

## Corticosteroide bei ambulant erworbener Pneumonie

### *Steroids in Community-Acquired Pneumonia*

Die ambulant erworbene Lungenentzündung (community-acquired pneumonia; CAP) ist eine häufige, mitunter schwer verlaufende und hausärztlich bedeutsame Erkrankung, wie die nachfolgenden Zahlen aus Großbritannien verdeutlichen:

- 0,5 % bis 1 % aller Erwachsenen im UK erleiden jährlich eine CAP.
- 5–12 % aller erwachsenen Patienten, die sich bei ihrem Hausarzt mit Symptomen eines tiefen respiratorischen Infektes vorstellen, haben eine CAP.
- 22–42 % dieser Patienten werden stationär eingewiesen – deren Letalität beträgt 5–14 %.
- Zwischen 1,2 und 10 % aller im Krankenhaus aufgenommenen Patienten sind bzw. werden intensivpflichtig (Letalität dort > 30 %).
- Mehr als die Hälfte aller CAP-assoziierten Todesfälle ereignet sich bei Patienten > 84 Jahren.

Laut aktueller Leitlinienempfehlung (die AWMF-S3-Leitlinie ist seit dem 30.06.2014 abgelaufen) sollte man auf jeden Fall an eine stationäre Einweisung denken, wenn (besonders ältere) Patienten

- verwirrt sind,
- einen Blutdruck von systolisch < 90 mmHg bzw. diastolisch < 60 mmHg
- und/oder eine Atemfrequenz > 30/min aufweisen
- bzw. unter chronischen Erkrankungen (wie z.B. Diabetes mellitus, COPD, AL-

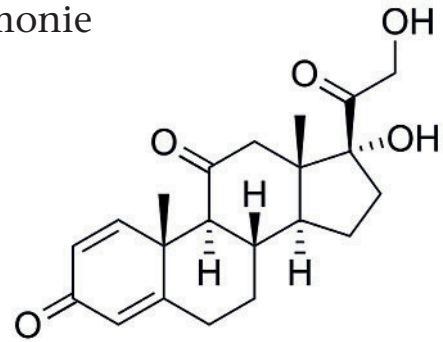
koholkrankheit oder Herzinsuffizienz) leiden.

Drängt sich keine Krankenhauseinweisung auf, sollte möglichst nur ein Antibiotikum über fünf bis sieben Tage gegeben werden (z.B. Amoxicillin, alternativ Doxycyclin oder ein Makrolid). Fluorchinolone sind nach Möglichkeit strikt zu vermeiden.

Schweizer Kliniker haben jetzt bei Patienten, die mit CAP stationär aufgenommen wurden, in einer randomisierten Doppelblindstudie überprüft, welchen Nutzen (neben einer Antibiose) eine tägliche Gabe von Prednison hat. Die Idee ist übrigens nicht neu – Corticoide wurden erstmals in den USA im Jahre 1955 (!) in einer unkontrollierten Studie eingesetzt und als nützlich eingestuft.

In der aktuellen Untersuchung wurden 785 Patienten sieben Tage lang entweder mit einer Dosis von 50 mg Prednison oral (n = 392) oder mit Placebo (n = 393) behandelt.

- Der primäre Endpunkt, die mittlere Zeit bis zur klinischen Stabilität, wurde unter dem Verum 1,4 Tage schneller als unter Placebo erreicht – ein statistisch hochsignifikantes Ergebnis.
- Die Zeit bis zur Entlassung verringerte sich (ebenfalls signifikant) unter Prednison um einen Tag.
- Unverändert blieben die Zahl der Todesfälle (16 vs. 13) oder die Pneumonie-assoziierten Komplikationen (11 vs. 22!).



- Unter dem Verum traten allerdings mehr insulinpflichtige Hyperglykämien auf (76 vs. 43; 95%-KI 1,96 [1,24–2,52]), bei einer so kurzen Corticoidtherapie in aller Regel kein gravierendes Problem.

Zwar handelte es sich bei dieser Studie um ins Krankenhaus eingewiesene und nicht um ambulant gebliebene Patienten. Der postulierte Mechanismus der Corticoidtherapie (Verminderung der lokalen und systemischen Entzündungsprozesse) hat allerdings nichts mit dem Krankenhaus zu tun und könnte ebenso CAP-Patienten zugutekommen, die zu Hause behandelt werden.

Bewiesen ist das natürlich nicht, noch nicht einmal untersucht (ein derartiger Therapieansatz wäre off-label). Vielleicht wäre es überlegenswert, dass sich eine oder mehrere der allgemeinen medizinischen Universitätsabteilungen um dieses Problem kümmern und dafür vielleicht auch Fördergelder einwerben könnten?

Blum CA, Nigro N, Briel M, et al. Adjunct prednisone therapy for patients with community-acquired pneumonia: a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2015; 385: 1511–1518

Abb. Wikipedia/Bryan Derksen

## Kußmaul-Zeichen (paradoxe Anstieg des Jugularvenendrucks mit der Einatmung) – auf Video

### *Kussmaul's Sign (Elevation of Jugular Venous Pressure During Inspiration) – Videotaped*

Adolf Kußmaul (1822–1902) war Professor der Medizin an den Universitäten Heidelberg, Erlangen, Freiburg und Straßburg. Unter dem Kußmaul-Zeichen versteht man die Dehnung der Jugularvenen ausgelöst durch den paradoxen Anstieg des Jugularvenendrucks mit der Einatmung.

Normalerweise führt ein inspiratorisch verminderter intrathorakaler Druck zu einem Anstieg des venösen Rückstroms zum rechten Herzen und zu einem reduzierten Jugularvenendruck – bei verringerter Füllung des rechten Ventrikels hingegen füllen sich die Jugularvenen.

Ursachen können z.B. eine konstriktive Perikarditis oder eine Trikuspidalstenose sein.

Mansoor AM, Karlapudi SP. Kussmaul's Sign. *N Engl J Med* 2015; 372: e3

Publikation und Video frei unter [www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm1310957](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm1310957)