



Prävention der bakteriellen Endokarditis

Revolution der Leitlinien der American Heart Association

Die American Heart Association (AHA) hat die zuletzt 1997 aktualisierten Richtlinien aktuell überarbeitet. Erstmals wurden hierzu streng evidenzbasierte Kriterien für die neuen Empfehlungen herangezogen. Die Untersuchungskommission kam zu dem Schluss, dass sich mit der bislang breit angewendeten Antibiotika-Prophylaxe bei zahnärztlichen Eingriffen nur extrem wenige Fälle infektiöser Endokarditis (IE) verhindern lassen. Eine routinemäßige vorbeugende Gabe von Antibiotika wird daher nur noch für Patienten mit Befundkonstellationen empfohlen, die im Falle des Auftretens einer IE eine extrem schlechte Prognose erwarten lassen.

Allein ein erhöhtes Lebensalterisiko für eine IE wird nicht mehr als Indikation für die medikamentöse Prophylaxe gesehen. Die Neufassung soll außerdem klarere Entscheidungskriterien liefern, wann eine Endokarditis-Prophylaxe (EP) angezeigt ist und wann nicht.

Die IE ist eine seltene aber lebensbedrohliche Infektion. Es handelt sich um eine durch Invasion von Bakterien in die Blutbahn verursachte septische Erkrankung des Endokards oder der Herzklappen mit den Leitsymptomen: Bakteriämie, Fieber, Herzgeräusch, Embolie, Hautsymptome (Petechien). Trotz der Fortschritte auf dem Gebiet der Diagnostik (zum Beispiel Herz-Ultraschall) und der chirurgischen, antibiotischen und intensivmedizinischen Therapie ist die Erkrankung noch immer mit einer hohen Morbidität und Mortalität behaftet.

Vor dem Hintergrund neuerer Überlegungen und der Forderung nach evidenzbasierten Empfehlungen (siehe Tabelle 1) hat ein interdisziplinäres Komitee aus Mitgliedern der American Dental Association, der Infectious Diseases Society of America und der American Academy of Pediatrics die Leitlinien von 1997 aktuell überarbeitet.

Empfehlungsstärke	
Klasse I	Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass die Maßnahme Benefit erzeugt, nützlich und effektiv ist
Klasse II	Gegensätzliche Erkenntnisse und Meinungen, ob die Maßnahme nützlich und effektiv ist.
Klasse IIa	Überwiegende Erkenntnisse und Meinungen, dass die Maßnahme nützlich und effektiv ist.
Klasse IIb	Nutzen und Effekt der Maßnahme sind weniger gut belegt.
Klasse III	Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass die Maßnahme keinen Benefit erzeugt, nicht nützlich und effektiv ist, und gegebenenfalls gefährlich sein kann.
Evidenzniveaus („Level“ im Sinne der evidence-based medicine)	
Level A	Ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Übersichtsarbeiten (Meta-Analysen) über zahlreiche randomisierte, kontrollierte Studien
Level B	Nachweise für die Wirksamkeit aus nicht-randomisierten Untersuchungen oder einer singulären randomisierten, kontrollierten Studie
Level C	Expertenkonsens, Fallberichte

Tab. 1: Evidenzkriterien – Klassifikation von Empfehlungsstärke und Evidenzniveau

Quelle: AHA 2007, Maschmeyer 2004 (verkürzt)

Historie der Endokarditis-Prophylaxe, Status quo und Notwendigkeit der Neubearbeitung

Seit der ersten Empfehlung zur EP der AHA von 1955 wurden regelmäßig Aktualisierungen vorgenommen, die Leitlinie von 1997 ist die neunte Revision, ihr ähnlich ist die 1999 veröffentlichte Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft. Grundlage der Empfehlungen waren hauptsächlich Expertenmeinungen, klinische Erfahrung, wenige Fall-Kontroll-Studien und theoretische Überlegungen, so dass die bisher publizierten Standards nach Evidenzkriterien die Empfehlungsstärke IIb und das Evidenzniveau C erreichen (siehe Tabelle 1).

Folgende Argumentationskette stellte bisher die Grundlage für die Guidelines der AHA dar:

1. Die IE ist selten, aber lebensbedrohlich, daher ist die Prävention der Behandlung der manifesten Erkrankung vorzuziehen.
2. Bestimmte Vorerkrankungen der Herzens prädisponieren für eine IE.