DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 49, S. 60a; Ausgabe 08 / 2015

Kürzere Dauer der antibiotischen Therapie bei intraabdominellen Infektionen

Intraabdominelle Infektionen sind weltweit ein häufiges Problem. Sie sind oft Folge von Hohlorgan-Perforationen, z.B. bei Divertikulitis oder Appendizitis. Die Letalität liegt dabei in westlichen Ländern über alle Altersgruppen hinweg bei 5%, steigt aber bei alten Patienten auf fast 50% (1-4). Entscheidend für das Überleben ist bei diesen Infektionen neben der Stabilisierung des Kreislaufs die Sanierung des Infektionsherds. Parallel hierzu ist eine antibiotische Therapie sinnvoll. Die Wahl der Antibiotika ist dabei klar, die Dauer der Therapie hingegen nicht. Traditionell wird 7-14 Tage behandelt (2, 5). Mit der Dauer der antibiotischen Therapie steigt jedoch die Gefahr für Nebenwirkungen, speziell einer Clostridien-assoziierten Infektion, die gerade bei älteren Patienten erheblich zur Letalität beiträgt. Die Ergebnisse einer aktuellen Studie zur optimalen Therapiedauer bei intraabdominellen Infektionen sind daher wichtig (6).

In diese Studie wurden 518 Patienten mit komplizierter intraabdomineller Infektion eingeschlossen. Sie wurden 1:1 randomisiert. Eine Gruppe erhielt eine antibiotische Therapie bis zwei Tage nach Sistieren von Fieber, Normalisierung der Leukozytose oder Besserung des Ileus bis insgesamt maximal 10 Tage (Kontroll-Gruppe). Die andere Gruppe wurde 4 ± 1 Tage antibiotisch behandelt (Kurzzeittherapie). Der primäre Endpunkt war zusammengesetzt aus Infektionen im Bereich der Operation, Rezidiv der intraabdominellen Infektion oder Tod innerhalb von 30 Tagen.

Das mediane Alter in beiden Gruppen lag bei 52 Jahren. Bei allen Patienten wurde versucht, den Infektionsherd zu beseitigen, meist durch chirurgischen Eingriff oder perkutane Drainage. Ausgangspunkte der Infektionen waren am häufigsten das Kolon oder Rektum, am zweithäufigsten die Appendix. Alle Patienten hatten systemische Entzündungszeichen.

Die tatsächliche Dauer der antibiotischen Therapie war in der Gruppe mit Kurzzeittherapie im Median vier Tage, in der Kontroll-Gruppe acht Tage ($p > 0,001$). In der Gruppe mit Kurzzeittherapie trat der primäre Endpunkt bei 56 von 257 Patienten ein (21,8%), im Vergleich zu 58 von 260 Patienten in der Kontroll-Gruppe (22,3%). Der Unterschied war statistisch nicht signifikant ($p = 0,92$). Todesfälle waren selten: zwei in der Kontroll-Gruppe und drei in der Kurzzeittherapiegruppe. Eine Subanalyse der einzelnen Komponenten des zusammengesetzten primären Endpunkts ergab ebenfalls keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Leider wird in dieser Studie aus Virginia, USA, nicht angegeben, welche Antibiotika eingesetzt wurden. Nach den Leitlinien der Surgical Infection Society und Infectious Diseases Society (7) wird bei schwerkranken Patienten mit intraabdominellen Infektionen als Monotherapie zunächst empirisch Imipenem/Cilastatin oder Meropenem oder Doripenem oder Piperacillin-Tazobactam empfohlen

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

sowie bei Kombinationstherapie Cefepim oder Ceftazidim oder Ciprofloxacin oder Levofloxacin, jeweils zusammen mit Metronidazol.

Fazit: Bei intraabdominellen Infektionen ist nach Beseitigung des Infektionsherds eine viertägige antibiotische Therapie nach den Ergebnissen dieser Studie nicht weniger wirksam als eine achttägige.

Literatur

1. Inui, T., et al.: Surgery2009, **146**, 654. Link zur Quelle
2. Riccio, L.M., et al.:Surg. Infect. 2014, **15**, 417. Link zur Quelle
3. Christou, N.V., et al.:Arch. Surg. 1993, **128**, 193. Link zur Quelle
4. Dupont, H., et al.: J.Antimicrob. Chemother. 2011, **66**, 2379. Link zur Quelle
5. Samuelsson, A., et al.:Scand. J. Infect. 2012, **44**, 820. Link zur Quelle
6. Sawyer, R.G., et al.(STOP-IT = **ST**udy to **O**ptimize **P**eritoneal **I**nfection **T**herapy):N. Engl. J. Med. 2015, **372**, 1996. Link zur Quelle
7. Solomkin, J.S., et al.: Clin. Infect. Dis. 2010, **50**, 133. 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.