

Therapiekritik

NOCHMAL: KEINE ANTIBIOTIKA BEI AKUTER BRONCHITIS

Infektionen der tiefen Atemwege gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. Abgesehen von Ausnahmen wie Exazerbationen der chronischen Bronchitis bei COPD sind Antibiotika nur bei Verdacht auf Pneumonie angezeigt (a-t 1994; Nr. 12: 115-7). Die Prävalenz einer Pneumonie bei ambulanten Patienten mit Husten ist jedoch im Allgemeinen gering: Sie liegt nach US-amerikanischen Daten unter 5%.¹ Nach wie vor werden dennoch auch bei der akuten Bronchitis Antibiotika verordnet, obwohl der Beleg für einen relevanten Nutzen fehlt. Nach einer systematischen Übersicht doppelblinder randomisierter Studien mit insgesamt über 750 Patienten nimmt die Dauer des Hustens unter Antibiotikaeinnahme um einen halben Tag ab, bei einem Trend zu häufigeren unerwünschten Wirkungen, hauptsächlich Magen-Darm-Störungen wie Übelkeit und Erbrechen.¹

In einer kürzlich publizierten offenen randomisierten Studie werden drei verschiedene Verordnungsstrategien bei akuter Bronchitis verglichen. 807 Erwachsene und mindestens drei Jahre alte Kinder, die sich mit unkomplizierter akuter, höchstens drei Wochen anhaltender Erkrankung beim Hausarzt vorstellen, werden in die vom britischen Medical Research Council finanzierte Studie aufgenommen. Neben Husten als Hauptsymptom besteht mindestens ein weiteres Symptom, das auf Infektion der tiefen Atemwege hinweist (Auswurf, Brustschmerzen, Dyspnoe oder Giemen). Patienten, bei denen aufgrund der Anamnese oder körperlichen Untersuchung Verdacht auf Pneumonie besteht, werden ausgeschlossen. Die Kriterien dafür basieren auf Empfehlungen der Britischen Thorax-Gesellschaft² und umfassen einen neu aufgetretenen fokalen Auskultationsbefund, hohes Fieber* oder bestimmte ausgeprägte Allgemeinsymptome. Ausgeschlossen sind außerdem Patienten mit Asthmadignose, anderen chronischen oder akuten Lungenerkrankungen, kardiovaskulärer Erkrankung, mentaler Veränderung oder Demenz, aktueller psychiatrischer Erkrankung oder Komplikationen nach Infektion der tiefen Atemwege in der Vorgeschichte.³

Das Studienkollektiv ist typisch für ambulante Patienten mit akuter Bronchitis: Zwei Drittel geben anamnestisch Fieber an (Durchschnittstemperatur bei Studienaufnahme jedoch 36,7° C), etwa ebenso viele Schnupfen und Halsschmerzen, etwa 40% grünlichen Auswurf. Nach randomisierter Zuteilung erhält ein Drittel der Teilnehmer sofort ein Antibiotikum (zehn Tage lang dreimal täglich 250 mg Amoxicillin [AMOXYPEN u.a.], bei Alter bis zu 10 Jahren die halbe Dosis; bei Penicillinallergie viermal täglich 250 mg Erythromycin [ERYTHROCIN u.a.]). Die zweite Gruppe wird ohne Rezept entlassen, die dritte mit dem Angebot einer Verordnung bei Bedarf, wenn die Symptomatik nach 14 Tagen nicht besser ist. Die relativ niedrigen Antibiotikadosen beruhen auf nationalen britischen Empfehlungen für unkomplizierte Infektionen. In einem Tagebuch halten die Patienten (oder die Eltern) den Erkrankungsverlauf und den tatsächlichen Antibiotikagebrauch fest. Auf 6-Punkte-Skalen geben sie außerdem ihre Zufriedenheit mit der Behandlung an sowie ihre Einschätzung des Nutzens der Antibiotikatherapie.³

Sofortige oder verzögerte Antibiotikatherapie hat keinen Einfluss auf die Dauer des Hustens und die Ausprägung von Beschwerden wie Dyspnoe, Auswurf oder Schlafstörungen an den Tagen 2 bis 4 nach Arztbesuch (primäre Endpunkte).^{**} Auch ältere Patienten und solche mit gefärbtem Auswurf profitieren nicht.³ Nach Einschätzung des begleitenden Editorials bietet die Studie die bislang verlässlichste Information über den natürlichen Verlauf einer akuten Bronchitis: Der Husten

besteht vor dem Aufsuchen des Arztes durchschnittlich 10 Tage, anschließend nochmal 12, bei einem Viertel sogar 17 Tage und länger. Er hält also mit und ohne Antibiotika durchschnittlich drei Wochen lang an.^{3,4}

Warenzeichen in Österreich und Schweiz (Beispiele)

Amoxicillin:
CLAMOXYL
(A, CH)

Erythromycin:
ERYTHROCIN
(A, CH)

Strategien ohne oder mit verzögerter Verordnung eines Antibiotikums senken den tatsächlichen Gebrauch der Mittel von 96% auf 16% beziehungsweise 20%. Die Rate der Patienten, die mit ihrer Therapie zufrieden sind, ist in diesen Gruppen jedoch nur wenig geringer als bei sofortiger Therapie (72% und 77% versus 86%). Verordnung eines Antibiotikums bedeutet für die Patienten aber offenbar ein starkes Signal für den Nutzen dieser Intervention: In der Gruppe mit sofortiger Antibiotikatherapie sind 75% von ihrer Wirksamkeit überzeugt im Vergleich zu 40% bei verzögerter Verordnung und 47% ohne ein Rezept.³

Die Rate der Wiedervorstellungen wegen Hustens wird durch die sofortige Verordnung eines Antibiotikums gesenkt (von 19% auf 11%). Sie sinkt allerdings auch durch das Angebot einer verzögerten Antibiotikatherapie (12%).³

Eine Schwäche der Studie ist die mit 20% relativ hohe Rate an fehlender Nachbeobachtung. Dass sich die Patienten mit fehlendem Follow up im folgenden Monat seltener wieder vorstellen als die mit vollständiger Nachbeobachtung (6% vs. 15%), werten die Autoren allerdings als Hinweis, dass ein schwererer Erkrankungsverlauf in dieser Subgruppe unwahrscheinlich ist. Dies erscheint plausibel, eine weniger lückenhafte Nachbeobachtung wäre aber wünschenswert gewesen. Ein Patient in der Gruppe ohne Antibiotika entwickelt eine Pneumonie, von der er sich nach stationärer Behandlung vollständig erholt.³

Eine signifikante Zunahme unerwünschter Antibiotikawirkungen wie Durchfall wird nicht beobachtet.³ Unklar bleibt jedoch, ob Störwirkungen systematisch erfasst wurden.

■ Eine große randomisierte Studie in britischen Allgemeinpraxen bestätigt: Antibiotika haben keinen Nutzen bei akuter Bronchitis.

■ Mit oder ohne Antibiotika dauert der Husten bei akuter Bronchitis durchschnittlich drei Wochen.

■ Kein Antibiotikum verordnet zu bekommen oder erst bei Bedarf, wenn sich die Symptomatik nicht bessert, wird von der Mehrzahl der Patienten mit akuter Bronchitis akzeptiert.

■ Diese Verordnungsstrategien senken den Antibiotikagebrauch, dürften so das Risiko unerwünschter Wirkungen und die Gefahr von Resistenzen mindern und helfen nicht zuletzt, überflüssige Kosten zu meiden.

(R = randomisierte Studie, M = Metaanalyse)

- M 1 SMUCNY, J. et al.: Antibiotics for acute bronchitis. The COCHRANE Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Last update: 25. Aug. 2004
2 British Thoracic Society: Thorax 2001; 56 (Suppl. 4): IV 1-64
R 3 LITTLE, P. et al.: JAMA 2005; 293: 3029-35
4 EBELL, M.H.: JAMA 2005; 293: 3062-4

Korrespondenz

DISKUSSION UM ANTIDEPRESSIVA

Ihr Artikel über die sehr geringe, wenn man genauer hinschaut (wie es z.B. die FDA getan hat) gegen Null gehende Wirksamkeit von Antidepressiva und insbesondere auch von SSRI als gemittelttes Ergebnis aller Studien (a-t 2005; 36: 45-6) hat sicher viele Leser des a-t schockiert. Dennoch entspricht er einer sich auf Daten und auch ärztliche Erfahrungen stützenden, in jüngster Zeit vernehmlicher gewordenen Argumentation und auch meiner eigenen diesbezüglich zunehmend kritischer gewordenen Position, mit der ich freilich bei den meisten psychiatrischen Fachkollegen auf bares Unverständnis stoße. Es wird dann allemal das Argument hervorgezogen, dass, wenn man solche Ansichten publik mache, die mühsam erreichte geschärfte Wahrnehmung der Diagnose Depression und die Realisierung des Wissens um ihre grundsätzliche Behandelbarkeit antagonisiert würden, und man wieder ansteigende Suizidziffern zu erwarten habe...

Ich möchte nicht ausschließen, dass wir in der Zukunft eine Reevaluation des tatsächlichen Stellenwertes von Antidepressiva bei differenzier-

* In den Leitlinien der British Thoracic Society mindestens 38° C.²

** Eine im faktoriellen Design (a-t 2003; 34: 100) gleichzeitig geprüfte schriftliche Information per Handzettel hat über die allen Patienten gegebene mündliche Information (zum wahrscheinlichen Krankheitsverlauf o.ä.) hinaus ebenfalls keinen Effekt.