

Infektionen mit *Clostridium difficile*

Wie ein unauffälliger Darmbewohner zum Problemkeim wird

Neben allergischen Reaktionen sind Diarrhöen eine häufige Komplikation einer Antibiotikatherapie. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um eine passagere harmlose Störung. Doch bei einigen Patienten entwickelt sich eine schwere *Clostridium-difficile*-Infektion, die typischerweise mit einer pseudomembranösen Kolitis einhergeht.



© Phanie/your photo today

Mittlerweile auch in der Hausarztpraxis angekommen: *Clostridium difficile* als Erreger der pseudomembranösen Kolitis.

— *Clostridium difficile* ist ein in der Umwelt ubiquitär vorkommendes anaerobes Bakterium, das sowohl Sporen als auch Toxine bildet. Bis vor einigen Jahren gehörte diese Spezies vorrangig zu den krankenhaushygienischen Problemkeimen. Doch in den letzten Jahren sind *Clostridium-difficile*-Infektionen auch in der Hausarztpraxis bei ambulant behandelten Patienten angekommen.

Zu den besonders gefährdeten Risikogruppen gehören neben Heimbewohnern ambulante Patienten mit chronischen und/oder immunsupprimierenden Komorbiditäten. Aber auch bei Tropenheimkehrern und bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sollte bei entsprechender

Symptomatik an das Vorliegen einer Infektion mit *Clostridium difficile* gedacht werden.

Virulenter Stamm im Vormarsch

Clostridium difficile dürfte für etwa ein Fünftel aller Episoden einer antibiotikaassoziierten Diarrhö verantwortlich sein, wobei die Inzidenz ca. 1,5 Fälle pro 100 antibiotisch behandelten Patienten beträgt. Bei der Mehrzahl der Betroffenen entwickelt sich eine pseudomembranöse Kolitis, d. h. bei der endoskopischen Dickdarmuntersuchung finden sich typischerweise weißlich-gelbliche, festhaftende Beläge.

Seit einigen Jahren wird auch in Deutschland in zunehmendem Maße ein neuer epidemischer Stamm beobachtet, der besonders virulent erscheint. Er zeichnet sich durch eine stärkere Toxinproduktion und eine Antibiotikaresistenz gegen Makrolide und Fluorochinolone aus und ist deshalb mit einer dreifach erhöhten Mortalität assoziiert.

Metronidazol ist erste Wahl

Die meisten Fälle einer antibiotikaassoziierten Diarrhö durch *Clostridium difficile* klingen nach Absetzen des Antibiotikums ab. Nur bei persistierender Diarrhö oder bei Zeichen einer pseudomembranösen Kolitis ist eine antibiotische Therapie indiziert. Bei unkomplizierten Fällen ist orales Metronidazol erste Wahl, wobei die Ansprechrate bei ca. 90% liegt. Das wesentlich teurere Vancomycin zeigte in entsprechenden Untersuchungen keine höhere Erfolgsrate.

Was tun bei Rezidiven?

Typisch für die *Clostridium-difficile*-Infektion ist die hohe Rezidivrate von 15–30%. Verantwortlich dafür ist die Sporenbildung und weniger eine Antibiotikaresistenz. Mehrfache Rezidive sind keine Seltenheit. Bei Auftreten eines Rezidivs empfiehlt sich die Gabe von Vancomycin oral, wobei die zusätzliche Gabe von *Saccharomyces boulardii* den Krankheitsverlauf günstig beeinflusst. Auch rektale Einläufe mit Stuhlflora gesunder Patienten sollen wirksam sein.

Ein neues, vielversprechendes Therapiekonzept bei Patienten mit einer rezidivierenden *Clostridium-difficile*-Infektion ist das topisch wirksame Antibiotikum Rifaximin. Im Rahmen einer klinischen Studie wurden acht Patienten mit vier bis acht Rezidiven einer *Clostridium-difficile*-Infektion innerhalb eines Jahres nach einer kompletten Vancomycinterapie anschließend über zwei Wochen mit Rifaximin behandelt.

Sieben dieser Patienten blieben danach im Mittel für 233 Tage ohne Rezidiv, und auch die Stuhluntersuchungen blieben negativ. Nur eine Patientin entwickelte zehn Tage nach Beendigung der Rifaximintherapie ein erneutes Rezidiv. Sie sprach jedoch erfolgreich auf eine zweite Rifaximinbehandlung an und blieb anschließend für neun Monate rezidivfrei.

Die Zunahme der *Clostridium-difficile*-Infektionen stellt sicherlich eine zunehmende Herausforderung an ein präventiv orientiertes Hygienemanagement dar. Dazu gehört auch eine restriktive Handhabung der Antibiotikaverordnungen, was zur Prävention wohl am effektivsten sein dürfte.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■