

Verkürzter Klinikaufenthalt

Antibiotikatherapie bei Endokarditis geht auch oral

Die antibiotische Therapie bei bakterieller Endokarditis lässt sich nach einer kritischen Phase offenbar relativ problemlos von intravenös auf oral umstellen. Wie dänische Forscher zeigen konnten, lässt sich dadurch der Klinikaufenthalt maßgeblich und ohne zusätzliches Risiko verkürzen.

Die konservative Standardtherapie der bakteriellen Endokarditis besteht in der intravenösen Verabreichung von Antibiotika über bis zu sechs Wochen, je nach gefundenem Erreger. Dabei scheint vor allem die initiale Phase die kritischste zu sein: In den ersten zwei Wochen nach Diagnosestellung ereignen sich Studien zufolge die meisten Komplikationen.

Randomisierte Studie mit 400 Patienten

Hat der Patient diese kritische Phase allerdings erst einmal komplikationsfrei überstanden, ist es offenbar ohne zusätzliches Risiko möglich, auf ein geeignetes orales Regime umzusteigen; das hätte den Vorteil eines deutlich verkürzten Klinikaufenthalts. Zu diesem Schluss kommen die Autoren der randomisierten

POET-Studie (Partial Oral Treatment of Endocarditis) mit 400 erwachsenen Endokarditispatienten aus Dänemark. Die Ergebnisse belegen die Nichtunterlegenheit des Wechsels auf orale Antibiotika gegenüber der konventionellen, durchgehend intravenösen Therapie.

Die Randomisierung fand median 17 Tage nach der Diagnosestellung statt. Dabei wurden 199 Patienten der intravenösen Gruppe und 201 der oralen Gruppe zugewiesen. Erstere erhielten die Antibiotika über den gesamten restlichen Behandlungszeitraum – nach der Randomisierung median noch 19 Tage – i.v. und blieben stationär. Die Patienten der anderen Gruppe wurden, nachdem sie zuvor über mindestens zehn Tage intravenös behandelt worden waren, auf ein individuell angepasstes orales Regime umgestellt. Von da an wurden diese Patienten ambulant behandelt und hatten zwei- bis dreimal wöchentlich Kontakt mit der behandelnden Klinik. Die Behandlungsdauer betrug hier nach Randomisierung median 17 Tage.

Primärer Endpunkt: Komplikationen oder erneute Bakteriämie

Der primäre Endpunkt setzte sich aus folgenden Komponenten zusammen: Sterberate, ungeplante Herz-Op., klinisch relevante Embolien oder eine erneute Bakteriämie mit dem ursprünglichen Pathogen. Wie Dr. Kasper Iversen vom Universitätsklinikum Kopenhagen und sein Team berichten, kam es während des sechsmonatigen Follow-up bei 12,1% der durchgehend intravenös behandelten und 9,0% der auf orale Antibiotika umgestellten Patienten zu einem oder mehreren der genannten Ereignisse. Dieser Unterschied war nicht signifikant.

Die Einschlusskriterien der Studie waren streng: Bei der Teilnehmerauswahl hatten sich die Forscher auf Patienten mit Linksherz-Endokarditis fokussiert, die den modifizierten Duke-Kriterien entsprachen. Sie mussten stabil sein, d. h. auf die initiale Behandlung angesprochen haben, durften kein Fieber und keine Hinweise für einen Abszess aufweisen. Zudem musste eine normale Magen-Darm-Funktion gewährleistet sein.

Das antibiotische Regime hatten die Forscher nach den Ergebnissen von Resistenztestungen auf der Grundlage der minimalen Hemmkonzentrationen (MHK) ausgewählt. Zur Sicherheit erhielt jeder Patient zwei Antibiotika aus verschiedenen Klassen.

Unter den gefundenen Bakterienspezies dominierte *Streptococcus*, gefolgt von *S. aureus*, *E. faecalis* und koagulase-negativen Staphylokokken. Infektionen mit anderen Erregern hatten die Forscher vorab ausgeschlossen.

Deutlich kürzerer Klinikaufenthalt

Wie zu erwarten, unterschied sich die Dauer des Klinikaufenthalts deutlich: Die intravenös behandelten Patienten blieben nach der Randomisierung im Mittel 19 Tage, die oral behandelte Gruppe nur drei Tage lang. Frühere Studien, so Iversen et al., hätten gezeigt, dass ein verkürzter Klinikaufenthalt nicht nur mit reduzierten Kosten, sondern auch mit besseren Ergebnissen für die Patienten selbst assoziiert sei. Dagegen seien lange Liegedauern immer eine Belastung.

Eingeschränkt wird die Aussagekraft der Studie dadurch, dass nur Patienten mit linksseitiger Endokarditis eingeschlossen waren und nur ein bestimmtes bakterielles Spektrum berücksichtigt wurde. Infektionen mit bekanntermaßen resistenten Stämmen, z. B. Methicillin-resistenten *S. aureus*-Stämmen, waren von vornherein ausgeschlossen.

Dr. Elke Oberhofer

Iversen K et al. *N Engl J Med* 2019;380:415–24



Bei bakterieller Endokarditis lässt sich der Klinikaufenthalt verkürzen.