

Erkältung, Halsweh, Husten, Bronchitis, Grippe – akute Luftwegsinfektionen in der Praxis

Philip Tarr^a, Sebastian Wirz^a, Felix Fleisch^b, Peter Strohmeier^c, Enos Bernasconi^d, Laurence Senn^e

Quintessenz

- Akute Luftwegsinfektionen sind häufig, meist viral und gehen ohne Antibiotika wieder weg.
- Die Symptombdauer ist oft länger als angenommen – wichtig sind patientengerechte Erklärungen über die Harmlosigkeit der Erkrankung, die Unwirksamkeit von Antibiotika und konkrete Anweisungen, wie die Nachkontrolle stattfinden soll.
- Ältere Patienten und diejenigen mit Komorbiditäten sollen niederschwellig abgeklärt werden, denn bei ihnen kommen gehäuft Pneumonien vor.
- Die seltenen bakteriellen Komplikationen wird die sorgfältig evaluierende und engmaschig nachkontrollierende Praktikerin nicht verpassen.
- Erkältungen während der Grippezeit sollen bei Risikopatienten (schwängere Frauen, lungenkranke und immunsupprimierte Personen) abgeklärt werden. Eine empirische Influenzatherapie mit Oseltamivir kann helfen, schwerwiegende Verläufe zu vermeiden.
- Seit 2010 empfiehlt das BAG die Grippeimpfung allen schwangeren Frauen ab dem 2. Trimester und postpartal.

Akute Luftwegsinfektionen sind in der Praxis häufig. Hausärzte und Hausärztinnen fühlen sich zu Recht verunsichert: Sie sollen dem Anspruch der Patienten gerecht zu werden, möglichst rasch zu genesen, sie wissen aber auch von der Forderung, weniger Antibiotika zu verschreiben. Ein wichtiges Konzept besteht darin, die Patienten sorgfältig zu evaluieren, genau zu informieren und aktiv nachzukontrollieren – mit dieser Einstellung werden Komplikationen frühzeitig diagnostiziert und Antibiotika gezielt eingesetzt. Bei kleinen Kindern verweisen wir auf die detaillierten Empfehlungen der pädiatrischen Infektiologiegruppe Schweiz (www.pigs.ch).



Philip Tarr

Erkältungen sind häufiger als oft angenommen, auch bei sonst gesunden Personen

Erkältungen sind bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen (Abb. 1 ) , und bei kleinen häufiger als bei grösseren Kindern: Während ein Kind im Vorschulalter durchschnittlich 5- bis 8-mal pro Jahr erkältet ist, haben Erwachsene bis zu 3 Erkältungen pro Jahr. 10–15% der sonst gesunden Kinder haben >12 Erkältungen pro Jahr, ohne dass dies einen Immundefekt nahelegen würde.

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Kinder, die in die Krippe gehen, haben ca. 50% mehr Erkältungen als Kinder, die zu Hause bleiben. Personen mit Kleinkinderkontakt (z.B. junge, gesunde Eltern) haben mehr Erkältungen als andere. Wichtig ist: Kleinkinder scheiden Viren länger und in viel höheren Konzentrationen in ihren Sekreten aus als Erwachsene. Sie werden in diesem Zusammenhang als «Virenschleudern» bezeichnet – sprachlich etwas schockierend, aber anschaulich im Hinblick auf die epidemiologische Bedeutung von kleinen Kindern bei der Übertragung von respiratorischen Viren.

Das klinische Bild und die Nomenklatur sind komplex – in der Praxis bewährt sich ein einfaches Konzept: Alarmzeichen suchen, engmaschig kontrollieren

Ob bei einem Patienten der Schnupfen im Vordergrund steht (Rhinitis), das Halsweh (Pharyngitis, Tonsillitis), die Gesichtsschmerzen (Sinusitis), das Ohrenweh (Otitis media) oder der Husten (Bronchitis): Therapeutische Konsequenzen haben diese Unterscheidungen selten, denn die meisten Luftwegsinfekte sind viralen Ursprungs, und zu einer klinisch relevanten bakteriellen Superinfektion (z.B. Pneumonie) kommt es in weniger als 10%.

Die klinische Unterscheidung viral oder bakteriell ist schwierig. Für mehrere als «klassisch» geltende Zeichen und für vielfach angewandte Methoden zur Erkennung von bakteriellen Luftwegsinfekten gibt es kaum solide Evidenz. Dazu gehören z.B. die Stippchen auf Tonsillen, das eitriges Nasensekret, die Druckdolenz oder «Durchleuchtung» der Kieferhöhlen. CT oder MRI der Nasennebenhöhlen zeigen auch bei unkomplizierten Erkältungen in über 80% Schleimhautschwellungen.

Klinisch bewährt hat sich hingegen die präzise Ermittlung von Symptombdauer und -verlauf: Bakterielle Komplikationen sind häufiger, wenn die «Erkältung» schon über 5–10 Tage dauert oder sich im Verlauf verschlechtert. Wichtig ist auch die konsequente Beachtung von Alarmzeichen, die eine weitere Diagnostik, eine empirische Antibiotikatherapie oder eine Einweisung auf die Notfallstation nahelegen (Tab. 1 ). Dies betrifft ins-

^a Infektiologie und Spitalhygiene, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Bruderholz

^b Kantonsspital Graubünden, Therwil

^c FMH Innere Medizin, Therwil

^d Servizio Malattie Infettive, Ospedale Regionale, Lugano

^e Service de Médecine Préventive Hospitalière,

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne

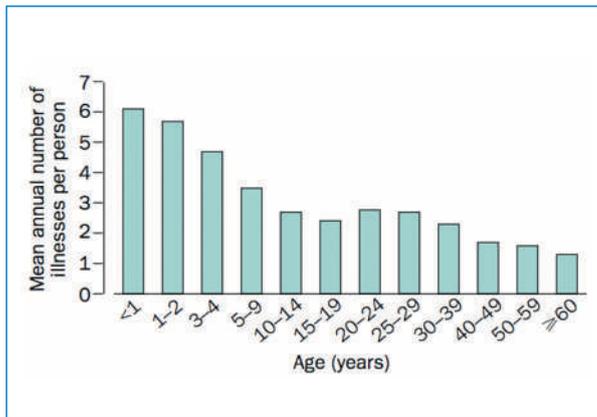


Abbildung 1
Durchschnittliche jährliche Häufigkeit von Erkältungen je nach Alter. (Aus: Heikkinen T, Jarvinen A. The common cold. Lancet. 2003;361:51–9. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.)

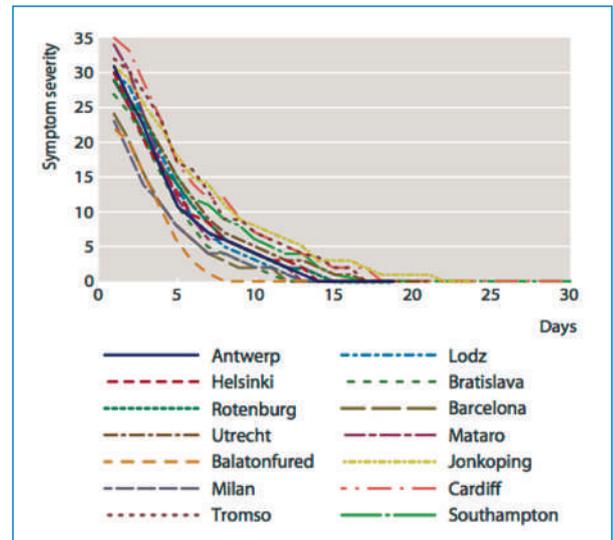


Abbildung 2B
Ähnlich schnelles Verschwinden der Symptome bei 3402 relativ gesunden Patienten, die mit akutem Husten zum Hausarzt gehen. Gleiche Publikation [2] wie Abbildung 2A. Die europaweiten Unterschiede in der Symptombdauer sind minimal und ohne Zusammenhang mit der Häufigkeit, mit der Antibiotika eingesetzt wurden. Reproduziert mit freundlicher Genehmigung des Verlags [2]. (Aus: Butler CC, Hood K, Verheij T, et al. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. BMJ. 2009;338:b2242. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.)

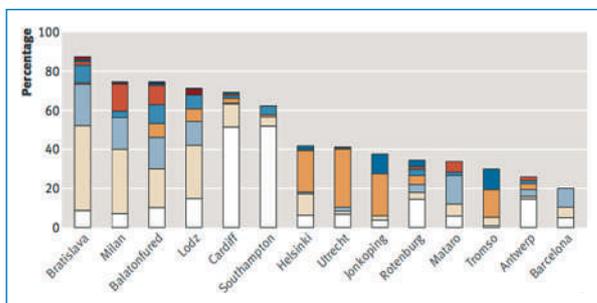


Abbildung 2A
Europaweite Häufigkeit des Antibiotikaeinsatzes bei 3402 Patienten, die mit akutem Husten zum Hausarzt gingen.
Medianes Alter 45 Jahre, 37% Männer. 80% der Patienten klagten über reduzierten Allgemeinzustand, hatten aber vergleichsweise wenige Komorbiditäten; nur 1% der Patienten wurde hospitalisiert. 53% der Patienten bekamen Antibiotika verschrieben (mediane Antibiotika-Einnahmedauer: 7 Tage). In Bratislava erhielten 88% der Patienten Antibiotika verschrieben, in Barcelona nur 21%. Die verschiedenen Komponenten der Säulen im Diagramm repräsentieren die verschiedenen eingesetzten Antibiotikaklassen. (Aus: Butler CC, Hood K, Verheij T, et al. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. BMJ. 2009;338:b2242. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.)

besondere ältere, immunsupprimierte Patienten und solche in schlechtem Allgemeinzustand oder mit Komorbiditäten.

Das verursachende Virus ist klinisch nicht zuverlässig diagnostizierbar

Klinisch kann das verursachende Virus nicht diagnostiziert werden. Es liesse sich bei ca. 75% der Patienten mit modernen Multiplex-PCR-Methoden ermitteln. Virale PCRs sind bei hospitalisierten, immunsupprimierten und komplikationsgefährdeten Patienten zu erwägen. Bei sonst gesunden Patienten mit unkompliziertem Verlauf sind sie nicht indiziert. Ca. 50% der Luftwegsinfektionen sind durch Rhinoviren bedingt. Von diesen gibt es über 100 verschiedene «Serotypen», und man wird leider nur gegen den aktuell vorliegenden Serotyp immun – eine Erkältung schützt also nicht vor einer nächsten Erkältung. Wei-

tere respiratorische Viren sind Coronaviren (7–18% aller Erkältungen; bekannt wegen der SARS-Pandemie 2003), das *Respiratory Syncytial Virus* (RSV; ähnliche Saisonalität wie Influenza), Parainfluenzaviren (ganzes Jahr), Metapneumoviren (seit 2001 bekannt) und Adenoviren (manchmal mit ansteckender Konjunktivitis).

Luftwegsinfekte: meist gutartiger Verlauf ohne Antibiotika

Die meisten Antibiotika, die ambulant für akute Luftwegsinfektionen verschrieben werden, sind wegen der viralen Ätiologie unnötig. Ärzte scheinen dem bekannt gutartigen Verlauf zu wenig Bedeutung zu geben oder haben eine Hemmung, *keine* Antibiotika zu verschreiben. Ein wichtiger Grund ist wahrscheinlich die Angst vor medizinischen und (zumindest in den USA) juristischen Komplikationen. Häufig erwarten jedoch auch die Patienten eine antibiotische Therapie von ihrem Arzt. Es gibt enorme Unterschiede in der Verschreibungshäufigkeit von Antibiotika bei Luftwegsinfekten zwischen den europäischen Ländern. Wegen Erkältung mit akutem Husten erhielten in Bratislava 88% der Patienten ein Antibiotikum verschrieben, in Barcelona waren es nur 21% (Abb. 2A 📷). Der Einsatz eines Antibiotikums hatte dabei keinen Einfluss auf die Krankheitsdauer (Abb. 2B 📷). Zahlreiche gute Studien bestätigen mittlerweile, dass unkomplizierte Luftwegsinfektionen mit oder ohne Antibiotika gleich schnell verschwinden. Wegen der zunehmend bedenklichen Resistenzsituation wurden in den letzten Jahren in mehreren europäischen Ländern Sensibilisierungskampagnen zur Förderung ei-

Tabelle 1. Alarmzeichen bei Luftwegsinfekten.

Alarmzeichen	Mögliche Empfehlungen Gefürchtete Komplikationen
Schlechter Allgemeinzustand, Alter über 65, multimorbider Patient (z.B. Herzinsuffizienz, nierenkrank, lungenkrank, Diabetes, im letzten Jahr hospitalisiert)	→ Erhöhte Komplikationsgefahr, erhöhtes Risiko von bakterieller Infektion und von Influenza – sorgfältige Abklärung, Antibiotikatherapie evtl. indiziert
Immunsupprimierter Patient, orale Kortikosteroide etc.	→ Erhöhte Komplikationsgefahr, erhöhtes Risiko von bakterieller oder opportunistischer Infektion sowie Influenza – sorgfältige Abklärung, Rücksprache Infektiologie und/oder Transplanteur erwägen
Schwangere Frau	→ Erhöhte Komplikationsgefahr, Influenza, Gynäkologin informieren
Patient hat bereits seit 72 Std. Halsweh, Fieber oder Ohrenweh	→ Sorgfältige Nachkontrolle und Abklärung
Fieber steigt, Schmerz nimmt zu, Allgemeinzustand nimmt ab	→ Sorgfältige Abklärung, Antibiotikatherapie erwägen
Bewusstseinsstrübung, Atemnot, Thoraxschmerz, Schüttelfrost, T >38 °C, Pulsfrequenz >100, Atemfrequenz >24, fokale Zeichen bei der Lungenauskultation oder -perkussion	→ Thoraxröntgen mit Frage nach Pneumonie, Spitaleinweisung erwägen
Husten dauert schon mehr als 2–3 Wochen, evtl. Gewichtsverlust, Nachtschweiss	→ Keuchhusten erwägen Thoraxröntgen zum Ausschluss Neoplasie (v.a. Raucher), Tuberkulose (v.a. Immigranten, ältere Personen)
Patient erhielt in letzten 2–3 Monaten schon einmal Antibiotika	→ Stimmt die Diagnose? Erneuter viraler Infekt oder Rezidiv? Resistenter Keim? Liegt eine Situation vor, wo gehäufte Infekte zu erwarten sind (z.B. Kontakt zu kleinen Kindern)?
Kann nicht mehr schlucken, Mund öffnen («Kiefersperre»)	→ Peritonsillarabszess? Parapharyngealabszess? → ORL-Evaluation, evtl. CT
Berührung des Halses lateral sehr schmerzhaft	→ Parapharyngealabszess? → ORL-Evaluation, evtl. CT
Starke Druckdolenz hinter Ohr	→ Mastoiditis?
Schwellung um Auge, gerötetes Auge, Augenmotilitätsstörung	→ Periorbitalphlegmone?
<2-jähriges Kind, bilaterale Otitis media, einzig hörendes Ohr, schlechter Allgemeinzustand, eitriges Otorrhoe	→ Antibiotika vermutlich gerechtfertigt*, Spitaleinweisung?
Akute Tonsillitis/Pharyngitis im Winter/Frühjahr beim 5–15-jährigen Kind mit ≥3 vorliegenden Centor-Kriterien**	→ Antibiotika eventuell gerechtfertigt***

* Für detaillierte Empfehlungen bei kleinen Kindern, siehe www.pigs.ch, pädiatrische Infektiologiegruppe der Schweiz.
** Centor-Kriterien: 1. Fieber >38,5 °C, 2. Kein Husten, 3. Tonsillitis (Rötung, Beläge), 4. schmerzhaftes zervikales Lymphadenopathie.
*** Bei den meisten solcher Patienten wird die Erkrankung aber auch ohne Antibiotika folgenlos abheilen und Symptombdauer ist mit Antibiotika kaum kürzer.

nes vernünftigen Antibiotikagebrauchs durchgeführt (siehe z.B. <http://ecdc.europa.eu/en/EAAD>). Diese Kampagnen, wie z.B. die französische Kommunikationsoffensive «*les antibiotiques, c'est pas automatique*», waren sehr erfolgreich: Es kam zu deutlichen Reduktionen im Antibiotikaverschreiberverhalten (siehe www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livre_blanco_Ministere.pdf).

Zufriedene Patienten dank gründlicher Information

Ein wichtiger Schlüssel zur erfolgreichen Patientenbetreuung bei akuten Luftwegsinfektionen ist: Genaue Information der Patienten über die virale Natur der Erkrankung und deren Harmlosigkeit, konkrete Anweisungen, wie die Nachkontrolle stattfinden soll (Tab. 2 ) , gute Erreichbarkeit und engmaschige Nachkontrolle (wenn nötig alle 24 Std., per Telefon oder in der Praxis). Wichtig ist eine realistische Aufklärung über die zu erwartenden Symptombdauer, denn diese ist typischerweise oft länger als vermutet (Tab. 2, Abb. 3 ) .

Studien zeigen, dass die Patientenzufriedenheit eher damit zusammenhängt, wie lange sich die Ärztin Zeit nimmt und wie respektvoll sie die Krankheit erklärt, als vom Erhalt eines Antibiotikarezepts [3]. Antibiotika wecken zudem eine Erwartungshaltung: Bei der nächsten Erkältung verlangt der Patient wieder ein (unnötiges) Antibiotikum.

Wichtig zu betonen ist ferner, dass in zahlreichen europäischen Ländern eine Otitis media oder Streptokokkenangina ohne Alarmzeichen in einem ersten Schritt ohne Antibiotika behandelt wird. Das rheumatische Fieber ist in westlichen Ländern seit 40 Jahren extrem selten und den Tonsillarabszess wird die engmaschig nachkontrollierende Praktikerin auch ohne Antibiotika-«Abschirmung» nicht verpassen.

Eine vor einigen Jahren diskutierte Strategie bei Luftwegsinfektionen, die sog. verzögerte Antibiotikaverschreibung, führt zu weniger Antibiotikaeinsätzen [5]: Die Patientin bekommt ein Antibiotikarezept, löst es aber nur ein, falls die Symptome in den nächsten Tagen nicht besser werden. Diese Studie hat zwei Dinge gezeigt: 1. Bei Patienten ohne Alarmzeichen kann der Verlauf

Erkältung: Erkrankte wünschen Symptomlinderung

Unbestritten ist, dass der Patient mit Fieber oder Gliederschmerzen die Krankheitszeit dank einem Schmerzmittel wie Paracetamol angenehmer erleben wird. Nichts einzuwenden ist gegen den kurzzeitigen Einsatz eines topischen, Schleimhaut-abschwellenden Nasensprays (nicht länger als 2–3 Tage wegen der Gefahr einer Rhinitis medicamentosa).

Luftwegsinfekte sind ein fruchtbarer Boden für die Anwendung unzähliger Heilmethoden von ungeklärter Wirksamkeit bezüglich der Krankheitsdauer. Diese sind unter den Erkrankten beliebt, denn sie können die Beschwerden lindern und das Wohlbefinden verbessern. Dazu gehören rezeptfrei erhältliche «Arzneien», mit denen erkältete Patienten oft die Apotheke verlassen, und Medikamente mit einer gewissen pathophysiologischen «Logik»: intranasales Ipratropium, intranasale oder orale Kortikosteroide, Antihistaminika, Mukolytika, Husten unterdrückende Agenzien, pharyngeale Lokalanästhetika, Zinkpastillen usw. Diese Mittel sind nicht immer preiswert und es gibt auch natürliche Methoden, die aktuell in Mode sind (Jogging, Ginseng, Vitamin C) oder schon von unseren Grossmüttern verordnet wurden (Tee mit Honig und Zitrone, dreimal täglich inhalieren mit Wasserdampf, Essigsocken, Quarkwickel). Echinacea konnte in einer kürzlich publizierten randomisierten Doppelblindstudie die mediane Symptombdauer marginal verkürzen (von 6,47 auf 6,04 Tage; $p = 0,07$) [6]. Den Praktikern stehen also auch nicht-antibiotikahaltige Therapieoptionen zur Verfügung für den Fall, dass die Patientin ein Rezept wünscht.

In einer wichtigen Fachzeitschrift wurde kürzlich die Anwendung einer antibiotikafreien Therapie publiziert, die für Praktiker hilfreich sein könnte [7]: Wenn die Mutter dem erkälteten Kind vor dem Schlafengehen eine Salbe mit ätherischen Ölen (Vicks VapoRub®) auf die Brust einreibt, schläft auch die Mutter besser (Abb. 4 )

Prävention von Erkältungen – Händedesinfektion hat hohe Priorität

Die Übertragung von respiratorischen Viren geschieht am häufigsten durch direkten Kontakt, also via die Hände, und weniger über Aerosole. So wie uns das BAG bei der H1N1/Schweinegrippepandemie 2009 aufklärte, ist auch die Erkältungsprävention mit elementaren Verhaltensregeln kostengünstig zu erreichen: Husten/Niesen in die Ellenbeuge und systematisches Waschen oder Desinfizieren der Hände, mit denen zuvor das respiratorische Sekret von der Nase abgewischt wurde. Soziale Distanzierungsmethoden im Winter (keine Küsschen, kein Händeschütteln) mögen als unsympathisch gelten, sind vermutlich aber ähnlich wirksam wie die Händedesinfektion danach. In Japan ist ferner seit langem eine erkältungspräventiv offenbar wirksame und quasi kostenlose Methode bekannt: das tägliche Gurgeln mit Wasser (Abb. 5 ) [8].

Tabelle 2. Informationen für Patienten mit Luftwegsinfekten.

<p>1. Erwartete Symptombdauer – oft länger als angenommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erkältung: 10 Tage – Akute Tonsillitis/Pharyngitis: 7 Tage – Akute Otitis media: 4 Tage – Akute Sinusitis: 2½ Wochen – Akute Bronchitis: bis 3 Wochen
<p>2. Was tun zur Symptomlinderung und Fiebersenkung?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Paracetamol (Erwachsene: bis zu 3–4 g/Tag) ist Mittel der Wahl – Dehydrierung vermeiden, viel trinken
<p>3. Infekt ist wahrscheinlich viral</p> <ul style="list-style-type: none"> – Versicherung, dass Antibiotika nichts zur Linderung der Beschwerden oder Verkürzung der Symptombdauer beitragen. – Antibiotika haben nicht selten unerwünschte Effekte, die zum Teil harmlos, aber lästig sind (z.B. Durchfall, Ausschlag, Übelkeit), aber auch schwerwiegender sein können (z.B. <i>Clostridium-difficile</i>-Kolititis) – Unnötige Antibiotika tragen wesentlich zur Verbreitung von resistenten Bakterien bei – Von diesen Bakterien haben viele Patienten via Presse oder TV gehört
<p>4. Rufen Sie mich morgen (und/oder übermorgen) an</p> <ul style="list-style-type: none"> – Auch wenn es besser geht – das ist für mich wichtig zu wissen – Kommen Sie vorbei, falls es schlechter geht (punkto AZ, Fieber, lokalen Schmerzen, neuen Symptomen)

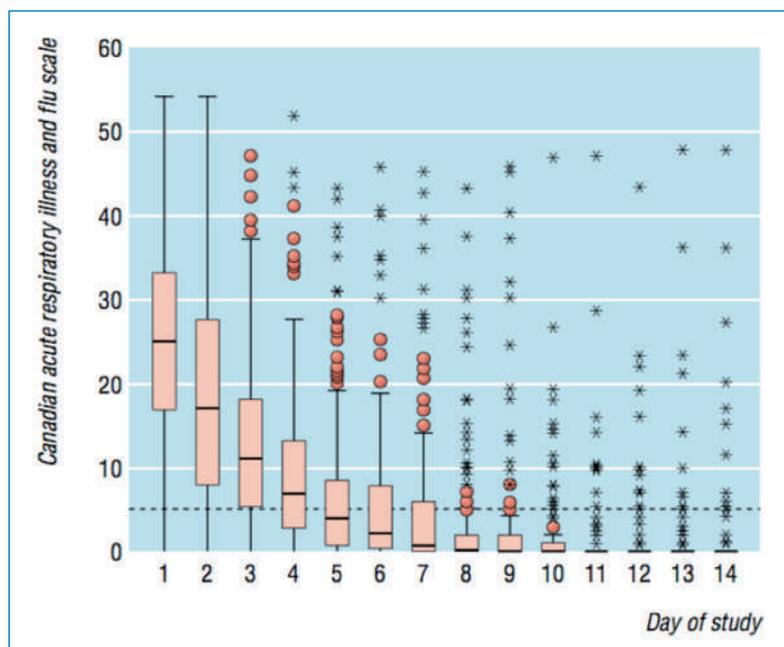


Abbildung 3
Ausmass und Dauer der Symptome bei erkälteten Kindern. Beobachtungsstudie bei 290 Kindern in Wales, 47% Knaben, durchschnittliches Alter 5,2 Jahre. Die Symptome dauerten zum Zeitpunkt der ärztlichen Evaluation (Abbildung) im Durchschnitt bereits 3,3 Tage. Y-Achse, Symptomausmass. X-Achse, Zeit (Tage) nach Erstevaluation. Die Kästen stellen das Symptomausmass der Studienpopulation dar, und zwar der Perzentilen 25–75 (obere und untere Begrenzung) und Perzentile 50 (Median, Linie im Kasten). Die Kreise und Sterne stellen einzelne Kinder mit ausserordentlich starken Symptomen dar. Kinder unterhalb der gestrichelten Linie (ein Score von 5 auf der gewählten Skala) sind asymptomatisch. Lesebeispiel: Am Tag 3 der Studie, also nach einer Symptombdauer von durchschnittlich 6,3 Tagen, sind erst 25% der Kinder asymptomatisch geworden. Am Studientag 7 (durchschnittliche Symptombdauer mittlerweile total also 10,3 Tage) sind mehr als 25% der Kinder noch nicht symptomfrei. (Aus: Butler CC, Kinnersley P, Hood K, et al. Clinical course of acute infection of the upper respiratory tract in children: cohort study. *BMJ*. 2003;327:1088–9. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.)

einige Tage ohne Antibiotikum abgewartet werden. 2. Der virale Luftwegsinfekt geht weg, ob die Patientin das Antibiotikum gar nicht, sofort oder erst einige Tage später einnimmt.

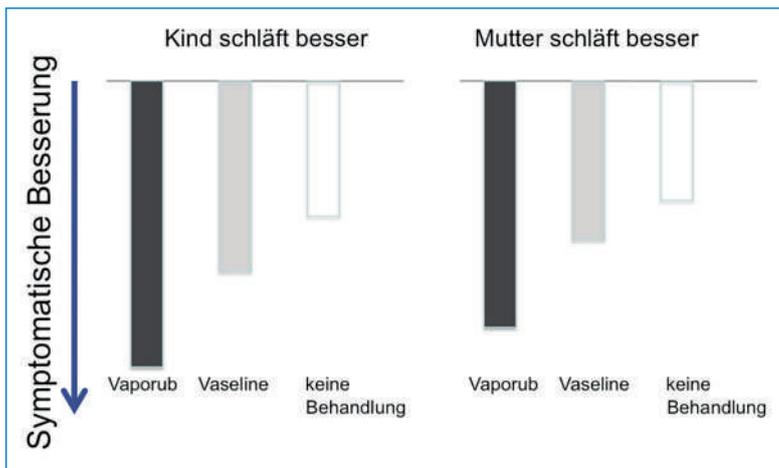


Abbildung 4
Verbesserung der Schlaffähigkeit nach dem Einreiben der kindlichen Brust mit ätherischen Ölen, verglichen mit Einreiben von Vaseline oder keiner Behandlung.
 Randomisierte Studie bei 138 Kind-Elternpaaren während einer Nacht. Die Verblindung der angewendeten Substanz (wohlriechendes Vicks VapoRub® oder geschmacksneutrale Vaseline) wurde durch vorgängige Applikation von VapoRub® an die mütterliche Nase angestrebt, dürfte aber inkomplett geblieben sein. Offensichtlich war die Schlafqualität nicht nur beim behandelten Kind, sondern auch bei der Mutter besser. Nebenwirkungen des VapoRub® waren brennende Haut, Nase oder Augen bei 28%, 14%, 16% der Kinder (Aus: Paul IM, Beiler JS, King TS, Clapp ER, Vallati J, Berlin CM, Jr. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. *Pediatrics*. 2010;126:1092–9. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.)

Besondere Erwägungen während der Influenzasaison

Saisonale und pandemische Grippe imponieren initial oft als unspezifische Erkältung. Das Fehlen von «klassischen» Influenza-Charakteristika wie hohes Fieber, abrupter Beginn oder starke Gliederschmerzen sollen den aufmerksamen Praktiker während der Grippezeit also nicht davon abhalten, die Diagnose Influenza zu erwägen. Denn eine Influenza kann Risikopersonen (schwängere Frauen, Patienten mit Asthma, COPD, Immunsuppression usw.) schwer krank machen. Bei diesen Personen sollte Erkältung mit Fieber oder Fiebergefühl während der Influenzasaison als Influenza betrachtet, mikrobiologisch abgeklärt (PCR im Nasopharynx oder kombinierten Rachen-Nasenabstrich) und eine empirische Influenzabehandlung mit Oseltamivir erwogen werden. Um wirksam zu sein, sollte die Influenzatherapie so früh wie möglich begonnen werden (spätestens 24–48 Std. nach Symptombeginn!).

Die Schweinegrippenepidemie zeigte zudem, dass die Influenza nicht selten gastrointestinale Symptome (Bauchschmerzen, Durchfall, Erbrechen) erzeugen kann, die bislang kaum mit Influenza in Verbindung gebracht wurden. Einer Diagnose «virale Gastroenteritis» soll also bei Influenza-Risikopersonen mit Skepsis begegnet werden. Zuletzt erinnern wir an eine sehr wichtige, bisher wenig beachtete Neuerung: Das BAG empfiehlt seit 2010, was in den USA seit vielen Jahren praktiziert wird: die Grippeimpfung der schwangeren Frauen ab 2. Trimester und postpartal – der Gruppe mit dem höchsten Komplikationsrisiko!

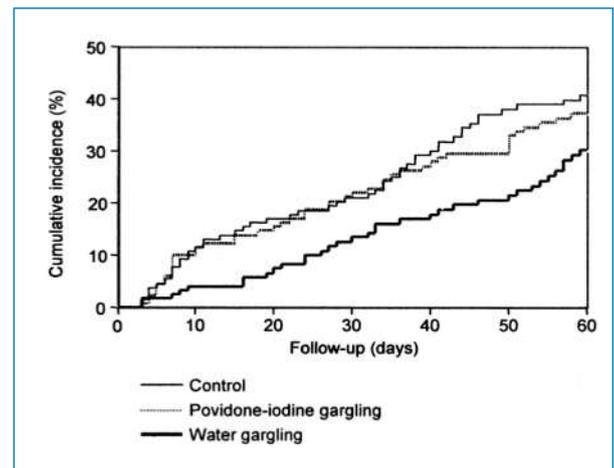


Abbildung 5
Reduktion der Häufigkeit von Erkältungen durch tägliches Gurgeln.
 Randomisierte Studie bei 387 gesunden Japanern zwischen 18 und 65 Jahren. Die Studienteilnehmer wurden aufgefordert, nicht zu gurgeln (Kontrollen), oder mit 20 ml verdünntem Povidon-Iodin (Betadine® o.ä.) oder Leitungswasser täglich mind. dreimal während 15 Sekunden zu gurgeln. Während der 60-tägigen Beobachtungszeit im Winter 2002–2003 traten bei den mit Wasser gurgelnden Teilnehmern signifikant weniger Erkältungen auf als in der Kontrollgruppe. Povidon-Iod-Gurgeln hatte keinen günstigen Effekt; laut den Autoren könnte es einen irritativen Effekt auf die Oropharynxschleimhaut ausüben oder die normale bakterielle Flora reduzieren und somit das «Eindringen» von viralen Erregern gefördert haben. Das Wasser hingegen könnte die Erkältungsviren aus der Schleimhaut «hinausgewaschen» haben. Die Gurgelfrequenz (mind. dreimal täglich) wurde aufgrund der 8–12-stündigen Inkubationszeit von Rhinoviren gewählt. (Aus: Samotura K, Kitamura T, Kawamura T, et al. Prevention of upper respiratory tract infections by gargling: a randomized trial. *Am J Prev Med*. 2005;29:302–7. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.)

Danksagungen

Die Autoren danken Dr. Gabriela Lémou, FMH Innere Medizin, Allschwil, Dr. Martin Egger, stv. Chefarzt Innere Medizin, Regionalspital Burgdorf, und Dr. Peter Graber, Leitender Arzt, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Liestal für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Korrespondenz:

PD Dr. Philip Tarr
 Leitender Arzt
 Infektiologie und Spitalhygiene
 Medizinische Universitätsklinik
 Kantonsspital Bruderholz
 CH-4101 Bruderholz
[philip.tarr\[at\]unibas.ch](mailto:philip.tarr[at]unibas.ch)

Literatur

- Heikkinen T, Jarvinen A. The common cold. *Lancet*. 2003;361:51–9.
- Butler CC, Hood K, Verheij T, et al. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. *BMJ*. 2009;338:b2242.
- Gonzales R. A 65-year-old woman with acute cough illness and an important engagement. *JAMA*. 2003;289:2701–8.
- Butler CC, Kinnersley P, Hood K, et al. Clinical course of acute infection of the upper respiratory tract in children: cohort study. *BMJ*. 2003;327:1088–9.
- Little P, Rumsby K, Kelly J, et al. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293:3029–35.
- Barrett B, Brown R, Rakel D, et al. Echinacea for treating the common cold: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010;153:769–77.
- Paul IM, Beiler JS, King TS, Clapp ER, Vallati J, Berlin CM, Jr. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. *Pediatrics*. 2010;126:1092–9.
- Satomura K, Kitamura T, Kawamura T, et al. Prevention of upper respiratory tract infections by gargling: a randomized trial. *Am J Prev Med*. 2005;29:302–7.

CME www.smf-cme.ch

- 1.** Ein sonst gesunder 38-jähriger Bankmanager sucht Ihre Praxis auf wegen verstopfter Nase, Husten und Fieber seit 48 Std. Er müsse morgen unbedingt an einer Reihe wichtiger Sitzungen teilnehmen und verlangt ein Antibiotikarezept. Sie machen eine detaillierte Anamnese und Status und kommen zum Schluss, dass es sich um einen unkomplizierten akuten Luftwegsinfekt handelt. Was machen Sie nun?
- A Ich verschreibe eine Therapie mit einem abschwellenden Nasenspray, Oseltamivir und Paracetamol.
 B Ich verschreibe Co-Amoxicillin, da der Patient zu einer anderen Ärztin gehen wird, falls ich ihm kein Antibiotikum verschreibe.
 C Ich verschreibe Clarithromycin, da es sich bei diesem jungen Patienten um eine atypische Pneumonie handeln könnte.
 D Ich informiere den Patienten über die wahrscheinliche virale Genese seines Problems, über die Unwirksamkeit von Antibiotika in dieser Situation, über die zu erwartende Symptombdauer und verschreibe eine symptomatische Therapie.
 E Ich mache ein Multiplex-virales PCR im Nasopharynxabstrich, da ich Oseltamivir verschreiben würde, falls es sich um eine Influenza handelt.
- 2.** Die Influenza-Impfempfehlungen wurden kürzlich durch das BAG modifiziert. Welcher Risikogruppe sollten wir künftig die Influenzaimpfung systematisch empfehlen?
- A Kindern <2 Jahre, welche in einer Krippe betreut werden.
 B Kindern <4 Jahre, welche in einer Krippe betreut werden.
 C Schwangeren Frauen ab dem 1. Trimester.
 D Schwangeren Frauen ab dem 2. Trimester.
 E Schwangeren Frauen ab dem 2. Trimester und post partum.
- 3.** Welche Aussage über Atemwegsinfekte trifft zu?
- A In knapp 4 von 5 Fällen könnte bei einer Erkältung das verantwortliche Virus mit modernen Labormethoden nachgewiesen werden.
 B Wenn ein Kind öfter als fünfmal pro Jahr erkältet ist, sollte eine Abklärung veranlasst werden, um eine Immunschwäche nicht zu verpassen.
 C Wenn ein Kind länger als fünf Tage hustet, sollte ein Röntgenbild gemacht werden, um eine Pneumonie nicht zu verpassen.
 D Wenn eine Sinusitis länger als fünf Tage dauert, liegt eine bakterielle Superinfektion vor, und eine antibiotische Therapie ist indiziert.
 E Eine Bronchitis heilt zwar meistens auch ohne Antibiotika ab, mit ihnen kann aber die Symptombdauer um bis zu fünf Tage verkürzt werden.