# Und anderswo …?

## Otitis media beim Kind: Behandlung mit oder ohne Antibiotika?

### Fragestellung

Die akute Mittelohrentzündung (OM) ist die häufigste Infektionskrankheit beim Kleinkind. Die Rolle der Antibiotika-(AB-)Therapie ist bisher nicht klar definiert. Die Behandlung mit AB «auf Teufel komm raus» ist auch für die weltweite Zunahme resistenter Bakterien verantwortlich gemacht worden. Ein finnisches Team hat sich die einfache Frage gestellt: Ist die AB-Therapie bei akuter OM bei Kindern zwischen 6 und 35 Monaten, wo diese Infektion am häufigsten vorkommt, überhaupt wirksam?

### Methode

Die Diagnose einer akuten OM wurde aufgrund strikter Kriterien gestellt: Flüssigkeit im Mittelohr; gewölbtes Trommelfell; eindeutige Zeichen einer Trommelfell-(TF-)Entzündung (gerötete Stellen/verstärkte Vaskularisation); Fieber, Schmerzen oder respiratorische Symptome. Nach Diagnosestellung erhielt die AB-Gruppe während 7 Tagen 40 mg Amoxicillin und 5,7 mg Clavulansäure/kg KG. Die Studie war randomisiert und doppelblind angelegt. Ein Follow-up fand am 3. und 7. Behandlungstag statt. Primäres Erfolgskriterium war die Zeit, bis ein Misserfolg der Behandlung feststand, d.h. bis zum dritten Tag keine Besserung; Verschlechterung des Befindens; am 7. Behandlungstag keine Verbesserung des otoskopischen Befundes oder TF-Perforation; schwere Infektion (Mastoiditis, Pneumonie usw.); Therapieabbruch aufgrund der Nebenwirkungen (NW) oder Noncompliance. 162 Kinder erhielten AB, 160 Plazebo.

### Resultate

Ein Misserfolg der Behandlung trat bei 18,6% der Patienten unter AB und bei 44,9% unter Plazebo ein ($p < 0{,}001$). Das Risiko für einen Misserfolg war unter AB-Behandlung um 62% geringer (RR 0,38; $p < 0{,}001$). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war schon am 3. Tag deutlich. Die häufigste NW waren Durchfälle bei 47,8% der Patienten unter AB vs. 26,6% in der Plazebogruppe.

### Probleme, Kommentar

Das Problem liegt in der Diagnose der OM, für welche in dieser Studie eine Otoskopie durch einen erfahrenen Arzt erforderlich war. Wie viele Pädiater und Allgemeinpraktiker sind in der Lage, ein gewölbtes, starres, entzündetes Trommelfell mit Flüssigkeitsansammlung im Mittelohr zu diagnostizieren? Es ist anzunehmen, dass im Notfall eher zu AB gegriffen wird, auch wenn nicht alle diagnostischen Kriterien gemäss dieser Studie erfüllt sind. In der gleichen Ausgabe des New Engl J Med wird über eine andere, ähnliche Studie, diesmal aus den USA, berichtet, welche ebenfalls einen Vorteil zugunsten der AB-Behandlung zeigt. Man kann wohl Gift darauf nehmen, dass diese beiden Studien die Verwendung von AB eher fördern als hemmen. Vorsichtsprinzip.

New Engl J Med. 2011;364:116–26. / AdT

**Herzinfarkt nach Zahnarztbesuch?** Die Parodontose ist mit einem erhöhten Risiko, kardiovaskuläre Ereignisse zu erleiden, assoziiert. Eine Beobachtungsstudie suggeriert, dass invasive zahnärztliche Interventionen zu einem vorübergehend höheren Risiko führen, einen Herzinfarkt oder einen ischämischen Schlaganfall zu erleiden. Falls diese Beobachtungen bestätigt werden, müsste der periinterventionelle Schutz bei Eingriffen an diesen Patienten intensiviert werden.
Ann Intern Med. 2010;153:499. / RK

**Chemoprävention der HIV-Infektion (1)** Ein Tenofovir-haltiges Vaginalgel, appliziert vor risikoreichem Sexualverkehr, führte bei südafrikanischen Frauen zu einer fast 40%igen Reduktion der HIV-Transmissionsrate über ein Follow-up von 2,5 Jahren.
Science. 2010;329:1168–74. / RK

**Chemoprävention der HIV-Infektion (2)** Eine orale Prämedikation mit Emtricitabine reduzierte die HIV-Neuinfektionsrate bei sexuell aktiven homosexuellen Männern um 44%. Hoffnung ist also angesagt. Was passiert mit der Resistenzlage bei Individuen, die zum Prophylaxezeitpunkt unerkannt schon HIV-positiv waren?
N Engl J Med. 2010;363:2587–99. / RK

**Echinacea und Erkältungen: Ende eines Mythos?** Echinacea wird von Naturmedizinern sehr häufig zur Stärkung «der natürlichen Abwehr» und zur Heilung oder Linderung von «Erkältungen» verschrieben. 719 Patienten, die an einer Erkältung litten, wurden in 4 Gruppen eingeteilt: Keine Tabletten, verblindete Plazebo-Tabletten, verblindete Echinacea-Tabletten, offene Echinacea-Tabletten. Dauer der Symptome: keine Tabletten 7,03 Tage; verblindete Plazebo-Tabletten 6,87 Tage; offene Echinacea-Tabletten 6,76 Tage; verblindete Echinacea-Tabletten 6,34 Tage. Ein Vergleich zwischen den Gruppen unter verblindeten Plazebo- und verblindeten Echinacea-Tabletten ergibt einen nicht signifikanten Unterschied von 0,53 Tagen ($p < 0{,}75$). Es sei nicht verschwiegen, dass die grossen Verlaufsunterschiede statistische Schlussfolgerungen erschweren (in der einen und anderen Richtung …).
Ann Int Med. 2010;153:769–77. / AdT

Autoren in dieser Ausgabe: Antoine de Torrenté (AdT), Reto Krapf (RK)