch atypische Mykobakterien, die einer gezielteren Diagnostik bedürfen.

HARNWEGSINFEKTIONEN

UNKOMPLIZIERTE ZYSTITIS DER FRAU

Zumeist werden *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus saprophyticus* und *Klebsiella pneumoniae* nachgewiesen. Die Pathogenität von Enterokokken ist unklar.

THERAPIE

- Fosfomycin-Trometamol 3000 mg 1 x tgl. für 1 Tag oder
- Nitrofurantoin 50 mg 4 x tgl. für 7 Tage oder
- Nitrofurantoin RT 100 mg 2 x tgl. für 5 Tage oder
- Nitroxolin 250 mg 3 x tgl. für 5 Tage oder
- Pivmecillinam 400 mg 2 bis 3 x tgl. für 3 Tage

BESONDERHEITEN

Eine kulturelle Untersuchung des Urins ist bei Frauen mit eindeutiger klinischer Symptomatik einer unkomplizierten, nicht rezidivierenden oder therapieresistenten Zystitis zunächst nicht erforderlich. Bei Therapieversagen (keine Symptombefreiung innerhalb von 2 Wochen) sollte diese jedoch erfolgen und antibiogrammgerecht therapiert werden. Der wiederholte Nachweis von Leukozyten in relevanter Konzentration (≥ 15 Zellen/ μL) ohne kulturellen Nachweis uropathogener Bakterien kann auch Ausdruck einer Infektion mit unter Standardbedingungen nicht nachweisbaren Erregern sein, z. B. Chlamydien, Myko-/Ureaplasmen, *N. gonorrhoeae*, Anaerobiern oder *M. tuberculosis*.

LITERATUR



UNKOMPLIZIERTE ZYSTITIS DER FRAU IN DER SCHWANGERSCHAFT

Zumeist werden *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* und *Klebsiella pneumoniae* nachgewiesen. Seltener sind hämolysierende Streptokokken der Gruppen A und B. Die Keimzahlen können deutlich geringer sein als außerhalb der Schwangerschaft.

THERAPIE

- Fosfomycin-Trometamol 3000 mg 1 x tgl. für 1 Tag oder
- Pivmecillinam 400 mg 2 bis 3 x tgl. 3 Tage oder
- Trimethoprim-Sulfamethoxazol 960 mg 2 x tgl. für 3 Tage

BESONDERHEITEN

Eine kulturelle Untersuchung des Urins sollte in der Schwangerschaft immer erfolgen. Bei Nachweis von hämolysierenden Streptokokken der Gruppe B (*Streptococcus agalactiae*) sollte an eine peripartale Antibiotikaprophylaxe gedacht werden.

LITERATUR



PROSTATITIS

Meist treten als Erreger *Escherichia coli* gefolgt von anderen *Enterobacterales*, eher seltener *Enterokokken*, *Chlamydia trachomatis*, *Gonokokken* oder *Pseudomonas aeruginosa* auf.

THERAPIE

- Ciprofloxacin 500 bis 750 mg 2 x tgl. für 14 Tage oder
- Levofloxacin 750 mg 1 x tgl. für 14 Tage

BESONDERHEITEN

Da die Resistenzlagen für Chinolone einen Erfolg der empirischen Therapie nicht sicher garantieren können, ist eine mikrobiologische Diagnostik aus Mittelstrahlurin, Prostataexpressmat, Expressmaturin oder Ejakulat obligat.

UNKOMPLIZIERTE PYELONEPHRITIS DER FRAU

In absteigender Reihenfolge sind die Erreger Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae sowie andere Enterobacterales.

THERAPIE

- Ciprofloxacin 500 bis 750 mg 2 x tgl. für 7 Tage oder
- Levofloxacin 750 mg 1 x tgl. für 5 Tage oder
- Cefpodoxim-Proxetil 200 mg 2 x tgl. für 7 Tage

Nur bei nachgewiesener Sensibilität des Erregers:

- Amoxicillin/Clavulansäure 875 mg/125 mg 3 x tgl. für 7 Tage oder
- Trimethoprim-Sulfamethoxazol 960 mg 2 x tgl. für 7 Tage

BESONDERHEITEN

Eine kulturelle Anlage des Urins ist immer erforderlich. Bei komplizierender Symptomatik wie Übelkeit, Kreislaufbeschwerden, Erbrechen, Fieber oder anderen Zeichen einer Urosepsis sowie einer Schwangerschaft ist eine orale Therapie nicht mehr angezeigt.

UNKOMPLIZIERTE ZYSTITIS BEI JÜNGEREN MÄNNERN

In absteigender Reihenfolge sind die Erreger Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae sowie andere Enterobacterales.

THERAPIE

- Pivmecillinam 400 mg 2 bis 3 x tgl. für 3 Tage oder
- Nitrofurantoin 50 mg 4 x tgl. für 7 Tage oder
- Nitrofurantoin RT 100 mg 2 x tgl. für 5 Tage oder
- Levofloxacin 750 mg 1 x tgl. für 5 Tage

BESONDERHEITEN

Unkomplizierte Harnwegsinfektionen sind bei Männern selten und in höherem Lebensalter mit komplizierenden Faktoren beispielsweise im Sinn einer Abflussbehinderung bei Prostatahypertrophie vergesellschaftet.

LITERATUR



INFEKTIONEN DES MAGEN-DARM-TRAKTS

AKUTE DIARRHOE

*Die Mehrzahl der Diarrhoen in Deutschland sind viralen Ursprungs und keiner spezifischen Therapie zugänglich (u. a. Noro-, Rota-, Adeno- und Astroviren). Bei den bakteriellen Diarrhoen führen *Campylobacter spp.* in der Häufigkeit vor *Salmonellen*, *Shigellen*, *Yersinien* und *E. coli*.*

THERAPIE

- Azithromycin 500 mg tgl. für 3 Tage

BESONDERHEITEN

Akute Diarrhoen (bis 14 Tage) sind typischerweise selbstlimitierend, unkompliziert und mittels einer lediglich supportiven Therapie mit Elektrolytsubstitution zu behandeln. Komplizierte Verläufe mit blutigen Stühlen, schwere Erkrankungen (Dehydrierung, Sepsis, Fieber, Krankenhausaufenthalt) oder Patienten mit ausgeprägtem Immundefekt sollten einer virologischen, bakteriologischen und parasitologischen Diagnostik zugeführt werden. Nur bei ihnen ist die oben genannte empirische Antibiose angezeigt. Differentialdiagnostisch können entzündliche Darmerkrankungen wie Morbus Crohn/Colitis ulcerosa oder eine Antibiotikaassoziierte Colitis Verursacher sein.

LITERATUR



SEXUELL ÜBERTRAGENE INFEKTIONEN

AKUTE URETHRITIS

Meist handelt es sich um Infektionen mit Chlamydia trachomatis, seltener um Mykoplasmen, Ureaplasmen oder sonstige Bakterien.

THERAPIE

- Doxycyclin 100 mg 2 x tgl. p.o. für 7 bis 10 Tage oder
- Azithromycin 1 g p.o. an Tag 1, dann 500 mg für die Tage 2 bis 5

BESONDERHEITEN

Parallel zur Akuttherapie sollte eine molekularebiologische Diagnostik auf Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae erfolgen. Bei erfolgloser empirischer Therapie und fehlendem Nachweis von Chlamydien oder Gonokokken ist eine umfangreichere Abstrichdiagnostik indiziert: allgemeine Bakteriologie, gezielte PCR auf Mykoplasmen, Ureaplasmen und Trichomonaden.

GONORRHOE

THERAPIE

- Ceftriaxon 1 bis 2 g i.v. oder i.m. einmalig und Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig

BESONDERHEITEN

Die o. g. Kombinationsantibiose schließt gängige Koinfektionen wie Chlamydia trachomatis mit ein. Eine Therapiekontrolle sollte frühestens 14 Tage nach Abschluss der Therapie mittels PCR erfolgen.

Insbesondere die Behandlung der Infektion mit Gonokokken stellt uns vor zunehmende Probleme durch Resistenzen. Eine Erregeranzucht mit Resistenzbestimmung ist in jedem Fall anzustreben. Bei Kontraindikationen gegen eine i.m.-Gabe, Unmöglichkeit der i.v.-Gabe und einer Infektion außerhalb des Pharynx besteht eine Therapieoption mit

- Cefixim 800 mg p.o. einmalig und Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig

LITERATUR



THERAPIE BEI INFEKTIONEN MIT MULTIRESISTENTEN ERREGERN (MRGN, MRSA, VRE) UND PVL-BILDENDEN STAPHYLOCOCCUS AUREUS-ISOLATEN

MRGN

Eine Legaldefinition für MRGN existiert in Deutschland für Enterobacterales, Pseudomonas aeruginosa und Acinetobacter baumannii complex. Andere Spezies können per Definitionem keine MRGN sein, obwohl sie evtl. mehrfach resistent sind.

THERAPIE

Die Therapie richtet sich nach dem Antibio-gramm, dem Erreger und der Lokalisation und sollte mit einem Facharzt für Mikrobiologie bzw. einem Infektiologen erörtert werden. Empirische Therapieversuche sollten vermieden werden.

BESONDERHEITEN

Ein Sanierungsversuch bei MRGN-Besiedlung oder einer Infektion ist im Regelfall erfolglos und sollte unterlassen werden.

MRSA-SANIERUNG

Hinsichtlich der Sanierung ist grundsätzlich eine reine Besiedlung von einer Infektion zu unterscheiden. Obwohl prinzipiell möglich, wird in den meisten Fällen die Infektion zunächst spezifisch therapiert und dann - ggf. nach einem weiteren Kolonisationsscreening - ein Sanierungsversuch gestartet. Wenn die Compliance des Patienten es zulässt, sind aber auch Sanierung und Therapie zeitgleich möglich.

THERAPIE

Neben den Standardsanierungsmaßnahmen die im Folgenden beschrieben sind, sollten bei den Patienten auch Prädilektionsstellen wie Wunden, Kathetereintrittsstellen, Tracheostomata oder ein Anus praeter gescreent und spezifisch saniert werden.

- **Nase:** 3 x tgl. Mupirocin-Nasensalbe oder Octenidin-Gel in beide Nasenvorhöfe einreiben für 5 Tage
- **Mund und Rachen:** 3 x tgl. antiseptisches Gurgeln mit Octenidin- oder Chlorhexidin-Mundspüllösung) für 5 Tage
- **Ganzkörperwaschung** inkl. der Haare mit Octenidin-Waschlotion für 5 Tage
- **Wechsel** von Bett- und Körperwäsche, Handtüchern und Waschlappen tgl. für 5 Tage
- **Desinfektion** der patientennahen Umgebung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel tgl. für 5 Tage

BESONDERHEITEN

Kontrollen sollten im ambulanten Bereich nach 6 und 12 Monaten erfolgen. Zu den Regelungen im EBM bezüglich der Sanierung und Kosten-erstattung fasst die KBV auf ihrer Homepage (s. Literatur) den Komplex zusammen.

LITERATUR



STAPHYLOCOCCUS AUREUS ODER MRSA MIT PVL-BILDUNG

Die Fähigkeit zur Bildung von Panton-Valentin-Leukozidin wird molekularbiologisch detektiert und sollte bei Nachweis von Staphylococcus aureus in rezidivierenden Abszessen, neu aufgetretenen Abszessen an mehreren Lokalisationen oder Abszedierungen im familiären Umfeld bzw. nach Auslandsreisen angefordert werden. Es ist für das Krankheitsbild unerheblich, ob es sich um einen Methicillin-sensiblen Staphylococcus aureus-Stamm (MSSA) oder um einen MRSA handelt.

THERAPIE

Die Therapie sollte immer nach Antibiogramm erfolgen und von einer Dekolonisation begleitet sein. Nur bei fehlendem Antibiogramm kann im Ausnahmefall eine der folgenden Substanzen empirisch eingesetzt werden.

- Trimethoprim-Sulfamethoxazol 960 mg 2 x tgl. für 5 Tage oder
- Doxycyclin 200 mg 1 x tgl. für 5 Tage oder
- Clindamycin 600 mg 3 x tgl. für 5 Tage

BESONDERHEITEN

Bei Kindern ist die Therapie individuell zu planen. Eine kulturelle Therapieerfolgskontrolle sollte frühestens 48 Stunden nach Beendigung der Therapie erfolgen. Die begleitende Dekolonisation umfasst die Nase (Salbe), Mund und Rachen (Gurgellösung), die Ganzkörperwäsche und edukative sowie lokale desinfizierende Maßnahmen.

LITERATUR



VRE

Es handelt sich fast ausschließlich um Vancomycin-resistente Enterococcus faecium. Spezies mit intrinsischer Vancomycinresistenz wie Enterococcus gallinarum fallen nicht unter den Begriff VRE.

THERAPIE

Die Therapie richtet sich nach dem Antibio-gramm, dem Erreger und der Lokalisation und sollte mit einem Facharzt für Mikrobiologie bzw. einem Infektiologen erörtert werden. Empirische Therapieversuche sind zu vermeiden.

BESONDERHEITEN

Ein Sanierungsversuch bei VRE-Besiedlung oder einer Infektion ist im Regelfall erfolglos und sollte unterlassen werden.

HAUT- UND WEICHGEWEBSINFEKTIONEN

ABSZESSE

In vielen Fällen ist Staphylococcus aureus die Ursache, bei rezidivierendem Vorkommen auch mit PVL-Bildung. Seltener sind hämolysierende Streptokokken, Enterobacterales oder Mischinfektionen.

THERAPIE

Chirurgische Sanierung mittels Inzision, ggf. mit Drainage und/oder zusätzlicher antibiotischer Abdeckung durch

- Flucloxacillin 1000 mg 3 x tgl. für 7 Tage oder
- Cefadroxil 1000 mg 2 x tgl. für 7 Tage oder
- Clindamycin 300 mg 3 x tgl. für 7 Tage

BESONDERHEITEN

Eine bakteriologische Diagnostik aus einem intraoperativen Abstrich oder der Eiterflüssigkeit sollte immer erfolgen.

BISSVERLETZUNGEN

In der überwiegenden Zahl der Fälle handelt es sich je nach Verursacher um eine aerob-anaerobe Mischflora aus Staphylococcus aureus, hämolysierenden Streptokokken (Mensch) oder um Pasteurella spp. (Tier) und sonstigen Keimen der oralen Flora.

THERAPIE

- Amoxicillin/Clavulansäure 500 mg/125 mg 3 x tgl. für 7 Tage oder
- Clindamycin 300 mg 3 x tgl. für 7 bis 10 Tage und Moxifloxacin 400 mg tgl. für 5 Tage

BESONDERHEITEN

Die Antibiose soll supportiv zur (ggf. chirurgischen) Wundversorgung wirken. Eine mikrobiologische Diagnostik ist immer indiziert. Eine Überprüfung des Impfstatus sollte gegebenenfalls eine Tetanus- und/oder Tollwutprophylaxe zur Folge haben.

ERYSIPEL

Typischerweise werden hämolysierende Streptokokken der Gruppe A, seltener auch anderer Gruppen und Staphylococcus aureus als Auslöser nachgewiesen.

THERAPIE

- Penicillin V 1 Mio. IE 3 x tgl. für 7 Tage oder
- Amoxicillin/Clavulansäure 500 mg/125 mg 3 x tgl. für 7 Tage oder
- Cefadroxil 1000 mg 2 x tgl. für 7 Tage oder
- Clindamycin 300 mg 3 x tgl. für 10 Tage

BESONDERHEITEN

Eine bakteriologische Diagnostik mittels Abstrich der oberflächlichen Haut ist oft nicht zielführend. Eintrittspforten und prädisponierende Faktoren sollen gesucht und bei Vorhandensein saniert werden.

IMPETIGO CONTAGIOSA

In praktisch allen Fällen mit klassischer Symptomatik sind Staphylococcus aureus oder β -hämolyisierende Streptokokken die Erreger.

THERAPIE

- Octenidin Lösung oder Gel mehrfach tgl. auf die Haut auftragen für 7 Tage oder
- Cefadroxil 1000 mg 2 x tgl. für 7 Tage oder
- Clindamycin 300 mg 3 x tgl. für 7 Tage

PHLEGMONE

In der überwiegenden Zahl der Fälle sind Staphylococcus aureus oder β -hämolyisierende Streptokokken die Erreger, seltener Enterobacterales und Mischinfektionen mit Anaerobiern.

THERAPIE

- Cefadroxil 1000 mg 2 x tgl. für 7 Tage oder
- Clindamycin 300 mg 3 x tgl. für 10 Tage

BESONDERHEITEN

Die Therapie sollte engmaschig überwacht werden, da der Übergang in eine lebensbedrohliche nekrotisierende Fascitis mit Toxinbildung möglich ist.



diagnosticum

Labormedizin • Mikrobiologie
Pathologie • Humangenetik

MVZ diagnosticum GmbH

Weststraße 27

09221 Neukirchen

Tel.: 0800 1219100-00

labor@diagnosticum.eu

diagnosticum.eu