Akute Gastroenteritis

Wann Antibiotika wirklich nötig sind

Die vier wichtigsten Fragen bei Patienten mit akuter Gastroenteritis lauten: Finden sich Blut oder Schleim im Stuhl? Hat sich der Allgemeinzustand des Patienten verschlechtert? Muss er stationär eingewiesen werden? Sind Antibiotika erforderlich? Wenn die beiden ersten Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, müssen auch die beiden anderen Fragen bejaht werden.

— Akute Gastroenteritiden gehen in etwa 80% der Fälle mit einer Diarrhö einher. Auch Erbrechen kann hinzukommen. Ärztlich behandelt wird etwa jeder vierte Patient, weniger als 1–3% werden hospitalisiert. Allerdings hat sich die Zahl der Krankenhausaufenthalte wegen Gastroenteritiden in Deutschland in den letzten zehn Jahren verdoppelt, erklärte Dr. Clemens Roll, Stuttgart.

Erregerdiagnostik bei Risikopatienten

Eine routinemäßige Erregerdiagnostik bei allen Patienten mit Diarrhö ist nicht nötig. Sie sollte jedoch erfolgen bei Patienten mit relevanten Komorbiditäten, Immunsuppression, einem schweren Krankheitsbild, blutiger bzw. nosokomialer Diarrhö sowie bei Patienten, die in Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten oder innerhalb der letzten drei Monate mit Antibiotika behandelt wurden. Handelt es sich um eine ambulant erworbene Gastroenteritis, sollte eine Stuhlprobe vor Beginn einer eventuellen antibiotischen Therapie gewonnen werden und auf *Campylobacter*, *Salmonellen*, *Shigellen* und *Noroviren* untersucht werden. *Clostridium difficile* und *E. coli* gehören nicht zur Standarduntersuchung.

Eine empirische Antibiotikatherapie braucht man in den meisten Fällen nicht. Sinnvoll ist sie jedoch bei Immunsuppression, bei Zeichen einer systemischen Infektion (Fieber $\geq 38,5^\circ\text{C}$) und bei blutiger Diarrhö. Eingesetzt werden sollten Azithromycin (500 mg peroral pro Tag für 3 Tage) oder Ciprofloxacin (1 g pro Tag peroral oder 800 mg intravenös für 3–5 Tage) oder Ceftriaxon (2 g täglich intravenös für 3–5 Tage).

Welches Antibiotikum für welchen Keim?

Eine bestätigte *Salmonellen*-Infektion muss nicht antibiotisch behandelt werden, wenn kein Hinweis auf eine systemische Infektion besteht. Ansonsten gilt Ciprofloxacin für 5–7 Tage als Medikament erster Wahl; alternativ kann Ceftriaxon in der genannten Dosierung eingesetzt werden. Auch eine bestätigte *Campylobacter*-Infektion bedarf keiner Therapie, wenn bis zum Erhalt des Kulturergebnisses bereits Besserung eingetreten ist. Ansonsten kommt als Mittel der Wahl Azithromycin (500 mg pro Tag über 3 Tage), alternativ Ciprofloxacin (1 g täglich peroral für 3 Tage) zum Einsatz.

Shigellen-Infektionen sollten immer antibiotisch behandelt werden, weil sie hoch-infektiös sind, gelegentlich einen schweren Verlauf nehmen und weil die antibiotische Therapie die Krankheitsdauer um zwei Tage verkürzt. Zur Wahl steht primär Azithromycin (500 mg pro Tag für 3 Tage), alternativ Ciprofloxacin (1 g pro Tag peroral oder 800 mg intravenös für 5–7 Tage), oder Ceftriaxon (2 g pro Tag intravenös für 3–5 Tage). Man muss aber wissen, dass bei homosexuellen HIV-positiven Patienten in Deutschland zwei Drittel der Shigellenstämme resistent gegen Ciprofloxacin sind.

Clostridium difficile im Kommen

Zunehmende Bedeutung gewinnt in Deutschland *Clostridium difficile*. Gastroenteritiden mit diesem Keim werden begünstigt durch eine vorausgehende Antibiotikatherapie, die das Mikrobiom des Darms schädigt. Schwere Infektio-

Diarrhö: Mehr als drei breiig-wässrige Stühle pro Tag.

nen verlaufen in bis zu 30% der Fälle tödlich. Mit einem schweren Verlauf muss gerechnet werden, wenn mehr als zwei Risikofaktoren vorliegen: Fieber $> 38,5^\circ\text{C}$, Leukozytose $> 15.000 \times 10^9/\text{L}$, Linksverschiebung $> 20\%$ stabkernige Granulozyten, Hypalbuminämie $< 30 \text{ g/L}$, Kreatininanstieg $> 50\%$ des Ausgangswerts, Laktaterhöhung $\geq 5 \text{ mmol/L}$, Alter > 65 Jahre und signifikante Komorbidität.

Besteht kein Risiko für einen schweren Verlauf, ist nach wie vor Metronidazol (3 x 400–500 mg/Tag oral) gut wirksam. Bei schwerer Krankheit oder Vorliegen von Risikofaktoren wird Vancomycin (4 x 125–250 mg/Tag peroral) gegeben. Die Therapie dauert 10–14 Tage. Eine Alternative ist Fidaxomicin (2 x 200 mg über 10 Tage). Bei therapieresistenter Clostridien-Infektion kann eine Stuhltransplantation zur Remission führen.

Dr. med. Angelika Bischoff

■ 51. Ärztekongress, Stuttgart 2016