



La version française de cet article sera publiée dans le numéro 16 de PrimaryCare.

Pneumonie

Ein Kapitel aus dem Buch «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

Werner Zimmerli

Bedeutung

- 1–3 (bis 10) Fälle auf 1000 Erwachsene pro Jahr.
- 10 000–50 000 Fälle in der Schweiz pro Jahr.
- 2000–5000 Patienten müssen hospitalisiert werden, die anderen 80% werden erfolgreich ambulant behandelt.
- Ca. 5–20% der Patienten, die wegen Pneumonie hospitalisiert werden, sterben.
- Bei 15–20% der >85jährigen ist Pneumonie unmittelbare Todesursache.

Diagnostik

- Anamnese: Husten (90%), Auswurf (variabel), Fieber (70%), thorakale Schmerzen (30%). Zusatzsymptome: Diarrhoe (vor allem bei Legionellose), ZNS-Symptome (Verwirrtheit, Kopfschmerzen, Meningismus), Anorexie, Myalgien.
- Klinische Befunde: Tachypnoe (AF >20/Min.), Dämpfung (Klopfschall), Bronchialatmen, Rasselgeräusche, Verwirrtheit, Dehydratation.
- Röntgenthoraxbefund (p.a./seitlich): neu aufgetretene Verschattung.
- Laboruntersuchungen (z.T. wichtig zur Beurteilung der Prognose): rotes und weisses Blutbild, CRP, Elektrolyte, Leber- und Nierenfunktionsparameter, Blutgasanalyse oder Sauerstoffsättigung.
- Mikrobiologische Untersuchungen: Praxis: keine oder Sputumdirektpräparat (Gramfärbung) bei eitrigem Sputum (nur falls Erfahrung).
- Spital: Blutkulturen, Sputumgrampräparat und Kultur, Legionellen- und Pneumokokkenantigen im Urin, evtl. Legionellenkultur oder PCR in der BAL, Serologien nur von epidemiologischem Interesse.
- Kontrolluntersuchungen: Thoraxbild bei zunehmender Dämpfung, fehlendem Ansprechen oder sekundärer Verschlechterung. Kontrollbild nach ca. 6 Wochen (Ziel: Normalbefund, ansonsten evtl. CT bei Verdacht auf Neoplasie). Laborwerte: Kontrolle von Blutbild und CRP zur Dokumentation des Verlaufes.

Therapie

- Ambulante versus stationäre Therapie: Entscheidung abhängig von sozialen Faktoren und von der Prognose, welche von den Risikofaktoren abgeschätzt werden kann [4]. Ungünstige prognostische Faktoren bzw. Indikationen für Hospitalisation:
 - Alter >50 Jahre;
 - Komorbidität: Malignom, Leberinsuffizienz, Herzinsuffizienz, zerebrovaskuläre Erkrankung, Niereninsuffizienz, Immuninkompetenz;
 - klinische Risikofaktoren: Verwirrtheit, Atemfrequenz ≥ 30 /Min., T < 35 °C oder ≥ 40 °C, P ≥ 125 /Min.;
 - Labor und Röntgen: art. pH $< 7,35$, Harnstoff ≥ 11 mmol/L, Na < 130 mmol/L, BZ 04 mmol/L, Hämatokrit $< 30\%$, Pa O₂ < 8 kPa, Pleuraerguss.
- Antibiotikatherapie muss neue Resistenzprobleme berücksichtigen (Makrolidresistenz von Pneumokokken, Penicillinresistenz von Pneumokokken, Chinolonresistenz von Staphylokokken):
 - guter Zustand, atypische Pneumonie: Makrolid, Doxycyclin;
 - relativ guter Zustand, typische Pneumonie oder Grundleiden: Amoxicillin/Clavulansäure oder 2.-Generations-Cephalosporin;
 - schlechter Zustand: Hospitalisation, Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure oder 2.-Generations-Cephalosporin (z.B. Ceftriaxon) mit oder ohne Makrolid;
 - spezielle Fälle (Allergie, Resistenz): Levofloxacin (Tavanic®) oder Moxifloxacin (Avalox®).

Information

- 1 Woodhead M, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Eur Resp J 2005;26:1158–80.
- 2 Barlett JG, et al. Community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 1995;333:1618–24.
- 3 Bochud PY, et al. Community-acquired pneumonia. A prospective outpatient study. Medicine (Baltimore). 2001;80:75–87.
- 4 Fine MJ, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 1997;336:243–50.
- 5 Gonzales R, et al. Antibiotic prescribing for adults with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis by ambulatory care physicians. JAMA. 1997;278:901–4.
- 6 La Force FM. Community-acquired lower respiratory tract infections. Prevention and cost-control strategies. Am J Med. 1985;78:52–7.

- 7 Loeb M, et al. Risk factors for pneumonia and other lower respiratory tract infections in elderly residents of long-term care facilities. Arch Intern Med. 1999;159:2058–64.
- 8 Low DE. Trends and significance of antimicrobial resistance in respiratory pathogens. Curr Opin Infect Dis. 2000 Apr;13:145–153.
- 9 Metlay JP, et al. Does this patient have community-acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. JAMA. 1997;278:1440–5.
- 10 Pallares R, et al. Resistance to penicillin and cephalosporin and mortality from severe pneumococcal pneumonia in Barcelona, Spain. N Engl J Med 1995;333:474–80. Erratum in: N Engl J Med. 1995;333:1655.
- 11 Tauber MG. [Pneumonia: what's new?]. Schweiz Med Wochenschr. 1999;129:563–9.
- 12 Zimmerli W. [Pneumonia in clinical practice: diagnosis and therapy]. Schweiz Rundsch Med Pra. 1994;83:1374–7.
- 13 Zimmerli W, Lode H, Hrsg. Pneumonien. Ther Umsch. 2001;58:573–624. (Sonderheft mit 9 Artikeln)

Prof. Dr. med. Werner Zimmerli
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital
Rheinstrasse 26
4410 Liestal
werner.zimmerli@ksli.ch

Auszug aus: Benedict Martina, Edouard Battegay, Peter Tschudi (Hrsg.)
Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick
Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006
119 Seiten. Fr. 20.– / EUR 14.–
ISBN 978-3-7965-2262-8

Infos und Bestellung unter www.emh.ch.



LA CONSULTATION

Dans le huis clos du cabinet de Luc Perino, médecin généraliste à Lyon, les consultations se succèdent. Parce qu'on a souvent «plus besoin d'un médecin que de médecine», chacun vient déposer ses douleurs, ses joies, ses angoisses et ses demandes ...

En filmant ce face à face médecin/patient, la réalisatrice Hélène de Crécy montre ce qu'il y a de profondément humain dans chacune de ces consultations et dresse le portrait sensible d'une société fragile, drôle et pleine de contradictions.

Au cinéma en Suisse Romande dès le 28 mars

(In den Kinos der Deutschschweiz ab Oktober 2007)

