

CRB-65 beschreibt das individuelle Mortalitätsrisiko bei ambulant erworbener Pneumonie

Torsten T. Bauer¹ Santiago Ewig², Reinhard Marre³, Norbert Suttrop⁴, Tobias Welte⁵ und the CAPNETZ study group⁶



Ziel: Die Studie wurde durchgeführt, um den CURB, den CRB und den CRB-65 Score zur Vorhersage des Mortalitätsrisikos bei ambulant erworbener Pneumonie (community-acquired pneumonia, CAP) sowohl bei stationären als auch bei ambulanten Patienten zu validieren.

43

Design: Die Daten wurden von einer vom Deutschen Kompetenznetz für ambulant erworbene Pneumonie (CAPNETZ) initiierten, großen multizentrischen, prospektiven Studie, die im März 2003 begann, bezogen und für diese Studie im Oktober 2004 ausgewertet.

Studienpopulation: Ambulante und stationäre Patienten aus 670 Praxen und 10 Klinischen Zentren. Die Analyse wurde bei n =

1343 Patienten (n=208 ambulant und n=1135 stationär) mit allen für die Berechnung des CURB vollständigen Datensätzen durchgeführt und mit allen kompletten Datensätzen für CRB und CRB-65 bei n = 1967 Patienten (n=482 ambulant und n=1485 stationär) wiederholt.

Intervention: Keine. Die 30-Tage Mortalität von CAP wurde durch persönlichen Kontakt oder durch eine strukturierte Befragung ermittelt.

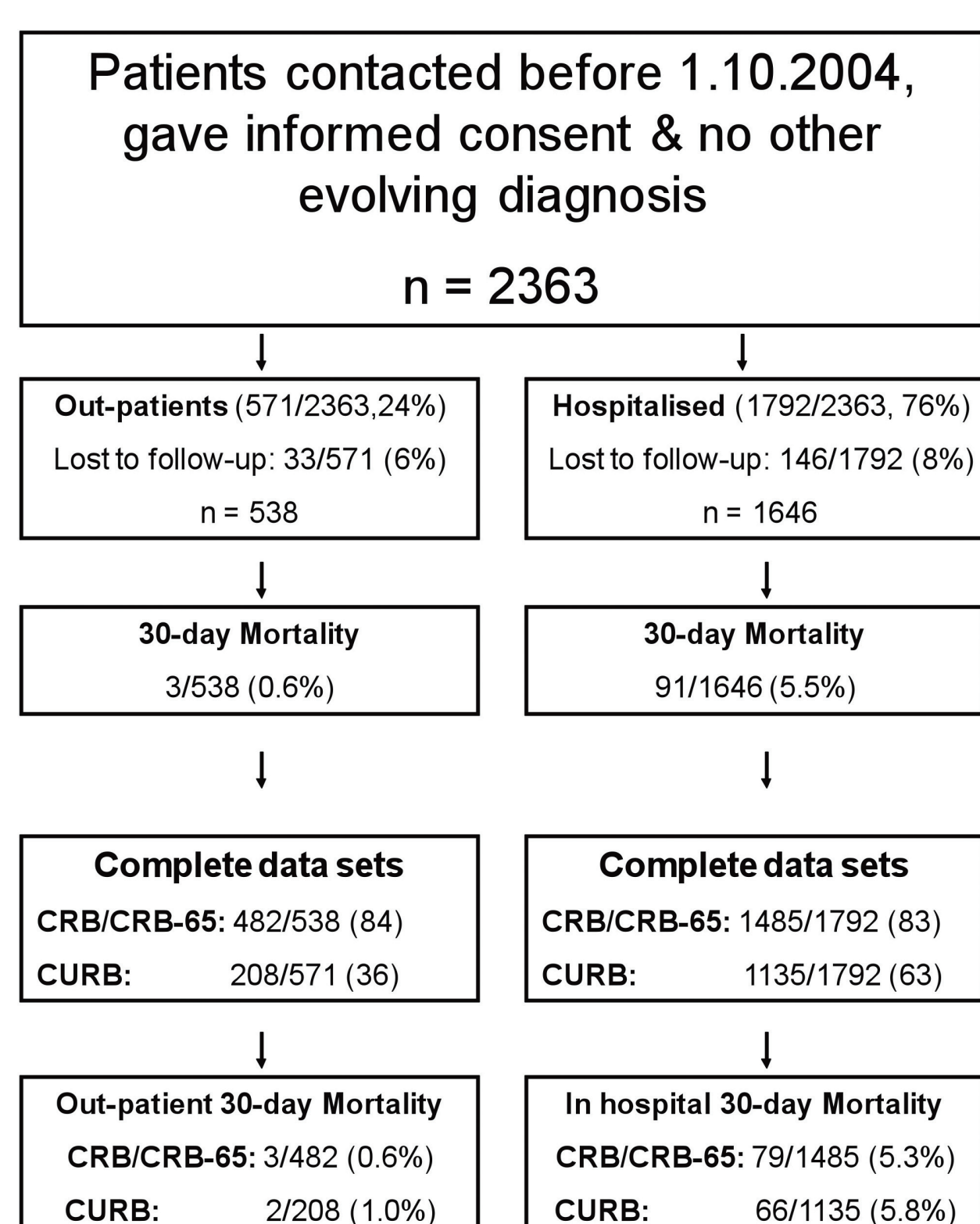


Abb. 1 Studienpopulation und Auswahlkriterien.

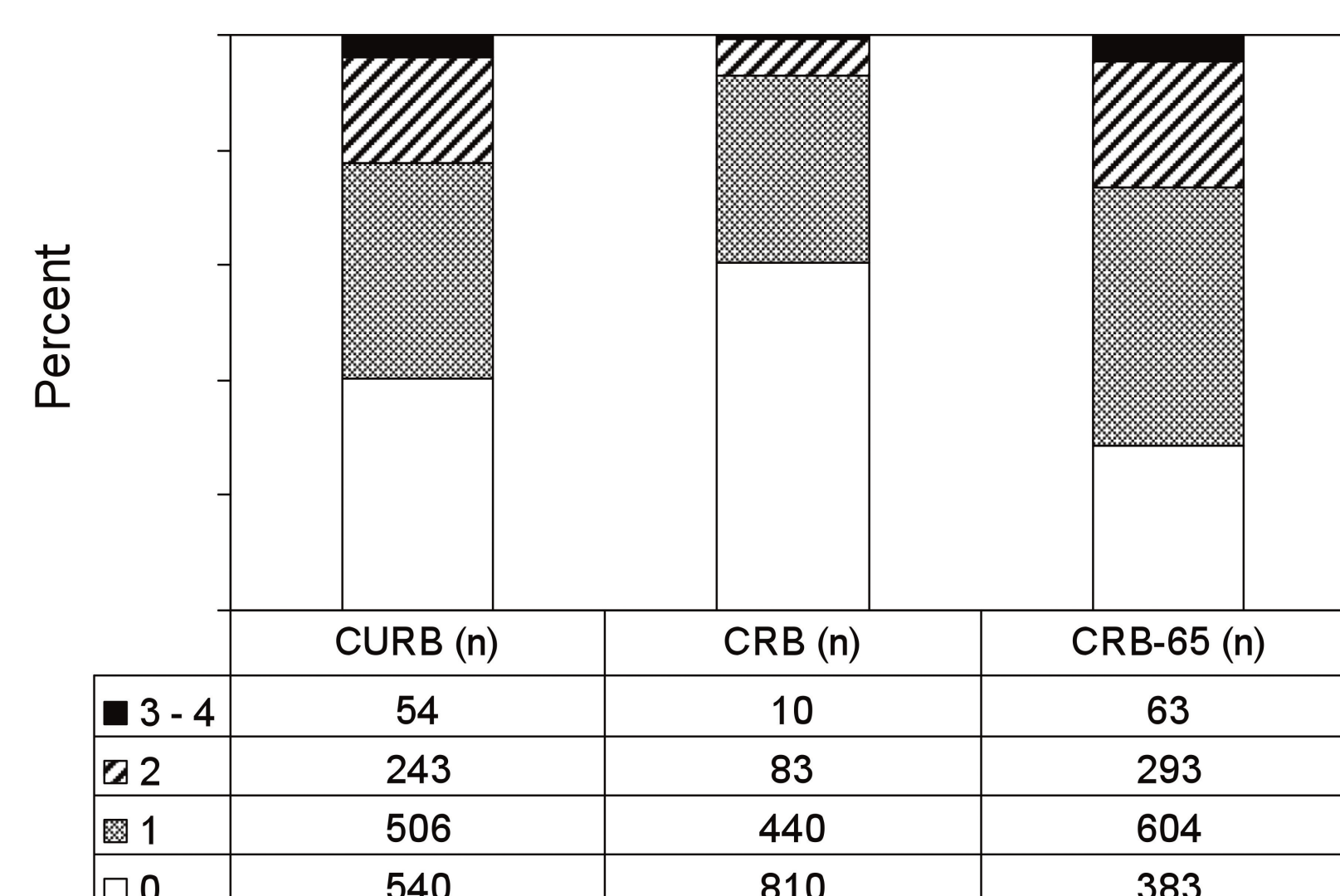


Abb. 2 Prozentualer Anteil aller Patienten mit den CURB-, CRB-, und CRB-65- Risikoklassen 1, 2, und 3-4. Jede Säule entspricht 100%

Ergebnisse:

Insgesamt betrug die 30-Tage Mortalität 4.3% (0.6% bei ambulanten Patienten und 5.5% bei stationären Patienten, $p < 0.0001$). Mittels receiver-operator-characteristics (ROC) Kurven wurde ge-

zeigt, dass CURB, CRB und CRB-65 Scores vergleichbar hinsichtlich des individuellen Mortalitätsrisikos bei CAP sind. Allerdings klassifizierte der CRB-Score 26 % der Todesfälle bei stationären Patienten als Patienten mit geringem

Risiko falsch. Die Vollständigkeit der Daten für den CRB-65 Score (90%) war weitaus höher als die für den CURB (65%), bedingt durch fehlende Werte für die Harnstoffkonzentration im Serum ($p < 0.001$).

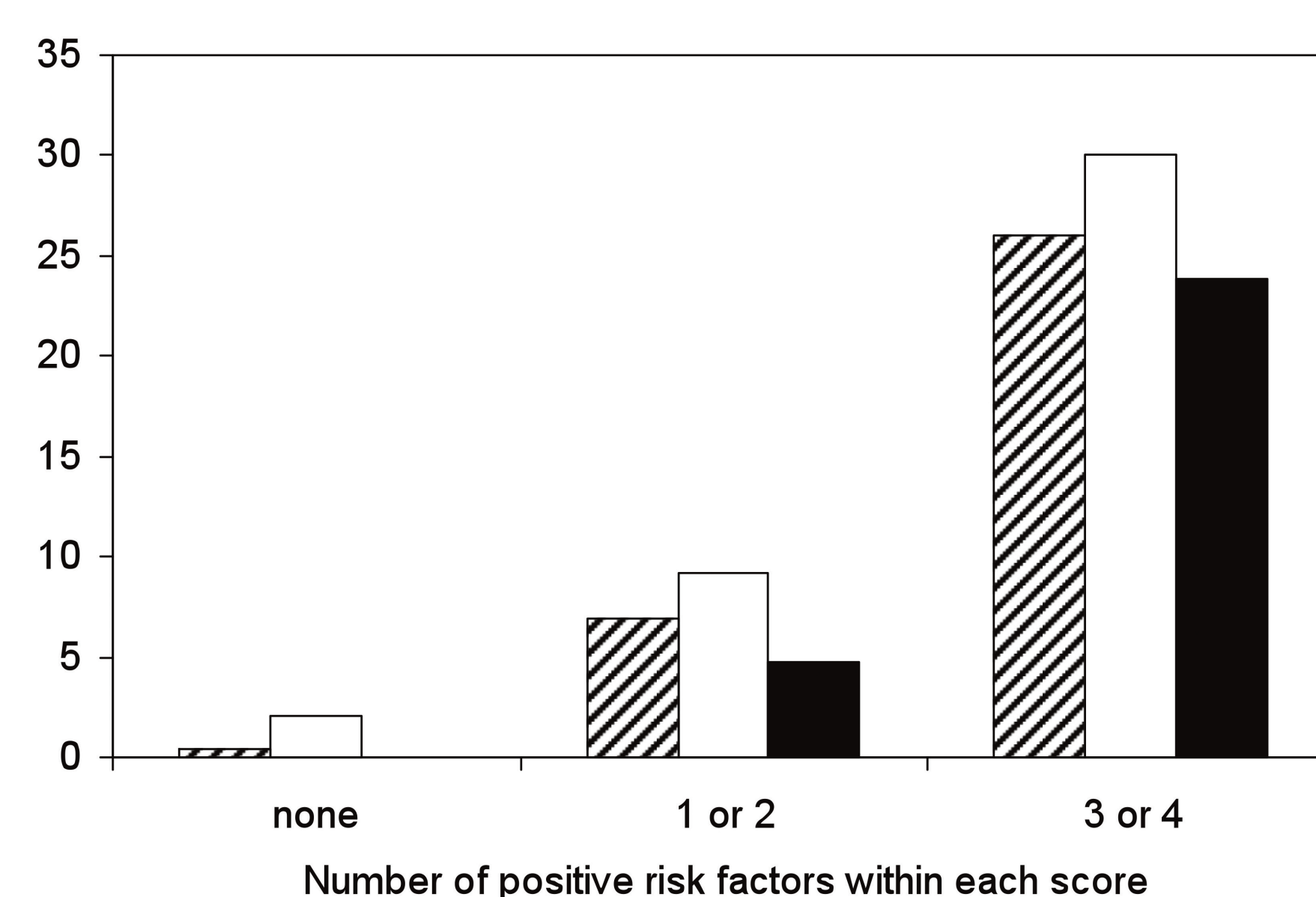


Abb. 3 Prozentualer Anteil der verstorbenen Patienten für die einzelnen CURB-, CRB-, und CRB-65-Risikoklassen

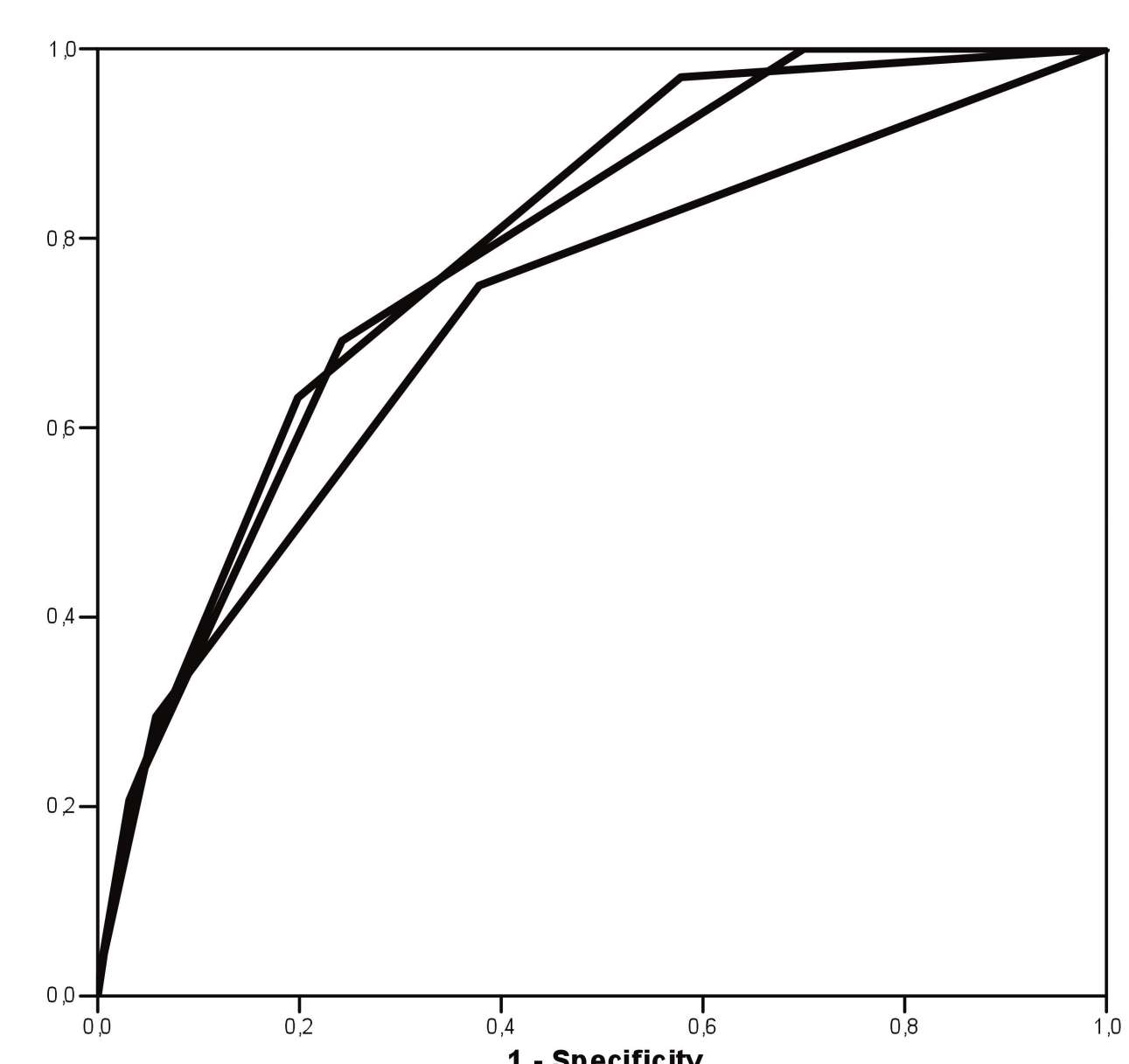


Abb. 4 Vergleichende receiver-operator characteristics (ROC) Kurven-Analyse zur individuellen Mortalitätsvorhersage (n = 54/1343). ROC Kurven für CURB, CRB, und CRB-65 wurden bestimmt.

Fazit:

Sowohl der CURB als auch der CRB-65 Score können zur Beurteilung des Schweregrades der Pneumonie und des Sterberisikos bei stationären und ambulanten Pa-

tienten angewendet werden. Da der CRB-65 einfacher zu handhaben ist, sollte er bei nicht verfügbarem Harnstoffwert angewendet werden.

1 HELIOS Clinic Emil v. Behring, Respiratory Diseases Clinic Heckeshorn;
2 Augusta-Krankenanstalt, Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Infektiologie;
3 Department of Medical Microbiology and Hygiene, University of Ulm;

4 Department of Internal Medicine/Infectious Diseases, Charité, Humboldt-University – Medicine;
5 Department of Pneumology, Hannover Medical School, Hannover, Germany 6. CAPNETZ investigators.