

Endokarditisprophylaxe bei transurethraler Kathetereinlage?

Leserbrief zu: Schürch L, Gasser T. Der Transurethrale Katheterismus¹

Den Autoren gebührt Dank, dass sie dem wenig spektakulären, aber im klinischen Alltag sehr relevanten Thema des transurethralen Katheterismus einen lesenswerten, mit zahlreichen praktischen Tipps versehenen Beitrag gewidmet haben. Zu Recht warnen sie vor nichtindizierten Antibiotikatherapien, die nur in seltenen Fällen (2–4%) von symptomatischen Infekten angebracht seien. Überraschend und nicht verständlich sind dann allerdings einige in der Tabelle 2 aufgelistete angebliche «Indikationen zur Antibiotikaprophylaxe» wie «hohes Alter», «Nikotinabusus» oder «lange Hospitalisation». Auch die «Endokarditisprophylaxe (Herzklappen)» führen sie als Indikation zur prophylaktischen Antibiotikagabe an. Dies entspricht weder den alten (grünen und roten) noch erst recht den neuen, soeben von der Schweizerischen Herzstiftung veröffentlichten (orangenen) Empfehlungen zur Endokarditisprophylaxe, die den amerikanischen Richtlinien angeglichen wurden. Diese neuen Richtlinien haben sowohl bezüglich Herzkrankheiten wie auch bezüglich Manipulationen ein viel engeres Indikationsspektrum. Die – nicht evidenzbasierte – Endokarditisprophylaxe sollte nun nicht noch päpstlicher als von den (kardiologischen und infektiologischen) Päpsten gehandhabt werden!

Walter Brunner, Piero Bonetti, Felix Fleisch

¹ Schweiz Med Forum. 2008;8(33):587–91.

Korrespondenz:
Dr. med. Walter Brunner
Leitender Arzt
Nephrologie/Dialysestation
Kantonsspital Graubünden
CH-7000 Chur
walter.brunner@ksgr.ch

Replik (verfasst im Oktober 2008)

Die Anwendung der Endokarditisprophylaxe hat in den jüngsten amerikanischen Richtlinien vom April 2007 in der Tat eine markante Einschränkung des Indikationsspektrums erfahren [1]. Wir sind deshalb mit den Autoren des obigen Leserbriefes völlig einig, dass für den transurethralen Katheterismus generell *keine* Antibiotikaprophylaxe notwendig ist. Dies kommt unserer Meinung nach im SMF-Artikel bereits klar zum Ausdruck (vgl. Quintessenz des Artikels). Die zum Zeitpunkt der Artikelverfassung gültigen, bisherigen Endokarditisprophylaxe-Richtlinien (roter und grüner Ausweis) [2] hielten die Endokarditisprophylaxe bei Urethra-Katheterisation, falls kein Infekt vorliegt, zwar nicht für zwingend, doch für Patienten mit hohem Risiko als freigestellt [3]. Der jüngste Paradigmawechsel (Orange für Erwachsene und Dunkelgelb für Kinder und Jugendliche) wird von der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zwar anerkannt, doch wurde empfohlen, bis zur Veröffentlichung der an Schweizer Verhältnisse angepassten Version die bisherigen Empfehlungen unverändert anzuwenden [4]. Dies veranlasste uns, die Endokarditisprophylaxe in der Tabelle noch aufzuführen, was nach der hervorragenden Präsentation von PD Dr. H. P. Brunner, Kardiologie Universitätsspital Basel, am diesjährigen Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie (SGU) aus heutiger Sicht nicht mehr geschehen würde. Anzumerken bleibt, dass die Schweizerische Urologie bemüht ist, einen generellen Paradigmawechsel in der Anwendung der Antibiotikaprophylaxe in unserem operativen Alltag auf breiter Basis umzusetzen, was das Hauptthema des diesjährigen Kongresses widerspiegelte. Auf diesem Weg tun sich aber offenbar nicht nur einige nichtpäpstliche Urologen schwer, denn nach unserem Wissensstand ist die Veröffentlichung der erwähnten eidgenössischen Version der neuen Richtlinien für die Endokarditisprophylaxe bis dato noch nicht erfolgt, und auf den Homepages der kardiologischen, infektiologischen und nephrologischen schweizerischen Fachgesellschaften sucht man vergebens nach einem entsprechenden Hinweis. Zudem sollen die bereits veröffentlichten orangenen und dunkelgelben Ausweise laut Korrespondenz mit der Schweizerischen Herzstiftung eine erneute Anpassung erfahren, sobald die Richtlinien veröffentlicht sind. Dies ist mittlerweile erfolgt, siehe [5]. Da erkennt man doch eine gewisse Parallele, dass auch in der zeitlichen Umsetzung der evidenzbasierten Erkenntnisse weniger mehr sein kann.

Thomas Gasser, Leander V. Schürch

Literatur

- Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al. Prevention of Infective Endocarditis. Guidelines From the American Heart Association. A Guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007;116:1736–54.
- Moreillon P. Endocarditis prophylaxis revisited: experimental evidence of efficacy and new Swiss recommendations. Swiss Working Group for Endocarditis Prophylaxis. *Schweiz Med Wochenschr*. 2000;130:1013–26.
- M. Zuber, C. Vuille, F. Stocker. Neue Schweizerische Richtlinien für Endokarditis-Prophylaxe. *Kardiovaskuläre Medizin*. 2000; 3:266–72.
- Brunner-LaRocca HP, Zuber M, Jaussi A. Endokarditis-Prophylaxe: erste Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK) zu den neuen Richtlinien der American Heart Association (AHA). *Kardiovaskuläre Medizin*. 2007;10:374.
- Flückiger U, Jaussi A. Revidierte schweizerische Richtlinien für die Endokarditis-Prophylaxe. *Kardiovaskuläre Medizin*. 2008;11(12):392–400.

Korrespondenz:
Dr. med. Leander Schürch
OA Urologische Universitätsklinik
beider Basel
Klinik Liestal
Kantonsspital
CH-4410 Liestal
leander.schuerch@ksli.ch