Schwere Diarrhö unter Antibiotikatherapie

Testen Sie auf Clostridium difficile!

Entwickelt ein Patient in Zusammenhang mit einer Antibiotikatherapie starke Diarrhöen, sollten Sie eine Clostridium-difficile-Diagnostik veranlassen. Aufgrund seiner Resistenzeigenschaften kann sich das Bakterium, sonst ein harmloser Kommensale, in der veränderten Darmflora stärker ausbreiten und vermehrt Toxin produzieren. Dadurch kann es zu lebensbedrohlichen Komplikationen kommen.

— Das klinische Spektrum der Clostridium-(C.-)difficile-assoziierten Erkrankungen ist breit. Es reicht von einer leichten Diarrhö ohne entzündliche Schädigung der Darmschleimhaut über eine Kolitis mit fakultativer Bildung der charakteristischen Pseudomembranen bis hin zu einer fulminanten Kolitis. Typischerweise manifestiert sich die Erkrankung als akute wässrige Diarrhö mit krampfartigen Unterbauchschmerzen, erhöhter Temperatur, einer Leukozytose und Leukozyten im Stuhl, so Prof. Thomas Schneider, Berlin.

Die abdominalen Beschwerden treten meist fünf bis zehn Tage nach Beginn der Antibiotikatherapie auf, selten bereits am zweiten Tag oder erst Monate danach. Die Durchfälle sind breiig bis wässrig, gelegentlich auch blutig. Als Folge können sich Dehydratation, Elektrolytentgleisung oder Hypoproteinämie entwickeln. Mögliche lebensbedrohliche Komplikationen sind das toxische Megakolon und die Darmperforation mit nachfolgender Sepsis.

Foto: Martin/Science Photo Library/Agentur Focus

Durch Clostridium difficile verursachte pseudomembranöse Kolitis.

Toxinnachweis im Stuhl

Besondere Risikofaktoren für eine C.-difficile-assoziierte Erkrankung sind höheres Alter, schwere Grunderkrankung und vor allem eine vorangegangene Antibiotikatherapie. Bei Verdacht auf eine C.-difficile-assoziierte Erkrankung ist eine mikrobiologische Diagnostik unverzichtbar. Sie beruht im Allgemeinen auf dem Nachweis der Bakterientoxine aus einer Stuhlprobe. Der kulturelle Nachweis des Erregers allein reicht

nicht, da es auch toxinfreie Stämme gibt. Bei schweren Verlaufsformen empfiehlt sich auch eine Endoskopie. Der Nachweis der typischen Pseudomembranen beweist die Diagnose.

In den letzten Jahren sind vor allem in Nordamerika Ausbrüche eines neuen hochvirulenten Stamms von C. difficile beschrieben worden, die mit einer hohen Mortalität einhergehen. „Für Deutschland liegen bisher keine Hinweise auf eine Einschleppung dieses Keims vor“, sagte Schneider.

Antibiotika absetzen

Die wichtigste Maßnahme nach Diagnosestellung einer C.-difficile-assoziierten Erkrankung ist das Absetzen der Antibiotika, soweit dies möglich ist. Darüber hinaus empfiehlt sich eine parenterale Wasser- und Elektrolytgabe. Motilitätshemmer wie Loperamid sind kontraindiziert.

Asymptomatische Keimträger oder Erkrankte mit milder Symptomatik bedürfen keiner spezifischen Therapie. Indikationen für eine antibiotische Therapie sind das Vorliegen einer Kolitis, Fieber, Leukozytose, schwere Diarrhöen, persistierende Diarrhöen nach Absetzen des Antibiotikums oder die Notwendigkeit einer fortgesetzten Antibiotikatherapie.

„Bezüglich der Elimination der Clostridien aus dem Stuhl sind Metronidazol und Vancomycin gleich wirksam“, so Schneider. Doch um die Verbreitung vancomycinresistenter Enterokokken nicht zu begünstigen und auch aus Kostengründen, empfiehlt sich primär Metronidazol. Bei Ansprechen komme es meistens zur raschen Entfieberung und zum Sistieren der Diarrhöen nach vier bis fünf Tagen. Ist eine orale Therapie nicht möglich, kann Metronidazol auch i.v. appliziert werden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Häufig Rezidive

Metronidazol auch beim zweiten Mal erste Wahl

Bei 20% der mit Metronidazol oder Vancomycin behandelten Patienten tritt innerhalb von 3–21 Tagen ein Rezidiv auf. Bei jedem Zweiten wird das Rezidiv durch einen anderen Bakterienstamm verursacht. Risikofaktoren für ein Rezidiv sind erneute Antibiotikaexposition, Alter über 65, schwere Grunderkrankung, Hypoalbuminämie und längere Krankenhausaufenthalte.

Da die Therapie des ersten Rezidivs die gleichen Erfolgsaussichten besitzt wie

die Therapie der Erstmanifestation, sollte erneut mit Metronidazol behandelt werden, so Schneider. Beim zweiten Rezidiv empfehle sich jedoch eine Vancomycintherapie über sieben Wochen. Durch das Probiotikum Saccharomyces boulardii lässt sich das Risiko weiterer Rezidive senken.

Kommt es im weiteren Verlauf zu einer Darmperforation, Peritonitis oder einem toxischen Megakolon, ist ein operatives Vorgehen unumgänglich.

■ Quelle: 62. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, 12. September 2007 in Bochum