

SYMPTOME

Allgemeinsymptome	95–100%	• Appetitlosigkeit 68%	• Nachtschweiß 62%
Fieber	85–100%	• Gewichtsverlust 49%	• Abgeschlagenheit 45%
Arthralgien, Myalgien	20–40%		
Hautmanifestationen	30–70%	• Petechien 20–40%	• Osler-Knötchen 10–25%
Splenomegalie	15–50%	• Splinter-Häm. 10–30%	• Janeway-Läsion <5%
patholog. Herzgeräusche	60–99%		
neurolog. Komplikationen	30–35%	• Hirnembolie	• Hirnabszß
Embolien	10–40%	• mykotisches Aneurysma	• Enzephalopathie

ERREGERSPEKTRUM

● Staphylokokken

- *Staphylococcus aureus*
- Koagulase-neg. Staphylokokken

● Streptokokken

- Viridans-Streptokokken: *S. sanguis*, *S. mutans*, *S. mitior*
- *S. galolyticuss* (*S. bovis*)

● Enterokokken

● Gram-negative Bakterien

- HACEK-Gruppe

● Pilze

- Aspergillus
- Candida

● Kultur-neg. Endokarditis

Kultur-neg. Endokarditis

- Antibiotikavorthapie
- langsam wachsende Bakterien (HACEK)
- obligat intracellulärer Erreger
 - *Coxiella burnetii*
 - *Chlamydia psittaci*
 - *Chlamydie trachomatis*
 - *Mycoplasma pneumoniae*

HACEK-Gruppe

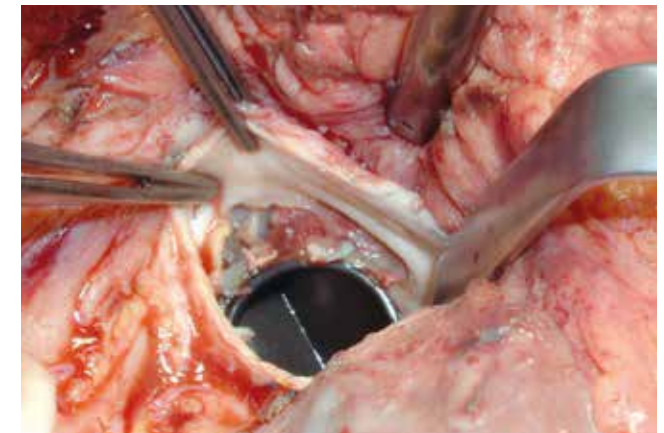
- *Haemophilus parainfluenzae*, *Haemophilus arophilus*
- *Actinobacillus actinomycetemcomitans*
- *Cardiobacterium hominis*
- *Eikenella corrodens*
- *Kingella kingae*

ENDOKARDITISPROPHYLAXE

Empfohlene Antibiotika-Prophylaxe		bei zahnärztlichen Risikoeingriffen	
		Einzeldosis 30–60 Min. vor dem Eingriff	
Situation	Antibiotikum	Erwachsene	Kinder
keine Allergie gegen Penicillin oder Ampicillin	Amoxicillin oder Ampicillin	2g oral oder i.v.	50mg/kg oral oder i.v.
Allergie gegen Penicillin oder Ampicillin	Clindamycin	600mg oral oder i.v.	20mg/kg oral oder i.v.

expert opinion

AUS DER KLINIK – FÜR DIE PRAXIS



JUNI 2018

Bakterielle Endokarditis Therapie

Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer

Univ.-Klinik für Innere Medizin I, MedUni Wien
Klin. Abt. für Infektionen und Tropenmedizin



THERAPIEOPTIONEN

Erreger	Therapie 1. Wahl	Alternativtherapien	Therapiedauer	Aminoglykoside
Staphylococcus aureus (MSSA)	Cefazolin 3x 2.0–4.0 g	Flucloxacillin 3x 4.0 g Daptomycin 1x 10–12 mg/kg KG Bei schwierig zu therapierender Endokarditis Daptomycin plus Cefazolin	4–6 Wochen	KEINE Kombination mit Aminoglykosiden empfohlen
Staphylococcus aureus (MRSA) Koagulase-negative Staphylokokken (inkl. MRSE)	Daptomycin 1x 10 – 12 mg/kg KG plus Rifampicin 2x 300 – 450 mg oder Fosfomycin 3x 4.0 – 8.0 g	Alternativen mit zugelassener Indikation Vancomycin sollte wegen Unterlegenheit gegenüber Betalaktamen nicht mehr verwendet werden Teicoplanin LD 2x 15 mg/KG KG Tag1–3 ED 1x 15 mg/kg KG 3x/Wo Zieltalspiegel: 40–60 µg/mL Linezolid 2–3x 600 mg Alternativen ohne zugelassene Indikation, aber mit großer klinischer Erfahrung Dalbavancin LD 1x 1.5 g ED 1x 1.0 g jd. 15. Tag Alternativen ohne zugelassene Indikation Ceftarolin 3x (0.6 –) 1.2 g Ceftobiprol 3x (0.5 –) 1.0 g Tedizolid 1x 200 mg	6–8 Wochen	
Streptokokken	Penicillin G 3x 10–15 Mio I.E.	Ceftriaxon 1x 4.0 g Ampicillin 3–4x 4.0 g	4–6 Wochen bei Device 6 Wochen	
Enterococcus faecalis Enterococcus faecium	Ampicillin 3 – 4 x 4.0 g oder Daptomycin 1x 10–12 mg/kg KG plus Ceftriaxon 2x 2.0 g	Alternativen mit zugelassener Indikation Teicoplanin bzw. Vancomycin sind bei empfindlichen Enterokokken den Betalaktamen unterlegen Linezolid 2–3x 600 mg Alternativen ohne zugelassene Indikation, aber mit großer klinischer Erfahrung Dalbavancin LD 1x 1.5 g ED 1x 1.0 g jd. 15. Tag	6–8 Wochen	Aminoglykoside möglich CAVE NEPHROTOXIZITÄT Gentamicin 1 x 3–5 mg/kg KG Talspiegel <2 µg/mL

AMBULANTE PARENTERALE ANTIBIOTIKATHERAPIE (APAT)

APAT ab Tag 15 bei stabilen Patienten	Dalbavancin LD 1x 1.5 g ED 1x 1.0 g jd. 15. Tag	Teicoplanin LD 2x 15 mg/KG KG Tag1–3 ED 1x 15 mg/kg KG 3x/Wo Zieltalspiegel: 40–60 µg/mL	bis zum Ende der gewünschten Gesamttherapiedauer
--	--	--	--

LD: Ladungsdosis ED: Erhaltungsdosis alle Dosierungen: i.v.