

Therapie Harnwegsinfekt

FHK-GHFMM

gültig ab:27.04.2012

Version 02

Seite 1 von 4

1 GELTUNGSBEREICH UND ZWECK

AKH-MedUni Wien, Therapie Harnwegsinfekt

2 MITGELTENDE DOKUMENTE

Siehe Literatur unter Punkt 7

3 VORBEREITUNG/VERBRAUCHSMATERIAL

keine

4 VERWENDETE ABKÜRZUNGEN/ BEGRIFFE

AL	Abteilungsleiter
FA	Facharzt/FachärztIn
LL	Leitlinie
OA	Oberarzt/OberärztIn
QB	Qualitätsbeauftragte(r)
QM	Qualitätsmanagement
QM-GHFMM	Qualitätsmanager der Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin der Universitätsklinik für Frauenheilkunde
SSW	Schwangerschaftswoche

	Funktion	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt	OA	Prof. Witt		
Erstellt	OA	Prof. Kiss		
Geprüft: QM konform	QB	Prof. Kornek Mag. Wallner		
Geprüft: QM konform	QM-GHFMM	Prof. Leitich		
Freigegeben/Klinik	AL	Prof. Husslein		
Einsichtnahme	Vizerektorin	Dr. Druml		
Einsichtnahme	Ärztl. Direktor	Prof. Krepler		
Einsichtnahme	Rektor	Prof. Schütz		

5 VERANTWORTLICHKEIT

Für den Inhalt verantwortlicher Autor: Für den Inhalt verantwortlicher Autor: a.o. Univ. Prof. Dr. Armin Witt, a.o. Univ. Prof. Dr. Herbert Kiss, Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien

Für die Umsetzung der SOP sind die Abteilungsleiter der klinischen Abteilungen verantwortlich.

6 ARBEITSABLAUF/TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG

Allgemeines:

Als Zusatzmaßnahme ist eine Ansäuerung des Urins sinnvoll - Trinken von verdünntem Apfelessig oder ACIMETHIN®. In jedem Fall ist auf eine ausreichende Trinkmenge zu achten (> 2 Liter). Das 3-Tage Antibiotika-Regime ist effektiver als der Singleshot und in gleicherweise effektiv wie das 7-Tage Regime^{1,2}. Eine Ausnahme macht der Singleshot mit Fosfomycin-Trometamol (nicht in der Schwangerschaft), da diese Substanz sehr hohe Harnkonzentrationen erreicht und gegen die gängigen Keime durch längere Zeit die Minimale Hemmkonzentration (MHK) hält (> 100 h)^{3,4}. Beim rezidivierenden HWI bei postmenopausalen Patientinnen empfiehlt sich die lokale Gabe von Östriol (ORTHO-GYNEST®, OVESTIN®, etc.)⁵.

ZYSTITIS IN DER SCHWANGERSCHAFT:

Häufigste Erreger:

E. coli, Staph. epid., Klebsiella u.a. Enterobakterien; (Myko/Ureoplasmen, Chlamydien, Gonokokken).

Diagnose:

1. Klinik
2. COMBUR® (Leukozyten + Nitrit!!), Urikult, Entzündungsparameter

CAVE: Aufsteigender HWI – Schwangerschafts-Pyelonephritis! Daher ist jeder HWI in der Schwangerschaft zu den komplizierten HWI's zu rechnen, d.h. engmaschige Kontrollen!

CAVE: Auch bei asymptomatischer Bakteriurie in der Schwangerschaft ohne Klinik erfolgt eine antibiotische Therapie wie beim symptomatischen Infekt!⁶

Therape: Therapie mit u.a. Therapeutika je nach Klinik und Symptomen für 4-7 Tage. ⁷

Empirische Therapie:

Amoxicillin

(AMOXILAN®, CLAMOXYL®, GONOFORM®, OSPAMOX®, SUPRAMOX®)

2 x 1g

Pivmecillinam

(SELEXID®)

3 x 200mg

Cefalexin

(CEPHALOBENE®, CEPEXIN®, OSPEXIN®, KEFLEX®, SANAXIN®)

2 x 1g

Cefixim (TRICEF®, AEROCEF®)

2 x 400 mg

Cefpodoxim (BIOCEF®, OTREON®)

2 x 750 mg

ZYSTITIS BEI NICHT-SCHWANGEREN PATIENTINNEN:*Häufigste Erreger:*

E. coli, Staph. epid., Klebsiella u.a. Enterobakterien; (Myko/Ureoplasmen, Chlamydien, Gonokokken).

Diagnose:

1. Klinik
2. COMBUR® (Leukozyten + Nitrit!!), Urikult, Entzündungsparameter

DD: Bei asymptomatischer Bakteriurie (ohne Klinik) keine Antibiotikatherapie!

Empirische Therapie:

Amoxicillin

(AMOXILAN®, CLAMOXYL®, GONOFORM®, OSPAMOX®, SUPRAMOX®)

2 x 2g durch 3 d

Alternativ:

Fosfomycin-Trometamol (MONURIL®)

1 x 3g als Singleshot

Trimethoprim (MONOTRIM®, SOLOTRIM®)

1 x 600mg durch 3 d

Gyrasehemmer (CIPROXIN®, TARIVID®, TAVANIC®, UROBACID®)

2 x 500mg, 1 x 400mg, 1 x 500mg, 1 x 400mg jeweils durch 3 d

Ampicillin (PENGLOBE®, BINOTAL®)

3 x 2g durch 3 d

Cephalosporin z.B. Cefalexin (CEPHALOBENE®, CEPEXIN®, OSPEXIN®, KEFLEX®, SANAXIN®)

2 x 1g durch 3 d

URETHRITIS BEI NICHT-SCHWANGEREN PATIENTINNEN:*Häufigste Erreger:*

Chlamydien, Myko-/Ureoplasmen, E. coli, Gonokokken

Diagnose:

1. Klinik
2. COMBUR® (Leukozyten + Nitrit!!), Urikult
3. Urethral-Abstrich (COMBUR® bei Urethritis häufig negativ!)

Empirische Therapie:

Makrolide

(JOSALID®, RULIDE®, KLACID®, ZITHROMAX®, DIMAC®)

Dosierung je nach Präparat z.B. Rulide® 1 x 300 mg durch 14-21 d

Alternativ:

Doxycyclin (VIBRAMYCIN®, SUPRACYCLIN®, u.a.)

1 x 200 mg durch 14-21 d

Gyrasehemmer

(ZOROXIN®, CIPROXIN®, TARIVID®, QUINODIS®, UROBACID®, MAXIQUIN®, UNIQUIN®, TAVANIC®)

durch 14-21 d

DAUERKATHETERTRÄGER UND HWI BEI NICHT-SCHWANGEREN PATIENTINNEN:

Keine Therapie!

1. Katheterwechsel
2. Antibiotika nur bei pos. Entzündungszeichen

→ Trimethoprim, Quinolone

Manchmal wirken nur noch Aminoglykoside oder Nitrofurantoin !

Der Einsatz von DK erhöht die Mortalität bei geriatrischen Patienten signifikant, daher nur extrem sparsamer Umgang mit DK (so kurz wie möglich) und nur nach genauer Indikationsstellung!

7 LITERATUR

1. Hooton TM et al: Randomized comparative trial and cost analysis of 3-day antimicrobial regimens for treatment of acute cystitis in women. JAMA 273: 41-45, 1995.
2. Stamm WE, Hooton TM: Management of urinary tract infections in adults. N Engl J Med 329: 1328-1334, 1993.
3. Patel SS, Balfour JA, Bryson HM: Fosfomycin tromethamine. A review of its antibacterial activity, pharmacokinetic properties and therapeutic efficiency as a single-dose oral treatment for acute uncomplicated lower urinary tract infections. DRUGS 53 (4): 637-656, 1997.
4. Minassian MA, Lewis DA, Chattopadhyay D, Bovill B, Duckworth GJ, Williams JD: A comparison between single-dose fosfomycin trometamol (Monuril) and a 5-day course of trimethoprim in the treatment of uncomplicated lower urinary tract infection in women. Int J Antimicrob Agents 10 (1): 39-47, 1998.
5. Raz R, Stamm WE: A controlled trial of intravaginal Estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. NEJM 329 (11): 753 – 756, 1993.
6. The Cochrane Library: Review: Small F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
7. Villar J, Widmer M, Lydon-Rochelle M, Gülmezoglu AM, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 1. Art. No.: CD000491. DOI: 10.1002/14651858.CD000491

8 ERLÄUTERUNGEN

Keine

9 ÄNDERUNGEN

Datum	Version	Änderung
12.12.2011	02	Aktualisierung der Literaturliste und des Layouts, Änderung der Therapiedauer bei schwangeren Patientinnen von 7 Tagen auf 4-7 Tage, Änderung des Namen der Vizerektorin