

Handout Empirische Antibiotikatherapie

1. Das Prinzip der kalkulierten antibiotischen Therapie

- In der Praxis ist die professionelle Auswahl einer Antibiotikabehandlung von den Prinzipien der kalkulierten Therapie geleitet.
- Dies beinhaltet u.a.:
 - o Dass die Infektion dringlich behandlungsbedürftig ist
 - o Dass es sich um eine bakterielle Infektion handelt
 - o Dass die Therapieentscheidung bewusst „vorläufig“ ist
- Vor jeder Antibiotikatherapie sollten die folgenden Fragen gestellt werden:
 - o Handelt es sich wirklich um eine bakterielle Infektion? Und wenn ja, muss diese mit Antibiotika behandelt werden? Bzw. Ist eine sofortige empirische Therapie notwendig oder können/sollen die mikrobiologischen Resultate abgewartet werden?
 - o Welche Erreger sind dabei am häufigsten?
 - o Sind genügend Maßnahmen zur mikrobiologischen Diagnostik erfolgt, bzw. ist eine solche überhaupt notwendig?
 - o Gibt es zu dieser Infektion Guidelines/Empfehlungen?
 - o Welche Antiinfektiva sind für den individuellen Patienten geeignet? (Allergie?, Nierenfunktion? etc.)

Tabelle 2. Situationen, in denen eine empirische Antibiotikatherapie nicht empfohlen ist.

Heikle Infektsituation	Mögliche Empfehlung
Nichtansprechen auf empirische Antibiotika, Rezidiv nach initialer Besserung	Keine zweite empirische Antibiose → mikrobiologische Diagnostik
Fieber ohne Fokus, v.a. falls Persistenz über mehrere Tage	Blutkulturen, weitere Diagnostik
Seltener oder resistenter Keim in Anamnese, Antibiotika oder Hospitalisation in letzten 90 Tagen	Möglicher resistenter Keim → mikrobiologische Diagnostik
Patient verwirrt, allein zuhause, schlechter Allgemeinzustand Orale Antibiotikaeinnahme unsicher (Erbrechen)	Diagnostik + Antibiotika auf Notfallstation oder stationäre Behandlung bis Besserung
Asymptomatische Bakteriurie, HWI in Schwangerschaft	Rücksprache mit Gynäkologie: Diagnostik, Sicherheit des Antibiotikums
Möglicher Infekt von Gelenk-, Gefäßprothese, Schrittmacher, anderes Fremdmaterial	Rücksprache mit Operateur, Infektiologe → mikrobiologische Diagnostik
Immunsupprimierter oder postoperativer Patient	Mikrobiologische Diagnostik + Rücksprache mit Infektiologe, Operateur

2. Die häufigsten Indikationen zur empirischen antibiotischen Therapie

- Cellulitis/Erysipel:
 - mikrobiologische Diagnostik ist in den meisten, gewöhnlichen Fällen von Zellulitis und Erysipel nicht nötig
 - Häufigste Keime: Staphylokokken und Streptokokken
 - Therapie: (Co-)Amoxicillin (iv od. po) oder Clindamycin (3x400mg)
- Unterer Atemwegsinfekt ohne Pneumonie (z.B. Bronchitis)
 - mikrobiologische Diagnostik ist in den meisten Fällen nicht nötig
 - Meiste Episoden sind selbstlimitierend
 - Amoxicillin keinen Einfluss auf die Symptombdauer
 - Therapie: Keine → Re-Evaluation bei Fieber od. respiratorischer Verschlechterung
- Pneumonie:
 - Vd. a. Pneumonie bei akutem Husten PLUS ≥ 1
 - Neu aufgetretener fokaler thorakaler Befund
 - Dämpfung, Bronchialatmen, Rasselgeräusche
 - Tachypnoe/Dyspnoe
 - Fieber seit > 4 Tagen
 - Mikrobiologische Diagnostik Grundsätzlich nicht empfohlen im ambulanten Setting
 - Häufigste Keime: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis
 - Therapie: Co-Amoxicillin oder Clarythromycin
- Harnwegsinfekt
 - Wahrscheinlichkeit für unkomplizierten HWI < 90% wenn:
 - Frauen +
 - Dysurie
 - Starker Harndrang (urgency)
 - Pollakisurie (frequency)
 - Hämaturie
 - Keine Risikofaktor (Kein Rückenschmerz, kein Fieber, Kein vaginaler Ausfluss)
 - Keine Diagnostik solange kein Rezidiv vorliegt
 - Keime: Escherichia coli (75-95%)
 - Therapie: Nitrofurantoin, Fosfomycin, Bactrim
- Pyelonephritis:
 - Bei V.a. Pyelonephritis IMMER Urinbakteriologie vor Antibiotika!
 - NIE Nitrofurantoin oder Fosfomycin (zu tiefe Gewebskonzentrationen)
 - Therapie empirisch: Ciprofloxacin

3. Literatur/Links:

- <http://www.anresis.ch/>
- <http://www.sanfordguide.com/>
- Tarr et al, Schweiz Med Forum 2011;11(16-17):290-295
- Basetti et al, Schweiz Med Forum 2013;13(35):672-677
- Woodhead et al, Eur Respir J. 2005 Dec;26(6):1138-80.
- Von Braun et al, Schweiz Med Forum 2014;14(31-32):560-565