

## Qualitätszirkel 16.05.2023 – Anmerkungen Dr. Friedrich Reichert zur Antibiotikatherapie

Es gibt eine „protrahierte bakterielle Bronchitis“. Also >3 Wochen quälender produktiver Husten, auskultatorisch anhaltend grobe Rasselgeräusche, beides ohne Besserungstendenz. Diese Kinder können (!) von einer Therapie mit Amoxiclav für 2-3 Wochen profitieren. Infektiologen diskutieren da viel mit Pulmologen – ich bin nicht so ganz überzeugt, jedoch kann man das durchaus mal machen. Dazu gibt's einen tollen Podcast von Axel Enninger mit Dr. Dalheim: <https://open.spotify.com/episode/2eDF5hq8iLIEUO31yolfHD?si=263282799d764156>  
Da wird auch auf Inhalationen mit Kochsalz eingegangen!

**Anmerkung zu Dosierungen:** die oralen Dosen die wir so kennen sind tendenziell niedrig (das kommt daher, dass in den Zulassungsstudien natürlich wenige Nebenwirkungen gewollt sind, daher ist in den Fachinfos immer sehr vorsichtig dosiert). Meine Grundregel ist: normale Dosis ausrechnen und für die sinnvolle Verabreichung aufrunden. Z.B. anstatt 4,5ml dann 5 ml pro Dosis geben. Die therapeutische Breite bei Betalactamen ist sehr groß. Insbesondere für Pneumonien kann man bis 80mg/kg/d hochgehen. Das gilt auch für AmoxiClav.  
Für schwere Weichteilinfektionen, und insbesondere Knocheninfektionen, gehe ich mit Cefadroxil auch oft hoch: wenn die ausgerechnete Dosis nach Fachinfo 2x 400mg wären, dann gebe ich 3x400 mg, also im Grunde 50% höher als in der Fachinfo. In den meisten Fällen ist die Fachinfo-Dosis aber ok. Aber damit sich niemand wundert wenn Kinder manchmal mit deutlich höheren Dosen in die orale Therapie entlassen werden.

**Und noch zu Laborwerten:** das CRP kann durchaus mal helfen um schwere Infektionen AUSzuschließen. Beispiel: bei Fieber >5 Tage schließt ein niedriges CRP eine Bakteriämie / invasive Infektion sehr gut aus: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37185174/>. Es gibt aber auch Untersuchungen die bei Fieber >5 Tage und <5 Tage KEINEN Unterschied in der Häufigkeit einer Bakteriämie finden.  
Insofern darf man bei prolongierten Fällen durchaus mal ein CRP machen um einerseits sich selbst aber auch die Eltern zu beruhigen. Man muss sich aber **VORHER** überlegen, was man mit einem eventuell deutlich erhöhten Wert macht – bei pulmonalen Infekten z.B. evtl. doch ein Röntgen um ein flächiges basales Infiltrat zu sehen o.ä.  
Das Problem ist also: zum EINSchließen einer schweren Infektion hilft einem ein CRP nicht.

Eventuell haben wir in 10 Jahren ja einen Laborparameter der uns sagt „dieses Kind würde von einer AB-Therapie profitieren indem der Verlauf verkürzt wird“ oder „indem das Risiko einer schweren Komplikation gesenkt wird“. Dafür wird auch an Point of Care Lösungen gearbeitet, die meist gleich mehrere Inflammationsmarker testen (Kombination aus CRP, PCT, und irgendwelchen Interleukinen z.B.). Aber wann und ob wir das in einen Nutzen für unsere kleinen Patienten übersetzt bekommen, das ist nicht abzuschätzen.