Verdacht auf Meningitis

Jetzt müssen Sie rasch handeln!

Fieber und Nackensteifigkeit – die Patientin gehört sofort in die Klinik.

Foto: Arteria photography

Sie werden zu einer 28-jährigen, bisher gesunden Patientin gerufen, bei der seit zwei Tagen Fieber über 40 °C besteht und die jetzt über heftigste Kopfschmerzen klagt. Bei der Untersuchung fällt Ihnen eine Nackensteifigkeit auf. In dieser lebensbedrohlichen Situation dürfen Sie nun keine Zeit verlieren.

Bei Patienten mit Immunsuppression, vorbestehender ZNS-Erkrankung, Papillenödem, Krämpfen oder Bewusstseinsstörungen sollte nach Abnahme von Blutkultur und Gabe von Dexamethason und 2 g Ceftriaxon i.v. zunächst ein CT und anschließend erst die Lumbalpunktion durchgeführt werden, um eine intrazerebrale Abszessbildung nicht zu übersehen. Bei Fehlen dieser Risikoindikatoren kann die Lumbalpunktion direkt nach Abnahme der Blutkulturen vor Einleitung der Therapie erfolgen.

rend bei einer viralen Meningitis das Liquorpunktat klar erscheint, ist es bei einer bakteriellen Meningitis trüb. Darüber hinaus liegt die absolute Neurophilenzahl im Liquor bei einer bakteriellen Infektion > 1000, der Proteingehalt > 0,45 g/l und der Glukosewert bei unter 40% des Serumwertes. Bei der viralen Meningitis liegt die Leukozytenzahl unter 1000 bei einer relativen Lymphozytose, der Eiweißgehalt ist normal oder nur minimal erhöht und der Glukosewert beträgt 50–80% des Serumwertes.

— Die häufigsten bakteriellen Meningitisserreger sind Streptococcus pneumoniae und Neisseria meningitidis. Die Mortalität der bakteriellen Meningitis liegt bei ca. 20%, wobei die Prognose bei Streptokokken noch ungünstiger ist als bei Neisserien, erläuterte Prof. Ursula Flückiger, Basel. Bei ca. einem Drittel der Patienten bleiben neurologische Defizite, da die Meningitis über eine Begleitvaskulitis zu zerebralen Ischämien führt.

Die klassische Symptomentrias bei bakterieller Meningitis sind Fieber, Nackensteifigkeit und Bewusstseinsstörung. Bei jedem Zweiten finden sich allerdings nur ein oder zwei dieser Symptome. Die meisten Kranken klagen zudem über Kopfschmerzen. Bei Meningitisverdacht müssen Sie den Patienten notfallmäßig stationär einweisen. Jede Verzögerung verschlechtert die Prognose.

Notfalldiagnostik in der Klinik

Zu den in der Klinik sofort durchzuführenden Laboruntersuchungen gehören Blutsenkung, Blutbild, C-reaktives Protein bzw. Pro-Calcitonin. Die Abnahme der Blutkultur sollte vor der ersten Antibiotikagabe erfolgen, da sie ansonsten meist negativ ausfällt.

Virale oder bakterielle Meningitis – klarer oder trüber Liquor?

Entscheidend für das weitere Vorgehen ist, ob es sich um eine virale oder bakterielle Meningitis handelt. „Ein Krampfanfall spricht immer für eine bakterielle Genese“, so Flückiger. Wäh-

Soforttherapie entscheidend für die Prognose

Bei jedem Patienten mit Verdacht auf Meningitis sollte nach Abnahme der Blutkulturen und eventueller Lumbalpunktion sofort eine Steroidtherapie mit 4 x 10 mg Dexamethason über vier Tage eingeleitet werden. Auch die Antibiotikagabe sollte so schnell wie möglich beginnen. Studien konnten zeigen, dass sich die Prognose wesentlich verschlechtert, wenn damit erst sechs Stunden nach der Klinikaufnahme begonnen wird. Da bei Therapiebeginn die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung nicht vorliegen, muss die Antibiose empirisch erfolgen. Grundsätzlich empfiehlt sich die Gabe von Ceftriaxon (bei Erwachsenen 2 x 2 g i.v.), da die Resistenzlage für dieses Antibiotikum in Deutschland noch sehr günstig ist (< 3% der Pneumokokken sind resistent) und dieses Antibiotikum eine gute Penetration in den Liquor zeigt. Je nach klinischer Situation sollte die Antibiose über 7–14 Tage durchgeführt werden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: MedArt basel'o8, 23.06.2008 in Basel

Angehörige und Ärzte

Wer braucht eine Chemoprophylaxe?

Bei Nachweis einer Meningokokken-Meningitis besteht immer die Indikation für eine Chemoprophylaxe bei Personen, die engen Kontakt mit dem Patienten innerhalb von zehn Tagen vor und innerhalb von 24 Stunden nach Behandlung hatten. Dazu gehören Angehörige im gleichen Haushalt, Schüler und Lehrer sowie Personen, die einen solchen Patienten reanimiert oder intubiert haben.

Die Chemoprophylaxe kann mit 1 x 500 mg Ciprofloxazin p.o. oder 600 mg Rifampicin p.o. alle zwölf Stunden über zwei Tage oder 1 x 250 mg Ceftriaxon i.m. oder als Kurzinfusion erfolgen.