Metronidazol, Vancomycin, Fidaxomicin – Drei Wirkstoffe viele Möglichkeiten. Die Crux mit der Leitlinienadhärenz.

Kurtz[1], F., Meißner[1], M., Eisenhofer[2], S., Barke-Burjanko[2], S., –
Kreiskrankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift GmbH[1], EKK plus GmbH, Abt. Klinische Pharmazie/ AMTS[2]

Krankenhaus Reinbek
St. Adolf-Stift
Beste Medizin. Ganz nah.

Hintergrund

Eine Clostridioides-difficile-Infektion (CDI) stellt die häufigste Ursache nosokomialer Diarrhöen dar.[1] Risikofaktoren umfassen dabei eine vorausgegangene Antibiotikatherapie, ein hohes Lebensalter (>65 Jahre), lange Hospitalisierung, Immunsuppression und die Behandlung mit Protonenpumpeninhibitoren.[2]
Zur Therapie stehen drei Wirkstoffe zur Verfügung. Bei leichten Verlaufsformen ohne Rezidiv Metronidazol. Bei Risikopatienten und/ oder erhöhter Rezidivgefahr Vancomycin bzw. Fidaxomicin in Monotherapie oder eine Kombination von Metronidazol und Vancomycin.

Zielsetzung

Ziel der Arbeit war die Überprüfung der Leitlinienadhärenz stationärer Patienten bei CDI mit Fokus auf die Antibiotikawahl.

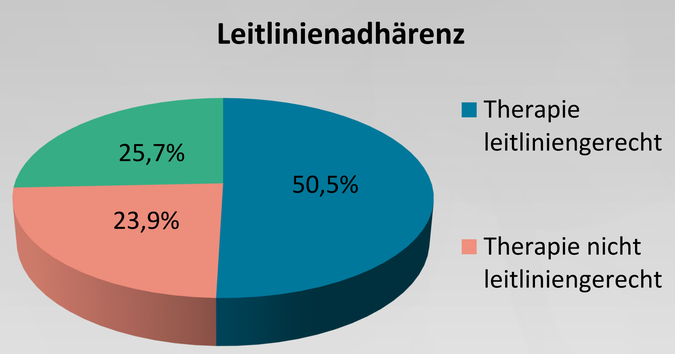
Methode

In einer retrospektiven Beobachtungsstudie wurden in einem Zeitraum von 19 Monaten alle CDI-Therapien im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift analysiert. Ein Anamnesebogen diente zur Erfassung von relevanten Patientendaten, Laborbefunden, sowie der antibiotischen Therapie und weiterer Arzneimittel. Die Therapiebewertung erfolgte mit Hilfe der S2k-Leitlinie Gastrointestinale Infektionen und Morbus Whipple.

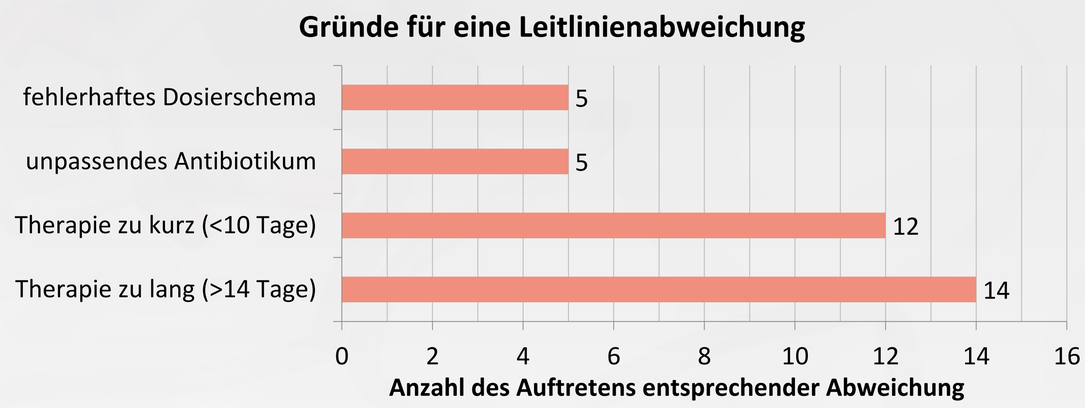
Ergebnisse

Es wurden Therapieschemata von 109 CDI-Fällen (49,5% männlich/ 50,5% weiblich) bewertet, wobei der Altersdurchschnitt bei 74,1 Jahren lag. Bei 69,7% handelte es sich um eine nosokomial erworbene CDI. Ein Rezidiv lag bei 15,6% vor.

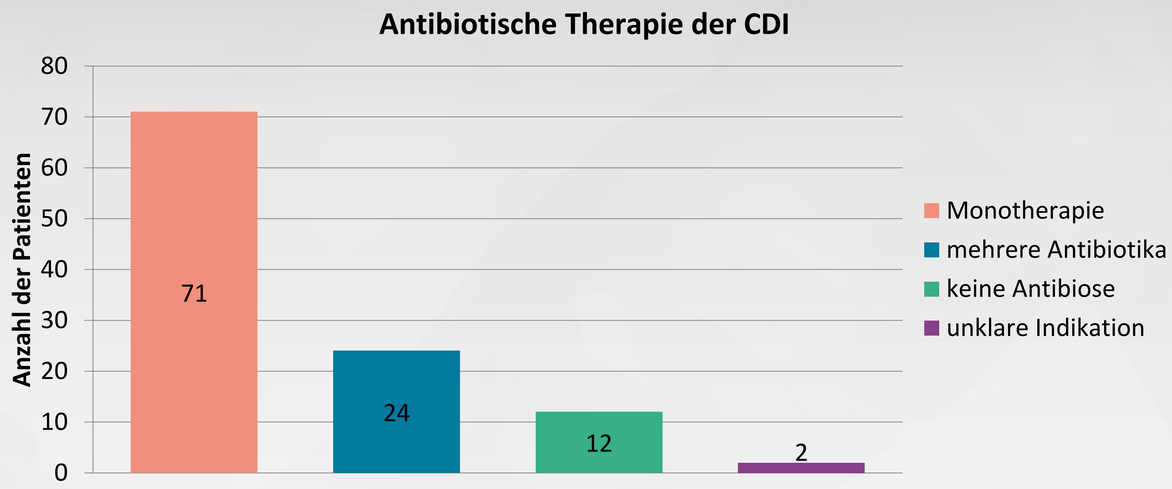
50,5% (55/109) der Therapien wurden als leitlinienadhärent eingestuft, 23,9% (26/109) als non-adhärent. 25,7% (28/109) ließen keine eindeutige Zuordnung zu.

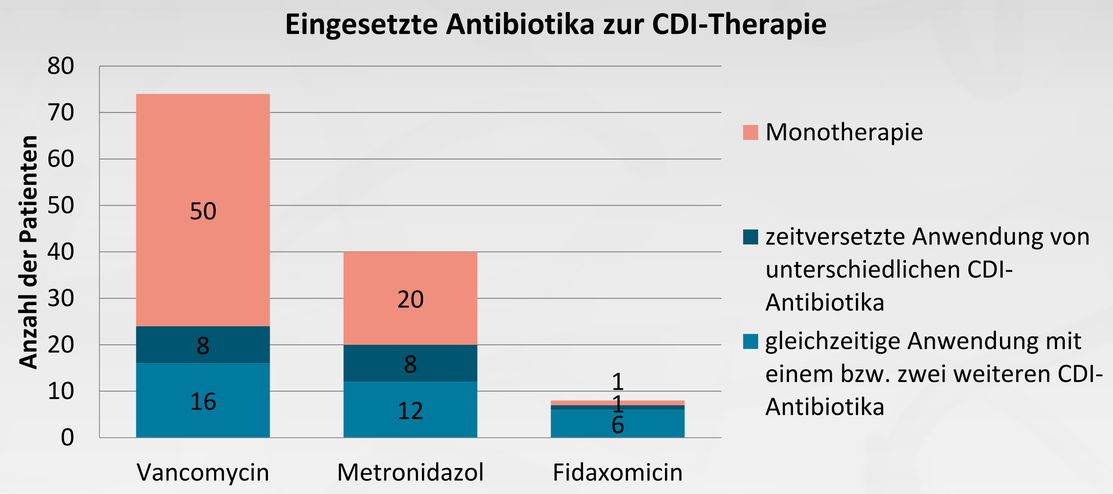


Abweichungen von der Leitlinie kamen hauptsächlich durch eine zu lange (12,4%) bzw. zu kurze (11,0%) Therapiedauer, ein unpassendes Antibiotikum (4,5%) und/oder ein falsches Dosierschema (4,5%) zustande. Einige CDI-Fälle fallen dabei auch in mehrere Kategorien.



Die Behandlung erfolgte meist als Monotherapie p.o. (65,1%) mit: Vancomycin (45,9%), Metronidazol (18,3%) oder Fidaxomicin (0,9%). Bei 22,0% der Fälle wurde eine Kombination mit zwei oder drei CDI-Antibiotika detektiert. Davon wurden 7,3% zeitversetzt und 14,7% gleichzeitig mit mehreren CDI-Antibiotika behandelt. Die Kombination Vancomycin/ Metronidazol kam bei zwölf Patienten (11,6%) vor. Auffällig war die gleichzeitige orale Gabe von Vancomycin und Fidaxomicin (n=6). Bei einem Patienten wurde Fidaxomicin nach der Vancomycin-Therapie angesetzt.





Schlussfolgerung

Unsere Ergebnisse zeigen, dass Differenzen zur Leitlinie häufig vorkommen und die Therapieumsetzung schwierig ist. Dementsprechend bedarf die CDI-Behandlung nach wie vor eines engmaschigen Monitorings. Bei dieser Untersuchung überrascht die Kombination von Vancomycin und Fidaxomicin. Aus der Literatur ist uns lediglich ein Case Report (2013) bekannt, in dem eine Fidaxomicin-Therapie im Anschluss an eine Vancomycin-Therapie bei rezidivierenden CDI als vielversprechend angesehen wurde. Diese Empfehlung fand Eingang in die Clinical Practice Guidelines für CDI (2018). Zur Beurteilung der kombinierten Anwendung bedarf es weiterer Untersuchungen.

Quellen: [1] Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, Kelly CP, Loo VG, McDonald LC, Pepin J, Wilcox MH; Society for Healthcare Epidemiology of America; Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guidelines for Clostridium difficile infection in adults: 2010 update by the society for healthcare epidemiology of America (SHEA) and the infectious diseases society of America (IDSA). Infect Control Hosp Epidemiol. 2010 May;31(5):431-55. doi: 10.1086/651706. PMID: 20307191.
[2] https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Clostridium.html