



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  $\geq 30$ /Min., T  $< 35$  °C oder  $\geq 40$  °C, P  $\geq 125$ /Min.;
  - Labor und Röntgen: art. pH  $< 7,35$ , Harnstoff  $\geq 11$  mmol/L, Na  $< 130$  mmol/L, BZ 04 mmol/L, Hämatokrit  $< 30\%$ , Pa O<sub>2</sub>  $< 8$  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](http://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)

