

## Antibiotikum gegen Reisediarrhö

# Bakterientod nur im Darm

Für die Behandlung der Reisediarrhö steht mit Rifaximin (Xifaxan®) das bisher einzige darmselektive Antibiotikum zur Verfügung. Fragen zum Einsatz des Breitbandantibiotikums im Praxisalltag beantworten der Internist und Gastroenterologe Prof. Dr. med. Dr. Manfred Gross, Klinik Dr. Müller, München, und der Pharmakologe Prof. Dr. med. Karl-Uwe Petersen, RWTH Aachen.

**MMW:** Soll man bei einer Reisediarrhö überhaupt antibiotisch behandeln? Reicht hier nicht ein motilitätshemmendes Medikament?

**Groß:** Eine motilitätshemmende Therapie (z. B. Loperamid) ist allenfalls als symptomatische Komedikation zu empfehlen, um den Patienten transportfähig zu machen. Die Gefahr, das Keimwachstum weiter zu fördern, ist zu beachten. Nur ein Antibiotikum ist eine kausale Therapie, die eine schnelle Besserung bewirkt und ein postinfektiöses Reizdarmsyndrom verhindert.

**MMW:** Einige Patienten haben Schleimhautläsionen, z. B. bei entzündlichen Darmerkrankungen. Kann es hier nicht zu einer unerwünschten Resorption kommen?

**Petersen:** Das würde man in der Tat erwarten, und das ist ja auch für andere antibakterielle Substanzen wie Neomycin bekannt. Aus den pharmakokinetischen Studien weiß man jedoch, dass sich die systemische Resorption auch bei Patienten mit M. Crohn und Colitis ulcerosa nicht erhöht.

### Nicht bei invasiver Infektion

**MMW:** In der täglichen Praxis ist es oft schwierig zu unterscheiden, ob bei einer bakteriellen Darminfektion die Keime invasiv sind oder nicht. Bei einer invasiven Keimbesiedelung ist Rifaximin ja nicht indiziert.

**Groß:** Hinweise darauf, ob eine bakterielle Besiedelung des Darmlumens oder eine invasive Infektion der Darmwand vorliegt, ergeben sich aus den Symptomen wie Fieber und/oder blutigen Stühlen. Die

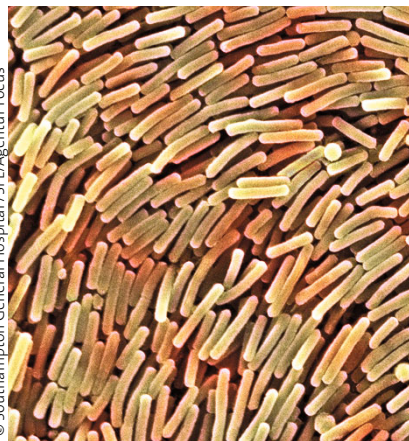
primäre Gabe eines systemisch wirkenden Antibiotikums ist wegen der möglichen Nebenwirkungen und der Gefahr der Resistenzbildung bei den meisten infektiösen Gastroenteritiden nicht sinnvoll.

**MMW:** Wann ist die Gabe eines darmselektiven Antibiotikums bei der Divertikulose/Divertikulitis indiziert? Wo ist die Abgrenzung, was ist noch lokal, was systemisch?

**Groß:** Die Abgrenzung ergibt sich aus dem klinischen Bild (Fieber, blutige Stühle) und den Entzündungswerten. Über den Einsatz von Rifaximin bei der unkomplizierten symptomatischen Divertikulose gibt es zahlreiche sehr gute randomisierte Studien. Auch der Einsatz nach einer abgeheilten Divertikulitis zur Rezidivprophylaxe hat sich therapeutisch bewährt.

**MMW:** Wie sieht das Keimspektrum von Rifaximin aus?

**Petersen:** Das bakterizide Wirkspektrum lässt sich am ehesten mit dem von Rifam-



Das bakterizide Wirkspektrum von Rifaximin schließt auch Clostridium difficile ein.

### Nachgefragt



bei Prof. Dr. Dr. M. Gross

Internist, Gastroenterologe, Klinik Dr. Müller, München

### Nachgefragt



bei Prof. Dr. med. K.-U. Petersen

Pharmakologe, RWTH Aachen

picin vergleichen. Es umfasst eine Vielzahl grampositiver und gramnegativer Aerobier und Anaerobier, inklusive Clostridium difficile. Mit Rifaximin erreicht man im Schnitt Stuhlkonzentrationen von ca. 8000 µg/ml. Das liegt etwa eine Zehnerpotenz höher als die minimale Hemmkonzentration der betreffenden Keime.

### Keine (stabilen) Resistenzen

**MMW:** Rifaximin wird zwar nur sehr gering (< 0,4%) resorbiert, aber es hat ja Kontakt mit der Darmflora. Kann es da nicht, insbesondere bei längerer Therapie, zu einer Resistenzentwicklung kommen?

**Petersen:** Rifaximinresistente Keime können natürlich entstehen, die Resistenz ist aber nicht stabil, wie Studien zeigen. Da der Wirkstoff seit vielen Jahren auf dem Markt ist und sehr verbreitet angewendet wurde, wären gehäufte Resistenzen bereits aufgefallen. Dies ist aber bisher nicht der Fall.

**MMW:** Schädigt man durch die Anwendung von Rifaximin nicht die natürliche Darmflora?

**Petersen:** Nach einer Antibiose mit Rifaximin reduziert sich naturgemäß auch die normale Darmflora stark. Nach Ende der Behandlung wird diese jedoch innerhalb kurzer Zeit wieder aufgebaut und normalisiert sich. Probiotika erleichtern die Wiederbesiedelung, sind aber nicht zwingend erforderlich.