

Übergänge



1. Frühjahrsversammlung der SGAIM

Die neu gegründete Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin hat ihren ersten grossen wissenschaftlichen Kongress mit Bravour über die Runde gebracht. Perfekte Organisation, Pflege eines breiten Netzwerkes mit Gastveranstaltungen von nicht weniger als 10 befreundeten Gesellschaften, ein breiten Angebot von Special Lectures, Workshops, Updates, «How to>s, Seminarien, Posterausstellungen, Learning Centers und auch Satelliten Symposien machten den Kongress zum Erlebnis. Nur zu oft hätte man sich gerne zwei- oder dreigeteilt um nicht in parallelen Sitzungen Wichtiges zu verpassen. Die Qualität des Angebots war ebenso hoch wie es schön war, noch etwas Zeit zu haben für einen Austausch gerade auch mit seltener gesehenen Kolleginnen und Kollegen.

PD Dr. med. Philip Tarr, Bruderholz, besprach in seinem **Update Antibiotika in der Hausarztpraxis** die Themen, wegen welchen er an häufigsten von Hausärzten um Rat gebeten wird. An erster Stelle stehen hier die Probleme rund um **Zeckenbisse**. Während laut Medien das Zeckenproblem und Zeckenbisse laufend zunehmen würden, blieb die Zahl von diagnostizierten Fällen von Lyme-Borreliose in den letzten Jahren konstant. Bei einem Zeckenbiss soll die Zecke mit einer Pinzette entfernt werden mit lokaler Desinfektion. Nicht jede lokale Rötung ist ein Erythema chronicum migrans, eine Rötung in den ersten 1–2 Tagen ist eine lokale allergische Reaktion, das eigentliche chronische Erythem kommt frühestens 3 Tage, typischerweise eine Woche nach dem Biss und persistiert über Wochen und erreicht einen Durchmesser über 5 cm. Eine Antibiotikaprophylaxe ist nicht empfohlen, weil die Serokonversionsrate lediglich 1–5 % beträgt und in der Schweiz in weniger als 1 % eine echte Borreliose auftritt, auch wenn 5–30 % aller Zecken infiziert sind. Kommt es zu einem Erythema chronicum migrans soll die Klinik und keine Antikörper behandelt werden, zumal die IgM-Antikörper oft falsch positiv sind! Es gibt nur wenige Indikationen für eine Antikörpertestung wie Facialispaparese, eine akute Monar-



PD Dr. med. Philip Tarr

thritis, eine lymphozytäre Meningitis, eine Meningo-Radikulitis oder ein Verdacht auf eine Acrodermatitis. Keine Indikation stellt das Erythema migrans dar oder unspezifische Beschwerden wie chronische Müdigkeit, Arthralgien, Myalgien. Guidelines finden sich unter www.sginf.ch. Therapie der Wahl ist Doxycyclin 2 x 100 mg für 10 Tage, alternativ Amoxicillin 3 x 500 mg für 14–21 Tage, Makrolide wirken klar schlechter. Angepasste Therapiedauer bei Facialispaparese, Neuroborreliose und Arthritis gemäss Konsilium mit Infektiologen.

Cellulitis, Erysipel: Eintrittspforte suchen und behandeln, z. B. Pilzinfektion zwischen Zehen. Erreger meistens Streptokokken, aber Erregernachweis schwierig. Zudem in 10–20% Staphylokokken, die oft gegen Amoxi resistent sind. Therapie folglich empirisch mit Amoxi-Clav, meistens auch bei Diabetikern ausreichend. Supportiv befallene Extremität hoch lagern. Keine Makrolide, Chinolone oder Bactrim. Bei Penicillin-Allergie Clindamycin, allenfalls in Kombination mit Ciprofloxacin.

Penicillin-Allergie: 10 % der Patienten behaupten gegen Penicillin allergisch zu sein, aber von diesen machen nur 10% eine allergische Reaktion bei Testung. Eine Testung in der täglichen Praxis und Überweisung an den Allergie-Spezialisten ist aus finanziellen Gründen kaum praktikabel, so dass man gezwungen ist, sich auf eine exakte Anamnese zu verlassen: Viele Kinder wachsen aus ihrer Allergie heraus. Noch wichtiger ist zu unterscheiden, ob nur ein makulo-papullärer Ausschlag aufgetreten sei oder eine Urtikaria mit Juckreiz bestanden hätte, im ersten Fall darf ein Cephalosporin gegeben werden, das Risiko für eine Kreuzreaktion beträgt rund 4–5%, im zweiten Fall aber ist das Risiko für eine anaphylaktoiden Reaktion in der Ambulanz zu hoch, so dass eine unbedingt indizierte Therapie unter Beobachtung während 24 Stunden auf einer Intensivstation einzuleiten ist. Abgrenzung Weichteilinfekt gegen Knocheninfekt insbesondere bei chronischen Wunden und Diabetikern mittels chirurgischem Débridement und Knochenbiopsie

vor Einleitung einer antibiotischen Therapie klären. Ein oberflächlicher Abstrich reicht nicht. Merkspruch: Wenn ich den Knochen sehen oder mit der stumpfen Knopfsonde erreichen kann, kann ihn auch der Staph. aureus erreichen und es besteht eine Osteomyelitis. **Ambulante intravenöse Antibiotika-Therapie:** Welche können gegeben werden? Ceftriaxon (Rocephin®) 2 g 1 x/Tag z. B. bei Pyelonephritis, Streptokokken Endokarditis, Neuroborreliose, Ertapenem (Invanz®) 1 g 1 x/Tag, z. B. bei ESBL-produzierenden E. coli Infekten, Daptomycin (Cubicin®) 4–6 g/kg KG x/Tag z. B. bei resistenten Staph. aureus MRSA, Enterokokken Infektionen. Wo können sie gegeben werden? In der Hausarztpraxis, via Spitex, auf der Notfallstation des lokalen Spitals, in onkologischen Institutionen. Wie können sie gegeben werden? Über einen peripher eingeführten Zentralvenen Katheter PICC via V. basilica.

Pneumonie in der Praxis: Mikrobiologische Abklärung nicht ergiebig und nicht empfohlen, sogar im Spital gelingt ein Erregernachweis in weniger als 50%. Erregerspektrum: Typische ca. 50%, atypische 7–40%, gemischt 6–22%, viral 2–16%, Aspiration 6–10%. Nach schweizerischen Guidelines 2006 ist Amoxi-Clav oder Doxycyclin Therapie erster Wahl, das heisst eine Therapie, die nicht gegen atypische Erreger gerichtet ist mit der Begründung, dass Patienten mit Legionellose so krank seien, dass sie ohnehin ins Spital kommen und Erkrankungen anderen atypischen Erregern meistens spontan ausheilen. Alternativen sind Makrolide oder Levo/Moxifloxacin. Die amerikanische IDSA/ATS Guidelines 2007 empfehlen primär eine Behandlung gegen typische und atypische Erreger mit Makroliden, Doxycyclin, Levo/Moxifloxacin oder Beta-Lactame mit Makroliden. Das Problem mit Streptokokkus Pneumoniae in der Schweiz ist eine Resistenz in 15% der Fälle gegen Makro-

lide und Doxycyclin, so dass Amoxi-Clav eine bessere Initialtherapie darstellt.

Harnwegsinfektionen in der Praxis: Neue Guidelines 2015 auf www.sginf.ch aufgeschaltet: Keine Quinolone bei Zystitis sondern Nitrofurantoin 2 x 100 mg x 5 Tage, wegen geringerer Kollateralschäden an der Darmflora mit der Konsequenz von erhöhtem Rückfallrisiko, alternativ Fosfomycin (Monuril®) 1 x 3 gr als Einzeldosis oder Bactrim® 2 x 160 / 800 mg x 3 Tage. Alle drei sind auch in der Schwangerschaft sicher, einzig Bactrim soll in den letzten Wochen vor Entbindung nicht mehr eingesetzt werden. Bei V.a. auf Pyelonephritis ist wegen unbelegter Wirkung von Nitrofurantoin der Einsatz von Ciprofloxacin (Ciproxin®) sinnvoll, aber erst nach Abnahme einer Urinkultur wegen zunehmender Resistenzproblematik (20–30% aller E. coli). Alternative Ceftriaxon (Rocephin®) 2 g i.v. Weitere Gründe gegen den Einsatz von Quinolonen sind verschiedene, zunehmend häufig erkannte Nebenwirkungen, wie Tendinopathien, Achillessehnen Ruptur, Tendosynovitiden, Aortenaneurysma und Dissektion, Nierenversagen, Netzhautablösung. Nichtantibiotische Behandlung von Infekten: Unkomplizierte Zystitiden können gemäss einer randomisierten Vergleichsstudie mit Ibuprofen 3 x 400 mg / Tag in 2 von 3 Fällen erfolgreich behandelt werden, allerdings um den Preis einer etwas längeren Symptombdauer (am 4. Tag unter Ibuprofen 39% asymptomatisch gegenüber 56% nach Fosfomycin) und einer geringen Erhöhung des ohnehin kleinen Risikos, an einer Pyelonephritis zu erkranken. Hingegen erlitten die ohne Antibiotika behandelten Frauen seltener ein Rezidiv (6% vs. 11%).

▼ Dr. med. Hans Kaspar Schulthess

Quelle: 1. Frühjahrsversammlung der SGAIM, Basel, 25.-27.5.2016