Pneumokokken: Welcher Impfstoff schützt Senioren am besten?

Derzeit empfiehlt die STIKO allen Personen ab 60 Jahren die Pneumokokken-Impfung mit dem Polysaccharid-Impfstoff PSV23 als einmalige Standardimpfung. Nach Einschätzung der CAP-Leitliniengruppe spricht die aktuelle Datenlage jedoch eher für den konjugierten Impfstoff PCV13 als Standardimpfung, zumindest bei Patienten zwischen 65 und 85 Jahren. Dieser habe sich „sowohl für ambulant erworbene Pneumonien durch Impferotypen als auch invasive Pneumokokken-Infektionen“ als wirksam erwiesen. Das Votum der Leitlinienexperten beruht unter anderem auf den Ergebnissen der CAPITA-Studie, in der eine Reduktion der Pneumonien durch Erstinfektion mit Vakzine-Serotypen um 45,6% sowie eine Risikoreduktion um 75% für eine invasive Pneumokokkeninfektion gezeigt werden konnte. Diese Daten hatten bei der Erarbeitung der STIKO-Empfehlungen noch nicht vorgelegen.

Senioren jenseits der 65 erfüllen das Kriterium CRB-65 = 0 zwar per definitionem nicht (ab 65 Jahren erhalten sie automatisch einen Punkt im Score). Laut Bogner ist dennoch auch bei älteren Patienten eine ambulante Behandlung möglich, wenn sämtliche anderen Kriterien erfüllt sind und vor allem die ausreichende Versorgung des Patienten zu Hause gewährleistet ist. Der Experte riet allerdings dringend, den Patienten „immer nach zwei bis drei Tagen zu reevaluierten“. Dies sei der Erfahrung geschuldet, dass innerhalb dieses Zeitraums oft eine Verschlechterung eintreten könnte.

Erregerdiagnostik in der Regel nicht erforderlich

Eine mikrobiologische Diagnostik ist dem Infektiologen zufolge im ambulanten Setting im Regelfall nicht erforderlich. Nach Bogner kommt bei der leichten Pneumonie zunächst eine kalkulierte Antibiotikatherapie zum Einsatz. Diese beinhaltet in erster Linie Amoxicillin, das bei Patienten mit Begleiterkrankungen mit Clavulansäure kombiniert wird. Bei Penicillinallergie oder -unverträglichkeit kann auf ein Fluorchinolon ausgewichen werden, nachgeordnet kommt ein Makrolid oder Doxy-

cyclin infrage. „Das Makrolid“, so Bogner, „wird empfohlen, um die Möglichkeit einer atypischen Pneumonie abzudecken.“ Eine solche sei allerdings bei Senioren deutlich seltener als bei Patienten unter 60. Ein entsprechender Verdacht liege nahe, wenn ein Patient außerhalb der „respiratory season“, also im Sommerhalbjahr erkrankte, aber auch bei Reiserückkehrern, nach einem Klinikaufenthalt oder bei Kontakten zu speziellen Vogelarten wie Papageien, Sittichen oder Tauben.

Abkehr von oralen Cephalosporinen

Bogner wies auch darauf hin, dass orale Cephalosporine in der neuen CAP-Leitlinie nicht mehr vorkommen: „Die Bioverfügbarkeit dieser Substanzen ist so schlecht, dass die orale Therapie schon aus pharmakologischer Sicht nicht als sicher gelten kann!“ Cephalosporine würden derzeit nur noch intravenös zur Behandlung der schweren, evtl. auch der mittelschweren CAP empfohlen.

Dr. Elke Oberhofer

Bayerischer Internistenkongress (BIK), 56. Jahrestagung, München, 21.–22. Oktober 2017

Pneumokokkenimpfung

Keine einheitlichen Empfehlungen

Der Hauptvirulenzfaktor der Pneumokokken ist die Polysaccharid-Kapsel, die vor der Phagozytose schützt und wenig immunogen ist. Der Hauptabwehrmechanismus des Körpers ist die Antikörper-vermittelte Phagozytose, die durch eine Impfung induziert werden kann.

Die meisten Pneumokokkeninfektionen wie Sinusitis und Otitis verlaufen nicht-invasiv. Dies gilt auch für die überwiegende Mehrzahl der Pneumokokken-Pneumonien. Nur wenn diese mit einer Bakteriämie einhergehen oder bei einer Meningitis muss man von einem invasiven Krankheitsverlauf ausgehen, wodurch sich die Prognose wesentlich verschlechtert.

Zur Impfung stehen zwei Vakzinen zur Verfügung: ein konjugierter und ein nicht-konjugierter Impfstoff. Ersterer (Prevenar®) induziert eine B- und T-Zellantwort mit Gedächtniszellen und hoch aviden Antikörpern. Er schützt vor invasiven Pneumokokken-Infektionen. Die nicht-konjugierte Vakzine (Pneumovax®) führt dagegen nur zu einer B-Zell-Antwort ohne Gedächtniszellen und hochavide IgG-Antikörper.

Für die Wahl des Impfstoffs gibt es zur Zeit widersprüchliche Empfehlungen. So empfehlen die sächsische Impfkommision und die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie nach den Ergebnissen der CAPITA-Studie (s. **Kasten** oben) für Über-60-Jährige den kon-

jugierten 13 polyvalenten Impfstoff (PCV 13), die STIKO dagegen auf der Basis einer Metaanalyse die Impfung mit dem Polysaccharid-Impfstoff PSV 23 und eine Auffrischung mit PSV 23 nach 6 Jahren.

Nach der S3-Leitlinie sollte bei Risikopatienten mit einer chronischen Herz-, Leber-, Lungen- oder Nierenerkrankung bzw. bei einer Immunsuppression eine Sequenzimpfung durchgeführt werden, d. h. 6–12 Monate nach der PCV-13-Impfung sollte sich eine Impfung mit PSV 23 anschließen. Die STIKO empfiehlt für diese Patienten ebenfalls eine Sequenzimpfung, schließt jedoch chronisch Herz- und/oder Lungenkranke und Diabetiker nicht in die Risikopopulation ein.

Dr. Peter Stiefelhagen