

## **Milde bis mittelschwere, ambulant erworbene Pneumonie – dreitägige Antibiotikatherapie ebenso wirksam wie achttägige Therapie**

Eine ambulant erworbene Pneumonie wird üblicherweise mit einer sieben- bis zehntägigen Antibiotikagabe behandelt. Dies wird auch in den Leitlinien der AWMF empfohlen (1).

Es fehlen jedoch Daten, die belegen, dass die Antibiotikatherapie so lange dauern muss. Zu der Fragestellung wurde in den Niederlanden eine multizentrische, randomisierte, doppelblinde Studie durchgeführt, in der verglichen wurde, ob bei hospitalisierten Erwachsenen mit einer milden bis mittelschweren Pneumonie eine dreitägige Therapie mit Amoxicillin ebenso wirksam ist wie eine achttägige Therapie (2). Finanziert wurde die Studie durch das niederländische „Healthcare insurance board“. Eingeschlossen wurden Patienten über 18 Jahre mit einer klinisch und radiologisch diagnostizierten, ambulant erworbenen Pneumonie, deren Schweregrad über ein Score-System bestimmt wurde (3). Ausschlusskriterien waren u. a. Immunschwäche, Vorbehandlung mit einem Antibiotikum und stationärer Aufenthalt kurz zuvor.

Die Patienten erhielten zunächst drei Tage lang Amoxicillin i.v. und wurden bei klinischer Besserung danach randomisiert behandelt, entweder mit 750 mg/d Amoxicillin p.o. für fünf Tage oder Placebo für fünf Tage. Als primärer Studienendpunkt war die klinische Heilung am Tag 10 festgelegt, die als Verbesserung oder Verschwinden der Symptome und klinischen Zeichen der Pneumonie ohne Bedarf für weitere Antibiotika definiert war. Sekundäre Endpunkte waren klinische Heilung am Tag 28, Schweregrad der Symptome, bakteriologische und radiologische Erfolgsraten, Dauer des Krankenhausaufenthaltes und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW).

Es wurden 57 Patienten in die Gruppe mit dreitägiger Antibiotikatherapie und 64 Patienten in die Gruppe mit achttägiger Antibiotikatherapie randomisiert. Wesentliche klinische Kennzeichen, wie Geschlecht und Alter, waren in den Gruppen ähnlich verteilt (Ausnahme: mehr Raucher und Patienten mit schwereren Symptomen in der Gruppe mit dreitägiger Antibiotikatherapie).

Nach zehn Tagen waren in beiden Gruppen 93% der Patienten klinisch geheilt („per protocol“-Analyse, Differenz 0,1%, 95%-Konfidenzintervall = CI: -9%-10%). Auch bei Patienten mit einer (bakteriämischen) Pneumokokkenpneumonie kam es mit der dreitägigen Behandlungsdauer nicht zu einem häufigeren Therapieversagen. Bis zum Ende der Nachbeobachtung am Tag 28 hatten einige Patienten einen Rückfall, doch auch hier unterschieden sich die Behandlungsgruppen nicht wesentlich: in der Gruppe mit dreitägiger Behandlung waren 90% der Patienten und in der Gruppe mit achttägiger Behandlung 88% der Patienten geheilt („per-protocol“-Analyse, Differenz 2%, 95% CI: -9%-15%). Die mittlere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus bei dreitägiger Therapie betrug 7,9 Tage, bei

achtägiger Therapie 8,9 Tage (Differenz ein Tag, 95%-CI: -1,3-3,2 Tage). Bei den Patienten mit dreitägiger Antibiotikatherapie traten weniger UAW auf als bei den Patienten mit achtägiger Therapie (11% vs. 21%). Der Unterschied war jedoch nicht signifikant. Auch in den anderen klinischen, bakteriologischen und radiologischen Endpunkten unterschieden sich die Behandlungsgruppen nicht signifikant.

Die Autoren weisen selbst auf einige Schwachpunkte der Studie hin, so z.B., dass bei der geringen Anzahl von Studienteilnehmern ein zufälliges Ergebnis nicht ausgeschlossen werden kann. Ergebnisse von zwei Studien bei Kindern mit einer nicht schweren Pneumonie erbrachten ähnliche Ergebnisse. Eine Amoxicillin-Behandlung über drei Tage war ebenso wirksam wie eine Therapie über fünf Tage (4, 5). Vorteile einer kürzeren Therapiedauer sind insbesondere eine geringere Resistenzentwicklung, reduzierte Toxizität, niedrigere Kosten und eine verbesserte Compliance (6).

**Fazit:** Die dreitägige Amoxicillin-Therapie erwies sich bei hospitalisierten Erwachsenen mit einer milden bis mittelschweren, ambulant erworbenen Pneumonie, die darauf gut angesprochen hatten, als ebenso wirksam wie eine achtägige Therapie.

## Literatur

1. Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, Deutsche Gesellschaft für Infektiologie, Kompetenzwerk CAPNETZ: <http://www.leitlinien.net>. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 082/001, erstellt: 28. Juni 2005, zuletzt geprüft: 3. August 2006.
2. el Moussaoui, R., et al.: BMJ 2006, **332**, 1355 . [Link zur Quelle](#)
3. Fine, M.J., et al.: N. Engl. J. Med 1997, **336**, 243 . [Link zur Quelle](#)
4. Agarwal, G., et al.: BMJ 2004, **328**, 791 . [Link zur Quelle](#)
5. MASCOT = Pakistan **M**ulticentre **A**moxicillin **S**hort **C**ourse **T**herapy pneumonia study: Lancet 2002, **360**, 835. [Link zur Quelle](#)
6. Paul, J.: BMJ 2006, **332**, 1358. [Link zur Quelle](#)