


DIAGNOSE UND THERAPIE PULMONALER INFEKTIONEN MIT NICHTTUBERKULÖSEN MYKOBAKTERIEN

Die **pulmonale Infektion mit nichttuberkulösen Mykobakterien (PD-NTM)** ist eine chronische und kräftezehrende Erkrankung, die progressiv verlaufen kann.^{1,2} PD-NTM Infektionen stellen eine diagnostische und therapeutische Herausforderung dar.

Viele PD-NTM-Patienten haben bereits bestehende Lungenerkrankungen:

- ▶ Bronchiektasen (bis zu 50% der Patienten mit Bronchiektasen können eine PD-NTM Infektion aufweisen.^{3,4})
- ▶ COPD^{1,5}
- ▶ Asthma^{1,5}
- ▶ zystische Fibrose^{1,5}

Die meisten gesunden Menschen, die mit NTM in Kontakt kommen, erkranken dagegen nicht.⁶



NTM können schwerwiegende Auswirkungen auf die Gesundheit und Lungenfunktion Ihrer Patienten haben.^{7,8} Daher sind eine korrekte Diagnose und erfolgreiche Therapie so wichtig.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

Klinische, radiologische und mikrobiologische Kriterien für die Diagnose einer PD-NTM Infektion.

Handelt es sich um eine PD-NTM Infektion?

Ziehen Sie bei Verdacht auf PD-NTM einen NTM-Spezialisten hinzu.

Klinische/ radiologische Kriterien^{1,5}

- Bronchopulmonale Symptome, noduläre oder kavernöse Strukturen im Thoraxröntgenbild oder multifokale Bronchiektasen mit multiplen kleinen Knötchen im HRCT und
- Ausschluss anderer Krankheitsursachen

Mikrobiologische Kriterien^{1,5}

- Positive Kultur aus mindestens 2 separat expektorierten Sputumproben oder
- Positive Kultur aus wenigstens einer bronchoskopisch entnommenen Probe (Bronchialspülung oder Lavage) oder
- Transbronchiale oder andere Lungenbiopsie mit mykobakteriellen, histopathologischen Merkmalen* und positiver Kultur, oder Biopsie mit mykobakteriellen, histopathologischen Merkmalen* und ≥ 1 positiver Kultur aus dem Sputum oder bronchoalveolärer Lavage.

Diagnose: PD-NTM Infektion^{1,5}

- Unter Abwägung des potentiellen Nutzens und der möglichen Risiken der Behandlung sollte die Therapie individuell für den jeweiligen Patienten entschieden werden.

* Granulomatöse Entzündung oder säurefeste Stäbchen.

THERAPIE EINER PD-NTM INFEKTION

Die Therapie einer PD-NTM Infektion mit MAC* erfolgt in Deutschland in Anlehnung an das Statement der ATS/IDSA.^{1,5}

Substanz	Dosierung/Tag
Clarithromycin oder Azithromycin	1000 mg**
Ethambutol	15 mg/kg Körpergewicht (Höchstdosis 2000 mg)
Rifampicin	10 mg/kg Körpergewicht (Höchstdosis 600 mg)
Bei schweren Infektionen zusätzlich:	
i.v. Amikacin oder i.v. Streptomycin	15 mg/kg Körpergewicht (Höchstdosis 1000 mg)

Dieses Schaubild ist modifiziert nach Schönfeld N, et al. 2013⁵

Diese Broschüre soll Sie bei der Diagnose und Therapie einer PD-NTM Infektion unterstützen. Sie basiert auf den Deutschen Empfehlungen von DZK (Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose) und DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin) in Anlehnung an das Statement der ATS/IDSA, in dem Sie weitere detaillierte Informationen finden.

* *Mycobacterium avium* Komplex

** bei einem Körpergewicht von < 50 kg sollte eine Dosisanpassung in Erwägung gezogen werden

ZIELE DER PD-NTM-THERAPIE

VERBESSERUNG DER KLINISCHEN SYMPTOMATIK¹

RADIOLOGISCHE VERBESSERUNG¹

MIKROBIOLOGISCHE VERBESSERUNG

- **Sputumkultur negativ¹**
- Weitere **Behandlung über 12 Monate** nach der ersten kulturellen Konversion^{1,5}
- **Mikrobiologischer Behandlungsendpunkt: Sputum bleibt über 12 Monate negativ^{1,5}**

▶ **Die Langzeit-Behandlung über 18 Monate bedarf einer hohen Patienten-Compliance.⁵**

Besuchen Sie **NTMfakten.de**

Hier finden Sie aktuelle Informationen über PD-NTM Infektionen und interessante Links und Materialien.

Referenzen: **1.** Griffith DE, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(4):367-416. **2.** Winthrop KL, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2010;182(7):977-982. **3.** Mirsaeidi M, et al. Int J Infect Dis. 2013;17(11):e1-e5. **4.** Tanaka E, et al. Am J Respir Crit Care Med. 1997;155(6):2041-2046. **5.** Schönfeld N, et al. Pneumologie. 2013;67(11):605-633. **6.** Young JD, et al. J Respir Dis. 2007;28(1):7-18. **7.** Adjemian J, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2012;185(8):881-886. **8.** Lee M-R, et al. PLoS ONE.2013;8(3):e58214.