

CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

Mai/Juni 2002 – 23. Jahrg.

Übersicht

Antibiotika-assoziierte Diarrhö

„Eine 53-jährige Patientin klagt über wässrigen Durchfall und krampfartige Bauchschmerzen. Sie wird wegen einer eitrigen Bronchitis seit sieben Tagen mit Cefixim (CEPHORAL u. a.) behandelt. Was ist in dieser Situation zu tun, wie soll die Patientin behandelt werden?“

Diese Kasuistik wurde einem aktuellen Übersichtsartikel zur Antibiotika-assoziierten Diarrhö im „New England Journal of Medicine“ vorangestellt, in dem die vielfältigen Aspekte dieser bedeutsamen Komplikation einer Antibiotikatherapie beleuchtet wurden, und in dem versucht wurde, auf die angesprochenen Fragen eine umfassende Antwort zu geben.¹

Bekannterweise können praktisch alle antibiotisch wirksamen Substanzen eine Diarrhö verursachen, doch bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit dieser unerwünschten Wirkung. Obwohl exakte Zahlenangaben nur schwer zu ermitteln sind, belegt die klinische Erfahrung die folgenden Verhältnisse: unter oraler antibiotischer Therapie tritt die Antibiotika-assoziierte Diarrhö relativ häufig nach Gabe von Cefixim (15-20%), Coamoxiclav (AUGMENTAN; 10-25%), Ampicillin plus Sulbactam (UNACID; 10-20%) oder Ampicillin (BINOTAL u. a.; 5-10%) auf. Auch eine Therapie mit Clindamycin (SOBELIN) verursacht häufig Diarrhöen. Eher selten ist diese unerwünschte Wirkung während der Behandlung mit Chinolonen, Makroliden oder Tetracyklinen (2 bis 5%). Bei den parenteral zu verabreichenden Antibiotika ergibt sich eine ähnliche Einteilung. Selbst die Kurzzeitprophylaxe vor operativen Eingriffen mit parenteraler Antibiotikagabe kann zu Diarrhöen und sogar schwerer Kolitis führen.

Symptomatik

Die Symptomatik einer Antibiotika-assoziierten Diarrhö ist sehr variabel und reicht von einer harmlosen, unangenehmen Begleiterscheinung bis zur schweren Kolitis. Clostridium difficile ist nur in 10 bis 20% der Diarrhöen der ätiologische Keim, wird

aber bei der Mehrzahl der Kolitiden als Ursache nachgewiesen. Die diagnostische Aufgabe besteht darin, C. difficile als Ursache eindeutig zu identifizieren, da die durch diesen Erreger verursachten Diarrhöen einerseits besonders gravierend verlaufen, andererseits aber auch behandelbar sind. Unspezifische Hinweise auf Infektionen durch C. difficile bestehen in einer Leukozytose, Hypoalbuminämie aufgrund des Proteinverlusts durch die Enteropathie sowie von Leukozyten im Stuhl. Pseudomembranen im Kolon sind praktisch beweisend für C. difficile; die optimale Diagnose besteht jedoch im Nachweis der Toxine von C. difficile durch ELISA-

Assays. Obwohl der Toxinnachweis mit Hilfe von Gewebekulturen empfindlicher ist, werden aus Gründen der Praktikabilität die ELISA-Tests vorzugsweise angewandt. Mit falsch-negativen Ergebnissen muss aber in 10 bis 20% gerechnet werden. Die kommerziell erhältlichen Tests weisen entweder nur das Toxin A oder beide Toxine (A und B) nach. Diese Tests sind von Vorteil, denn 1 bis 2% der Fälle werden durch C. difficile-Stämme verursacht, die nur das Toxin B produzieren. Durch die Untersuchung von mehr als einer Stuhlprobe erhöht sich die diagnostische Sicherheit um 5 bis 10%, dieses Vorgehen verursacht aber auch höhere Kosten.

Inhalt

3/2002

Übersicht	Seite 17-18
– Antibiotika-assoziierte Diarrhö	
Antibiotikatherapie im ärztlichen Alltag (45)	Seite 19
– Chronische Prostatitis	
Neueinführungen	Seite 18-20
– Moxifloxacin i.v.	
– Tenofovir	
Resistenzen	Seite 20-22
– A-Streptokokken und Erythromycin	
– Rifampicin bei AIDS und Tb	
– Pneumokokken und Levofloxacin	
– Linezolid / Vancomycin und Enterokokken	
Hepatitis C	Seite 22-23
– Interferon α und Ribavirin auch bei Rezidiven?	
– Kombinationstherapie wirklich erfolgreich?	
Gramnegative Infektionserreger	Seite 23
– Risikofaktoren bei gramnegativer Bakteriämie	
– Imipenem-resistente Pseudomonas-Stämme	
Leserbrief	Seite 23
– Ofloxacin bei älteren Patienten	
Harnwegsinfektionen	Seite 23-24
– Akute Zystitis – immer Antibiotika?	
Antibiotikaprophylaxe	Seite 24
– Resistenzen in der Darmflora	

ZB
2926
ZB MED