DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 49, S. 36; Ausgabe 05 / 2015

Co-trimoxazol ist gut geeignet zur Behandlung unkomplizierter bakterieller Hautinfektionen

Hautinfektionen sind ein häufiger Anlass, ärztliche Hilfe zu suchen. In den USA wurden 2005 14,2 Millionen Patienten wegen Hautinfektionen ambulant behandelt und 850.000 stationär (1, 2). Die häufigsten Infektionen sind Abszess, Erysipel oder Phlegmone. In Deutschland werden Hautinfektionen den Leitlinien der Fachgesellschaften entsprechend meist mit Clindamycin oder Beta-Lactam-Antibiotika behandelt. Co-trimoxazol (Trimethoprim/Sulfamethoxazol) wird bei dieser Indikation in den letzten Jahren weniger verordnet, wohl wegen Nebenwirkungen des Sulfonamid-Anteils. Sulfonamide (Entdeckung 1935 von Gerhard Domagk, Nobelpreis 1939) haben vielen Millionen Patienten das Leben gerettet, z.B. durch den breiten Einsatz des preisgünstigen Co-trimoxazol bei HIV-infizierten Erwachsenen und Kindern in Afrika zur primären oder sekundären Prophylaxe von Pneumocystis-Infektionen oder Toxoplasmose (3). HIV-Patienten haben Co-trimoxazol häufig Jahrzehnte lang eingenommen und auch bei Patienten mit Morbus Whipple wird Co-trimoxazol meist für ein Jahr verordnet. Nun wurde in den USA eine große, sehr sorgfältige, prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie zu Wirksamkeit und Verträglichkeit von Co-trimoxazol im Vergleich mit Clindamycin publiziert (4).

In die Studie wurden 524 ambulante Patienten mit unkomplizierten Hautinfektionen aufgenommen, darunter 155 Kinder. 160 Patienten hatten Abszesse (größer als 5 cm im Durchmesser) 280 ein Erysipel und 82 hatten Mischformen. Die Patienten wurden 1:1 randomisiert und doppelblind zehn Tage lang medikamentös behandelt. Alle Abszesse wurden zusätzlich gespalten und drainiert. Eine Gruppe erhielt Clindamycin (dreimal täglich 300 mg; n = 264), die andere Gruppe Co-trimoxazol (zweimal täglich 160 mg Trimethoprim plus 800 mg Sulfamethoxazol; n = 260). Die Zahl der Tabletten wurde durch Plazebotabletten so angeglichen, dass für Patienten und Ärzte ein Rückschluss auf die Therapie nicht möglich war. Bei 110 Patienten in der Clindamycin-Gruppe und bei 118 der Co-trimoxazol-Gruppe wurden mikrobiologische Kulturen angelegt. Der primäre Endpunkt war die Heilung nach 7 bzw. 10 Tagen.

Staphylococcus aureus war der häufigste Erreger; er wurde bei 217 Patienten (41,4%) gefunden. Von diesen Isolaten waren 167 (77%) MRSA, davon 21 Clindamycin- und nur einer Co-trimoxazol-resistent. Die Verteilung der Erreger war in beiden Gruppen nicht unterschiedlich. Streptokokken der Viridans-Gruppe wurden bei 18 (3,4%) und *S. pyogenes* bei 8 (1,5%) Patienten gefunden.

Bei der Heilung gab es keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Intention to treat-Analyse): 80,3% in der Clindamycin- und 77,7% in der Co-trimoxazol-Gruppe (p = 0,52). Bei Auswertung der tatsächlich nachbeobachteten Patienten (n = 466) ergab sich eine Heilung bei 89,5% in der Clindamycin- und bei 88,2% in der Co-trimoxazol-Gruppe (p = 0,77). Auch in den Subgruppen

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

Erwachsene oder Kinder oder bei Patienten mit Abszess oder Erysipel gab es keine Unterschiede in den Heilungsraten.

Die Nebenwirkungen waren in beiden Gruppen gleich häufig. Die häufigsten waren in beiden Gruppen Durchfall (ca. 10%) und Übelkeit (2-3%). Schwerwiegende Nebenwirkungen traten in beiden Gruppen nicht auf. Es wurde auch keine Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhö registriert.

Fazit: Co-trimoxazol war in dieser Studie ebenso gut wirksam wie Clindamycin bei unkomplizierten bakteriellen Hautinfektionen. Bei der Hälfte der Patienten wurden Staphylokokken, meist MRSA, als Erreger isoliert. Die Nebenwirkungen waren insgesamt gering, und es fanden sich bei zehntägiger Behandlung keine Unterschiede.

Literatur

1. Hersh, A.L., et al.:Arch. Intern. Med. 2008, **168**, 1585. Link zur Quelle
2. Edelsberg, J., et al.: Emerg. Infect. Dis. 2009, **15**, 1516. Link zur Quelle
3. Church, J.A., et al.:Lancet Infect. Dis. 2015, **15**, 327. Link zur Quelle
4. Miller, L.G., et al.: N.Engl. J. Med. 2015, **372**, 1093. Link zur Quelle

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.