

Mit Atemwegserkrankungen differenziert umgehen

Interview mit Prof. Dr. med. David Nadal, Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin und FMH Infektiologie, Abteilung Infektiologie und Spitalhygiene, Universitäts-Kinderkliniken Zürich

PÄDIATRIE: *Gibt es nebst den im Haupttext beschriebenen Erregern weitere praxisrelevante Erreger?*

David Nadal: Sicherlich müssen wir die Pneumokokken gesondert erwähnen. Sie können auch bei Kindern ausgehend von den Atemwegen zu invasiven Infektionen führen. Via Bakteriämie können andere Organe befallen werden, einschliesslich die Hirnhaut, und es kann eine Meningitis resultieren. Dies ist auch der Grund, weshalb neu eine Impfung eingeführt wurde. Der Konjugatimpfstoff wirkt gerade auch für Kinder unter zwei Jahren. Die Schwierigkeit der Pneumokokkeninfektion liegt bei der Diagnose. Bei nur rund einem Viertel der Pneumokokkenpneumonien tritt eine Bakteriämie ein. Für die Praxis ist eine Diagnose schwierig, denn Blutkulturen gehören nicht zur Routine. Aufgrund der Radiologie alleine oder des C-reaktiven Proteins kann eine solche Pneumonie nicht von einer viralen unterschieden werden. Trotzdem handelt es sich um *die* Pneumonie, die antibiotisch behandelt werden muss.

Wann drängt sich eine vertiefte Diagnostik auf? Was ist nötig, was soll weggelassen werden?

Das Wichtigste in der Praxis ist die Frage, ob der Patient ambulant behandelt werden kann oder hospitalisiert werden sollte. Kriterien wie Gewährleistung von Überwachung, Pflege und Flüssigkeitszufuhr zu Hause spielen ebenso eine Rolle wie der klinische Verlauf, das heisst Atem- und Pulsfrequenz sowie Blutdruck

und Art sowie Menge des Auswurfes. Fällt der Entscheid zugunsten einer ambulanten Behandlung, dann würde ich primär keine weiterführende Diagnostik machen.

Sind humane Metapneumoviren in der Schweiz relevant?

Diese Viren sind hier genauso häufig wie in Holland und gehören nach den RSV zu den zweithäufigsten viralen Erregern von Atemwegsinfekten beim Kleinkind.

Atemwegsinfektionen als Begleitkrankheit: Worauf ist zu achten?

Sicherlich gehören Patienten mit vorbestehenden Lungenerkrankungen zu den Risikopersonen. Sie sind nicht primär anfälliger, aber wenn es zum Infekt kommt, dann sind die Verläufe schwerer.



Prof. Dr. med. David Nadal

Ein Spezialfall stellen die zystische Fibrose sowie Patienten mit einer Abwehrschwäche dar.

Die Diphtherie taucht wieder auf?

Hier kann es sich um importierte Fälle handeln und auch die Pseudomembranen lassen daran denken.

Kasten 2: Bakterien: erkennen und behandeln

Im Gegensatz zu den viralen Atemwegserkrankungen kann bei den wenigen klinisch relevanten bakteriellen Infektionen entweder die Impfung eine wirksame Verhütung darstellen, oder dann die rechtzeitige Diagnose zu einer gezielten und erfolgreichen Behandlung führen. Infektionen mit *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* oder *Haemophilus influenzae* sind in der täglichen Praxis seltener, doch dürfen sie trotzdem nicht übersehen werden.

Die Impfung ist nach wie vor die beste Prophylaxe gegen *Bordetella pertussis*. Insbesondere Säuglinge im ersten Lebensjahr sind durch Atemstillstand, Lungenentzündung, Mittelohrvereiterung und Gehirnentzündung gefährdet. Therapeutisch kann die Krankheitsdauer nicht spürbar verkürzt werden. Da Erwachsene als Reservoir dienen, ist es wichtig, auch bei ihnen an eine Erkrankung zu denken. Typisch ist ein meist über mehr als sechs Wochen anhaltender uncharakteristischer, quälender Reizhusten.

Die Erkrankung mit *Bordetella parapertussis* verläuft wie ein leichter Keuchhusten.

Chlamydia pneumoniae kann viele verschiedene Krankheitsbilder verursachen. Typisch sind Mandelentzündung, Sinusitis und Bronchitis. Cave: Die

Symptomatik entwickelt sich langsamer als bei anderen Atemwegsinfektionen und Husten sowie allgemeines Krankheitsgefühl können sich über Wochen und Monate hinziehen. Zudem sind erneute Infektionen möglich. *Chlamydia pneumoniae* gilt als einer der häufigeren Erreger der untypischen Pneumonie. Therapeutisch werden Antibiotika eingesetzt.

Sehr schnell entwickeln sich Infektionen mit *Legionella pneumophila*. Kinder erkranken so gut wie nie an Legionellen. Als «Pontiac-Fieber» gilt die häufigere Verlaufsform einer Legionelleninfektion, die von anderen leichten Atemwegsinfektionen klinisch nicht unterschieden werden kann. Kinder mit gestörtem oder durch Medikamente unterdrücktem Immunsystem können in seltenen Fällen betroffen sein. Therapeutisch werden Antibiotika eingesetzt.

Mycoplasma pneumoniae verursacht Pneumonien sowie verschiedene andere Atemwegsinfektionen. Die meisten Infektionen betreffen Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 15 Jahren. Darum soll der Erreger im Auge behalten werden. Oft kommt es zu Komplikationen wie Meningitis, Gelenksbeschwerden, Anämie sowie Hautausschläge. Therapeutisch werden auch hier Antibiotika eingesetzt.

Ist die Grippe bei Kindern ein Problem?

Wir sind der Ansicht, dass Influenza auch bei Kleinkindern zu sehr schweren Verläufen führen kann. Dies ist nicht häufig, doch vor allem bei Grippeepidemien sollte daran gedacht werden.

Neuraminidasehemmer werden von der Wirksamkeit her überbewertet, was ist Ihr Eindruck?

Primär werden beim Abwehrgesunden keine Neuraminidasehemmer eingesetzt, sondern es ist eher eine Impfung zu empfehlen. Neuraminidasehemmer setzen wir nur bei Kindern mit Abwehrschwächen ein. Das Ziel ist, zu versuchen, die Infektion zu beeinflussen. Der Nutzen der Prophylaxe mit einem Neuraminidasehemmer innerhalb der Familie ist sehr begrenzt.

Stichwort «Therapie»: Wann sind Antibiotika nicht indiziert?

Liegen Hinweise für einen Virusinfekt vor und ist der Allgemeinzustand gut, dann sind Antibiotika nicht indiziert. Als Hinweis können wir das Vorliegen einer Mehretageninfektion nehmen, mit Rhinitis, Pharyngitis sowie Husten. Das ist nicht primär bakteriell. Allerdings kann sich darauf sekundär eine bakterielle Infektion aufpfropfen.

Und wenn Antibiotika indiziert sind?

Würde ich mich bei einer Pneumonie zur Therapie mit einem Antibiotikum entscheiden, dann würden für mich im Vordergrund ein Penizillin oder ein halbsynthetisches Penizillin stehen. Mein Ziel wären dabei die penizillinempfindlichen Pneumokokken, weil andere Bakterien nur eine geringe Rolle spielen. Bleiben noch die Makrolide gegen Pneumonien mit Mykoplasma oder Chlamydia. Aufgrund einer eigenen Studie konnten wir zeigen, dass eine solche Behandlung diese Erreger bei Kindern nicht zu reduzieren vermag. Es gibt auch keine andere Studie, die das in vivo zu belegen vermag.

Otitis media – auch eine Infektion des Atemtraktes. Drei pointierte Sätze zum Nachdenken:

Eine Otitis media behandeln wir primär nie mit Antibiotika, denn wir gehen immer von einem viralen Geschehen aus. Zudem heilen gewisse bakterielle Otitiden, beispielsweise durch den nicht typisierbaren Haemophilus influenzae, häufig spontan. Wir beobachten Kinder unter zwei Jahren während 24 Stunden: Bessert die Klinik unter Schmerzbehandlung, dann lassen wir es so sein, bei über

Zweijährigen beobachten wir zwei Tage. Zwei Ausnahmen bilden die zweiseitige Otitis media sowie die Perforation, die immer bakteriell bedingt sind.

Haben wir noch etwas vergessen?

Zeigt ein Atemwegsinfekt in der Praxis plötzlich einen zweigipfligen Verlauf, dann sollte das eine Warnung sein. Hier könnte sich eine bakterielle Zweitinfektion manifestieren. Wurde bereits eine Pneumonie diagnostiziert, so könnte sich ein Erguss gebildet haben, der das Ganze aggraviert. Dann sind zugunsten des Kindes auch weitere diagnostische Verfahren indiziert. ☉

Interview: Dr. med. Thomas Ferber

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Thomas Ferber
Wissenschaftsjournalist BR
Postfach 412
8201 Schaffhausen
E-Mail: thomasferber@mail.ru