

Leserbrief

Zum Artikel H. Hof:

Pilzpneumonien: Gibt's die?

Pneumologie 2013, 67: 509–512

Das Thema der Pilzpneumonien ist ein besonders wichtiges Thema, das weiterhin auch für Kontroversen sorgt. Der vorliegende Artikel beinhaltet eine ausführliche Darstellung möglicher Pilzerreger, stellt in erster Linie jedoch eine Kritik der beiden aktuell gültigen S3-Leitlinien zur ambulant erworbenen und nosokomialen Pneumonie dar. Die darin vertretenen Thesen beruhen weitgehend auf Missverständnissen, die der Richtigstellung bedürfen.

Das Konzept der Pneumonie-Triade mit ambulant erworbener, nosokomialer Pneumonie und der Pneumonie unter Immunsuppression beruht auf der Auffassung, dass jede dieser Entitäten einen handlungsanleitenden Rahmen für die Behandlung der entsprechenden Patienten darstellt. Dabei geht es ganz wesentlich auch um das zu erwartende Erregerspektrum, den Umfang der erforderlichen initialen mikrobiologischen Diagnostik und die Auswahl der initialen antimikrobiellen Therapie.

Für Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie gilt, dass Pilzinfektionen keine Rolle spielen. Ausnahmen sind solche Pneumonien, die aufgrund von Auslandsreisen ein Risiko für sogenannte endemische Pilzinfektionen aufweisen. Die chronisch-nekrotisierende Aspergillose (CNA) oder auch die invasive Aspergillose kommt ausschließlich bei Patienten mit Pneumonien vor, die schwergradig immunsupprimiert sind, die also der dritten Entität zuzurechnen sind. Beide präsentieren sich klinisch allerdings nie als akute Pneumonie, weisen also auch schon rein klinisch in andere Entitäten als die ambulant erworbene Pneumonie. Candida-Pneumonien gibt es bei nicht schwergradig immunsupprimierten Patienten definitiv nicht; auch unter schwerer Immunsuppression sind sie eher selten.

Patienten mit nosokomialer Pneumonie erhalten regelhaft eine wesentlich umfangreichere Diagnostik als solche mit ambulant erworbener. Auch bei Patienten mit nosokomialer Pneumonie gibt es keine Candida-Pneumonien. *Aspergillus* spp. sind als Erreger in definierten Risikogruppen möglich, darauf wird in der Leitlinie hingewiesen. Eine entsprechende Diagnostik ist im Verdachtsfall immer anzustreben. Eine reguläre antimykotische „Abdeckung“ ist weder initial noch im Verlauf im Falle eines Therapieversagens indiziert, wenn keine definierten Risikofaktoren oder bildgebenden bzw. mikrobiologischen Befunde auf eine Aspergillose hinweisen.

Schließlich sind nosokomiale Übertragungen von *Pneumocystis jirovecii* zwar möglich, können jedoch nur beim schwergradig immunsupprimierten Patienten zu einer Pneumonie führen. Daher findet dieser Erreger auch keine Berücksichtigung in der initialen kalkulierten antimikrobiellen Therapie des Patienten mit nosokomialer Pneumonie.

Es erscheint wichtig, diese konzeptuellen Elemente der Leitlinien angemessen zu interpretieren. Für eine Indikation zu einer vermehrten kalkulierten antimykotischen Therapie von Patienten mit ambulant erworbener oder nosokomialer Pneumonie besteht keine neue Evidenz. Im Gegenteil, es wird insbesondere bei Therapieversagen mutmaßlich immer noch zu häufig antimykotisch behandelt, obwohl keine Indikation gegeben ist.

Prof. Dr. med. Santiago Ewig
Thoraxzentrum Ruhrgebiet
Kliniken für Pneumologie und Infektiologie
Ev. Krankenhaus Herne und
Augusta-Krankenanstalt Bochum
Bergstr. 26
44791 Bochum
ewig@augusta-bochum.de

Prof. Dr. med. Tom Schaberg
Zentrum für Pneumologie
Diakoniekrankenhaus Rotenburg
Elise-Averdieck-Str. 17
27356 Rotenburg (Wümme)
schaberg@diako-online.de