

Endokarditis-Prophylaxe — Ernüchterung mit Folgen

a -- Wilson W, Taubert KA, Gewitz M et al. Prevention of infective endocarditis. Guidelines from the American Heart Association. Circulation 2007 (online April 19); DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.183095

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Christoph Fux

Kommentar: Christoph Fux

Die Wirksamkeit der antibiotischen Endokarditis-Prophylaxe wird zunehmend kritisch beurteilt: sie verursacht immer Kosten, oft Resistenzen und selten allergische Reaktionen. Zudem ist das geschätzte Bakteriämierisiko bei einer Zahnextraktion vergleichbar mit dem Risiko beim Kauen oder bei der alltäglichen Routine-Zahnreinigung. Unter der Annahme, dass die Wirksamkeit der Prophylaxe 100% beträgt (was nachgewiesenermassen nicht stimmt) und 1% aller Streptococcus viridans-Endokarditiden durch einen Zahneingriff bedingt sind, so wäre die «number needed to prevent» rund eine Million bei Mitralklappenprolaps und 95'000 bei Status nach Endokarditis. Die Konklusion? Für eine Endokarditis-Prophylaxe kommen nur mehr Personen mit dem erfahrungsgemäss höchsten Risiko für einen gefährlichen Krankheitsverlauf in Betracht: bei künstlicher Herzklappe, vorausgegangener Endokarditis, komplizierten kongenitalen Vitien oder Valvulopathie nach Herztransplantation. Die Prophylaxe bei Tonsillektomie und Adenektomie wird diskutiert, jene bei gastrointestinalen und urogenitalen Eingriffen nicht mehr grundsätzlich empfohlen. Bei operativer Infektsanierung sollten für eine Endokarditis potentiell ursächliche Erreger – Streptokokken (Atemwege, Haut), Enterokokken (gastrointestinal, urogenital) und Staphylokokken (Haut) – mit abgedeckt sein.

Obwohl wenig neue Evidenz präsentiert wird, erscheint die deutlich restriktivere Indikation für eine Endocarditisprophylaxe folgerichtig. Hier hat die «American Heart Association» mehr Augenmass bewiesen als wir. Ein Überdenken unserer nationalen Richtlinien tut Not.

Zusammengefasst von Christoph Fux