



# Gastroenteritis

<a href="#">Wichtig</a> .....	<a href="#">1</a>
<a href="#">Diagnostik</a> .....	<a href="#">1</a>
<a href="#">Empirische Therapie</a> .....	<a href="#">1</a>
<a href="#">Spezifische Therapie</a> .....	<a href="#">1</a>
<a href="#">Info/Quellen</a> .....	<a href="#">2</a>

## Wichtig

### Resistenzen

- Campylobacter 55% Fluoroquinolon-Resistenzen (www.anresis.ch)
- Shigellen 25% Fluoroquinolon-Resistenzen (www.anresis.ch)

### Hygienemassnahmen

- [Standardmassnahmen](#) bzw. [Kontaktisolation](#) (Kinder<6, Inkontinenz, Nichtkooperation)
- Campylobacter und Salmonellen werden noch wochenlang im Stuhl ausgeschieden

Bei Häufungen Meldung [Kantonsarzt](#)

## Diagnostik

### Anamnese:

- Dauer, Fieber, blutig
- Lebensmittelintoxikation?
- Reise
- Vorherige AB-Therapie
- Tiere/Hobbies
- Immunsuppression

### Labor

- Fieber/blutiger Durchfall/Immunsuppression: Stuhlkulturen (1x Nativ-Stuhl) in 2-5% positiv
- Reiseanamnese/MSM/längere Anamnese: Parasiten (3x Nativ-Stuhl)
- Antibiotika-assoziierte Diarrhoe: Clostridien-difficile Toxin
- evt. Amöben-Serologie

## Empirische Therapie

### akuter Brech-Durchfall/wässrige Diarrhö ohne Fieber mit/ohne Reiseanamnese

- symptomatische Behandlung (Hydrieren)

### blutiger oder febriler Durchfall mit/ohne Reiseanamnese

- Ciprofloxacin 500 mg alle 12 h für 3-5 d (falls Campylobacterverdacht hoch, dann eher Azithromycin, wegen Resistenzen)
- Alternative: Trimethoprim/Sulfamethoxazol forte alle 12 h

## Spezifische Therapie

### Clostridium difficile-Colitis

- Metronidazol 500 mg alle 8 h po 10-14 d (auch erstes Rezidiv nochmals mit Metronidazol)
- bei schwerer Colitis und zweitem Rezidiv: Vancomycin 125 mg alle 6 h po 10-14 d
- Alternativ: Fidaxomicin 200 mg alle 12 h po für 10 d, tiefere Rezidiv-Rate, CAVE: Preis
  - Preis: Metronidazol 14d = < 30.- CHF, Vancomycin 14d = ca. 520.- CHF, Fidaxomicin 10d = >2100.- CHF)

### Salmonella enterica (ohne Typhus)

- selbst-limitierende Erkrankung--> symptomatische Behandlung
- Ind für AB: Immunsuppression, schwer krank, Neugeborene, Alter (>50Jahren und cv-Risiko)
- Ciprofloxacin 500 mg alle 12 h, alternative: Trimethoprim/Sulfamethoxazol 160 mg/800 mg alle 12 h
- Dauer 5-7 d, bei Immunsupprimierten 14 d

### Shigellen

- selbst-limitierende Erkrankung jedoch Behandlung zur Prävention weiterer Ansteckungen da geringes Inokulum notwendig
- Ciprofloxacin 500 mg alle 12 h p.o. 3d; Alternativ: Azithromycin 500 mg 24h für 3 d

### Campylobacter

- selbst-limitierende Erkrankung
- Ind für AB: Immunsuppression, SS, Aeltere, schwere Krankheit (blutiger Durchfall, hohes Fieber, Symptome > eine Woche, extraintestinale Manifestationen),
- Azithromycin 500 mg alle 24 h p.o. 3d

### Gardia Lamblia

- Metronidazol 250 mg alle 8 h für 5 d
- für Schwangere Paromomycin 30 mg/kg/d für 5-10 d, wird nicht resorbiert, sollte aber die Giardia im Darm ebenfalls eliminieren.

### Amöben

- Metronidazol 750 mg alle 8 h für 5-10 d
- gefolgt von einem luminalen Agent: Paromomycin 30 mg/kg/d in 3 Dosen, Dauer 5-10 d

**EHEC --> Siehe [Guideline EHEC](#)**

## Info/Quellen

[Cohen 2010 Infection Control and Hospital Epidemiol](#) Clostridium *difficile* Colitis IDSA-Guidelines

[Prince 2010 family medecine](#) Shigellen

[Ternhag 2007 CID](#) Metaanalyse Campylobacter

[Louie 2011 NEJM](#) Fidaxomicin versus Vancomycin bei *C. diff* Colitis

The Sanford Guide 2013

Verantwortlicher Autor:	Dr. med. Katia Boggian
Erstellt am:	15.07.2010
Letzte Änderung:	03.05.2018
Publizierte Version:	5.1.0
Gültig für:	KSSG / <b>Infektiologie</b> (validiert am <b>02.02.2016</b> durch <b>Pietro Vernazza</b> )