



Therapie der CAP

Pneumonie im Kindesalter: Wann muss welches Antibiotikum ran?

Quelle: springermedizin.de

publiziert am: 18.6.2012 15:00

Quelle: springermedizin.de

Autor: Birte Seiffert

basierend auf: Rose M. Antibiotika bei ambulant erworbener Pneumonie. Vortrag anlässlich der 20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft Infektiologie (DGPI), 19.-21.04.2012, Mannheim



Bei den klassischen atypischen Pneumonien durch *Mycoplasma pneumoniae* bleiben Beta-Laktam-Antibiotika wirkungslos.

© photos.com PLUS

Resistente Bakterien sind gefürchtet – umso wichtiger ist Einsatz von Antibiotika. Wie sieht dieser bei der ambulanten Pneumonie im Kindesalter aus? Welches Kind braucht v

Besteht bei einem Kind der Verdacht auf eine ambulant erworbene **Pneumonie** (CAP), lauten die ersten Fragen: Stecken Bakterien hinter der Erkrankung? Muss hier also ein Antibiotikum ran – und wenn ja, welches? „Bei jungen Kindern sollten Sie im Zweifel antibiotisch behandeln“ empfahl Prof. Dr. Markus A. Ros für den ambulanten Bereich gemäß den aktuellen amerikanischen und britischen Leitlinien. Denn bei dieser Patientengruppe ist es nicht nur besonders schwierig, zwischen bakterieller und viraler Lungenentzündung zu unterscheiden. Auch Sicherheitsgründe kommen ins Spiel: Kleine Kinder haben nur wenig Reservekapazität der Klinik allerdings gegen einen bakteriellen Keim (s. **Wie sich die Pneumonie bei Kindern klinisch unterscheidet**). In dieser Altersgruppe sind die kleinen Patienten gegen Pneumokokken als den klassischen Haupterreger in dieser Altersgruppe geschützt – unter engmaschiger Beobachtung – auch unbehandelt bleiben. „Das machen wir gerne im stationären Bereich“, berichtete Rose.

Aminopenicillin als Mittel der Wahl

Ist die Entscheidung für eine Antibiotikatherapie gefallen, ist Mittel der Wahl unverändert ein Aminopenicillin (Amoxicillin), eventuell in Kombination mit Clavulansäure. Bei deutlich beeinträchtigten Kindern über 2 Jahren kann zusätzlich ein Makrolidantibiotikum gegeben werden, so Rose. Diese Kombination aus Beta-Laktam und Makrolid sei zudem auch primär durchaus zu empfehlen, denn: Zwischen 15 und 45% der CAP-Erreger sind durch Makrolid resistent.

Auch wenn eine Besserung ausbleibt bzw. sich die Pneumonie im Verlauf als atypisch herausstellt, ist die Entscheidung für eine Antibiotikatherapie gefallen. Bei jüngeren Kindern kommen dann Azithromycin, Clarithromycin und Erythromycin infrage. Bei Kindern ab dem achten Lebensjahr zusätzlich auch ein Tetracyclin (Doxycyclin). Vor allem im niedergelassenen Bereich ist Letzteres eine interessante Option, bekräftigte Rose: „Tetracycline sind erstens wirksam, zweitens l

sehr komfortabel zu verabreichen.“ Tritt die Pneumonie als Superinfektion bei einer Grippe auf, ist die Kombination aus Amoxicillin und Clavulansäure gefragt, so eine Erkenntnis der letzten Influenzasaison. Das Vorgehen in der Klinik schilderte Rose folgendermaßen: „Bei gemäß STIKO gegen Haemophilus Pneumokokken geimpften Kinder und niedriger Resistenzsituation geben wir Penicillin oder Ampicillin hinaus seien auch Ceftriaxon oder Cefotaxim möglich. Wie im ambulanten kommt auch im stationären vermutet atypischer CAP ein Makrolid zum Zuge – oder „durchaus auch ein Gyrasehemmer“.

Bei hohen Resistenzen gegen Pneumokokken – sowohl lokal als auch dort, wo das Kind herkommt nichtgeimpften Kindern sollte die Therapie dagegen primär breiter aufgestellt sein, so Rose. Die aktuellen Leitlinien empfehlen Ceftriaxon oder Cefotaxim; auch hier sei ein Gyrasehemmer eine Alternative.

Therapiedauer: zehn Tage zu lang?

Ist die Entscheidung für ein Antibiotikum gefallen, schließt sich die Frage nach der Dauer der Therapie häufigste Empfehlung laute „10 Tage“ , so Rose, aber: Studien hätten gezeigt, dass schon nach sieben Therapie eine 98%ige Heilungsquote erreicht sei; eine parenterale viertägige Therapie sei einer sieben Tage Therapie darüber hinaus absolut äquivalent. Stationär sei auch eine ein- bis zweitägige i.v.-Gabe mit einer von einigen Tagen oraler Therapie (maximale Behandlungsdauer insg. sieben Tage). Wichtig bei der Entscheidung: „Wir achten darauf, dass das Kind im stationären Setting oralisiert wird.“ Und Rose betonte weiter: Die Entlassung muss nachgewiesen sein, dass die weitergehende ambulante Therapie auch funktioniert. Tritt unter Antibiotikatherapie keine Besserung ein, kann ein resistenter Keim hierfür die Ursache sein. es laut Rose auch im Hinterkopf zu behalten, dass lediglich etwa 30% der im ambulanten Bereich verschriebenen Medikamente tatsächlich im Patienten landet: Hinter einer ineffektiven antibiotischen Behandlung könnten entsprechend auch die Eltern stecken.

Strenge Indikationsstellung für neue Substanzen

Idealerweise sollte sich eine Antibiotikatherapie natürlich nach dem Erregernachweis richten, respektive wenn dieser nicht oder nicht rasch genug möglich, sollte die empirische Therapie möglichst spezifisch und an die Resistenzsituation ausfallen. Alter des Kindes, vorangehende Therapie, eventueller Röntgenbefund und mögliche Grunderkrankungen gilt es ins Kalkül zu ziehen. Für neue Substanzen sieht Rose eine strenge Indikationsstellung. Und bestätigt sich die Verdachtsdiagnose CAP nicht, sollte man die Antibiotika absetzen: „Es gibt keinen Grund, die Therapie aus Angst vor Resistenzen weiterzuführen.“

Weitere Beiträge von der 20. Jahrestagung der DGPI:

[Schützen Probiotika Frühchen vor NEC und Sepsis?](#)

[Gruppe-B-Streptokokken: Warten auf die Impfung](#)

[So bieten Sie Problemkeimen die Stirn](#)

[Holpriges Screening auf Gruppe-B-Streptokokken](#)

["Aktion Saubere Hände" sagt Krankenhauskeimen den Kampf an](#)

publiziert am: 18.6.2012 15:00 **Autor:** Birte Seiffert **Quelle:** springermedizin.de **basierend auf:** Fiedler et al. bei ambulant erworbener Pneumonie. Vortrag anlässlich der 20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), 19.-21.04.2012, Mannheim

LESER-KOMMENTARE ZU DIESEM ARTIKEL
