DER GASTROBRIEF

NEUES AUS DER GASTROENTEROLOGIE UND GASTROINTESTINALEN ONKOLOGIE | 11/2021

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, lieber Herr Kollege,

seit nunmehr schon wieder über einem Jahr haben wir hier die Sektion Pneumologie unter Leitung von Herrn Dr. Michael Böckeler und Mitarbeit von Herrn Dr. Florian Schimmele etabliert und können uns bereits nicht mehr vorstellen, wie wir ohne diese Expertise zurechtkommen sollten.

In loser Reihenfolge wollen wir künftig meine Nachrichten aus der Gastroenterologie und Gastrointestinalen Onkologie durch Informationen aus der Pneumologie, Infektiologie und Hämato-Onkologie ergänzen.

Heute berichtet Dr. Böckeler zur neuen S3-Leitlinie zur Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie: Diese ist und bleibt die häufigste zur Hospitalisierung führende Infektionskrankheit – entscheidend für die Therapieentscheidung, stationär oder ambulant, „Schmalspur-" oder „Breitband-"Antibiotikum sind sowohl der Patient (bes. sein Immun-Status und „instabile" Komorbiditäten) als auch der Schweregrad seiner Pneumonie ...

Viel Spaß und Gewinn beim Lesen!
Ihr Bodo Klump

NEUE S3-LEITLINIE „AMBULANT ERWORBENE PNEUMONIE": WAS IST NEU?

» **Pat. mit einem Risiko für multiresistente Erreger identifizieren:**
immunkompromittierende Krankheiten, z.B. Krebs, oder immunkompromittierende Therapien, z.B. Steroide oder Chemotherapie?
→ stationäre Therapie und Breitband-Antibiotikum

» **Pat. mit „instabiler Komorbidität" (KHK/Angina pectoris, Herzinsuffizienz, COPD, ...)**
→ stationäre Therapie

» **Schweregrad-Bestimmung der Pneumonie mit Hilfe des CRB-65-Score und der Sauerstoffsättigung**
(jew. 1 Punkt falls zutreffend)
- *Bewusstseinstrübung*
- *Atemfrequenz (> 30/min)*
- *Hypotonie (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch < 60 mmHg) und*
- *Alter (≥ 65 Jahre)*

a. **leichtgradig:**	kein CRB-Punkt, gute Sättigung > 92 % → ambulante Therapie
b. **mittelgradig:**	CRB-Punkte 1-2 oder Sättigung < 92 % → stationäre Therapie
c. **schwere „Notfall"-Pneumonie:**	CRB-Punkte > 2, Beatmungsnotwendigkeit → stationäre (Intensiv-)Therapie

» **Mikrobiologische Diagnostik**
- Bei leichtgradiger Pneumonie und ambulanter Behandlung: nein!
- ***Pneumokokkenantigen*** bei hospitalisierten Patienten und bei Ausbrüchen.

Prof. Dr. med. Bodo Klump
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Gastroenterologie und Tumormedizin

TELEFON 0711 / 4488-12400
FAX 0711 / 4488-11409
E-MAIL b.klump@medius-kliniken.de

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
Hedelfinger Straße 166
73760 Ostfildern

DKG KREBSGESELLSCHAFT
Zertifiziertes Darmkrebszentrum

» **Empfehlung zur Antibiose**

- Neubewertung der ***Fluorchinolone*** (nach den Rote-Hand Briefen).
  Fluorchinolone, also Moxifloxacin oder Levofloxacin, werden nur noch „nachgeordnet" empfohlen. Fluorchinolone nicht bei Patienten über 80 Jahre, bei systemischer Steroidtherapie, Aortenaneurysma und schwerer kardialer Komorbidität. Ciprofloxacin als Monotherapie ist bei ambulant erworbener Pneumonie kontraindiziert.
- Neue Empfehlungen bei ***Penicillinallergie***.
  - Bei leichtgradiger Pneumonie ohne Komorbidität ist weiterhin ***Amoxicillin*** das Mittel der Wahl. Wenn eine Penicillinallergie oder -unverträglichkeit vorliegt, sollen nun alternativ ***Azithromycin***, ***Clarithromycin*** oder ***Doxycyclin*** bevorzugt werden. ***Keine Fluorchinolone***.
  - Bei leichtgradiger Pneumonie und definierter Komorbidität, wie chronischer Herzinsuffizienz, ZNS-Erkrankungen mit Schluckstörung, schwerer COPD, Bronchiektasen, Bettlägerigkeit und PEG ist weiterhin ***Amoxicillin-Clavulansäure*** die Therapie der Wahl. Alternativ werden weiter die Fluorchinolone Moxifloxacin und Levofloxacin empfohlen, Einschränkungen s.o.
- Antimikrobielle ***Therapiedauer***: Verkürzung der Therapie bei ***leicht bis mittelschwerer*** Pneumonie auf ***5 Tage***.
- ***Interaktionen und Nebenwirkungen*** der Antibiotika .
  - Interaktionen zwischen Clarithromycin und Statinen bzw. Antikoagulanzien.
  - Interaktionen zwischen Makroliden bzw. Fluorchinolonen und anderen QT-Zeit verlängernden Substanzen.
  - ***Bevorzugung von Azithromycin*** gegenüber Clarithomycin bei relevantem Interaktionsrisiko (ältere Patienten, interaktionsrelevante Komedikation). Azithromycin ist zudem das am wenigsten kardiotoxische Makrolid.
  - Amoxicillin-Clavulansäure kann hepatotoxisch wirken.
  - ***Nicht empfohlen*** werden ***orale Cephalosporine*** aufgrund ihrer geringen Bioverfügbarkeit und des Risikos einer Clostridium-difficile-Kolitis.

Dr. med. Michael Böckeler
Oberarzt
Sektionsleitung Pneumologie

Dr. med. Florian Schimmele
Assistenzarzt
Facharzt Innere Medizin

Prof. Dr. med. Bodo Klump
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Gastroenterologie und Tumormedizin

TELEFON 0711 / 4488-12400
FAX 0711 / 4488-11409
E-MAIL b.klump@medius-kliniken.de

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
Hedelfinger Straße 166
73760 Ostfildern