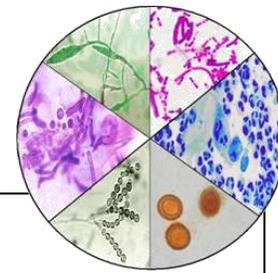


## Akute Otitis media - Erreger & Antibiotika-Therapie



Labor Mölbis, 22. Oktober 2012

### Akute Otitis media (AOM)

### Erregerspektrum

Viren (überwiegend) Rhino-, Adenoviren, RSV, Influenza-, Parainfluenza-Viren, Coronaviren, Metapneumo- & Bocavirus

### Bakterien

~80 %  $\left\{ \begin{array}{l} \text{Streptococcus pneumoniae (Pneumokokken)} \\ \text{Haemophilus influenzae (zu 95 \% nicht-bekapselte Stämme)} \end{array} \right.$

### Seltener:

~1-10 % *Streptococcus pyogenes* (A-Streptokokken)  
~3-20 % *Moraxella catarrhalis*  
*Staphylococcus aureus*

### Indikationen zur primären Antibiotika-Therapie der akuten Otitis media

- schwere Otitis media (Fieber >39°C in den letzten 24 h u./o. starke Otalgie u./o. deutlich reduziertes Allgemeinbefinden)
- Kinder in ersten 3 Lebensjahren mit beidseitiger AOM
- AOM mit Otorrhö (Perforation)
- Kinder im Alter von 0-5 Monaten
- Kinder 6-23 Monate alt mit sicherer Diagnose (falls 3 Kriterien vorliegen: akuter Beginn der Erkrankung, Entdifferenzierung Trommelfell oder Otalgie & Rötung TF, Mittelohrerguss in letzten 24 h)
- Kinder mit Risikofaktoren (Immunschwäche, Grunderkrankungen, Influenza, Rezidiv bzw. Antibiotika in letzten 30 d, kraniofaziale Fehlbildung)

### Akute Otitis media

Selbstheilungsrate 60-90 %

Falls antibiotische Therapie, dann

➔ Amoxicillin p.o. Mittel der Wahl 50 (-90) mg/kg KG/d  
Alternativen Amoxicillin/Clavulansäure  
Cefpodoximproxetil oder Cefuroxim-Axetil

### Therapie-Dauer

das Risiko eines Therapie-Versagens ist gering höher bei einer Therapie-Dauer von < 7 d im Vergleich zu ≥ 7 Tagen

### Amoxicillin zur kalkulierten Therapie

erfasst die 2 häufigsten bakteriellen Erreger der AOM

*Streptococcus pneumoniae* und *Haemophilus influenzae*

Wirkt nicht gegen Penicillin-resistente Pneumokokken und β-Laktamase-bildende *Haemophilus influenzae*-Stämme

Deutschland Anteil Penicillin-resistenter Pneumokokken <1 % (Sachsen)  
β-Laktamase-Bildner von *H. influenzae* 3-5 %, teilw. 10-15 %

### deshalb

Falls 48 (-72) h nach Therapiebeginn mit Amoxicillin keine deutliche Besserung, Umstellung auf Oralcephalosporin, welches alle 5 potentiellen Erreger erfasst: Cefpodoximproxetil oder Cefuroxim-Axetil  
alternativ Aminopenicillin/β-Laktamase-Hemmer (Amoxicillin/Clavulansäure)

### Akute Otitis media & Penicillin-Allergie

### keine Sofortreaktion auf Penicillin

Cefuroxim-Axetil 30 mg/kg KG/d (max. 1 g/d) oder  
Cefpodoxim-Proxetil 10 mg/kg KG/d (max. 800 mg/d) jeweils 2 Einzeldosen

### Sofortreaktion auf Penicillin

Clarithromycin 15 mg/kg KG/d (max. 1 g/d) für 5 d

### Akute Otitis media & mikrobiologische Diagnostik

bakteriologische Untersuchung des Sekrets (Eiter) nach Trommelfell-Perforation

➔ Abstrich auf Erreger & Resistenztestung

### Literatur

1. Scholz H, Belohradsky BH, Heininger U, Liese J, Luckhaupt H, Nadal D, Nicolai T, Resch B, Riedel F, Rieger C.. Akute Otitis media. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie/DGPI-Handbuch, 5. Auflage 2009, S. 573-7
2. Otitis media. In: Antibiotika-Therapie. Klinik und Praxis der antiinfektiösen Behandlung. Stille, Brodt, Groll, Just-Nübling, Schattauer-Verlag, 11. Auflage, 2005, S. 611-2
3. GERMAP 2010 Antibiotika-Resistenz und -Verbrauch. Verlag Antiinfectives Intelligence Gesellschaft für klinisch-mikrobiologische Forschung und Kommunikation mbH Rheinbach, 1. Auflage 2011