

HEMOTHERAPIE

tionalen Infektionstherapie

Juli/August 2014 - 35. Jahrg.

Übersicht

Akute infektiöse Diarrhö

Eine Diarrhö bei mitteleuropäischer Ernährung wird definiert durch mehr als drei wässrig-ungeformte Stühle und ein Gesamtstuhlgewicht von über 250 g täglich, wobei in der Regel auch zusätzlich klinische Symptome bestehen. Hinsichtlich der zeitlichen Dauer einer Diarrhö werden die akuten (weniger als 14 Tage anhaltend) und persistierenden (14 bis 29 Tage) von den chronischen Diarrhöen (länger als 30 Tage) unterschieden. In den westlichen Industrieländern wird die Prävalenz der Diarrhö mit drei bis sieben Prozent angegeben, wobei eine Altersabhängigkeit existiert und im Kindesalter unter fünf Jahren mit acht Prozent gerechnet wird.^{1,2} In den USA wird von 179 Millionen Erkrankungen an akuter Diarrhö jährlich ausgegangen. Mehr als ein Drittel der Patienten erwerben die Infektion durch kontaminierte Nahrungsmittel, wobei Noroviren am häufigsten nachgewiesen werden. Auch Infektionen durch Salmonellen oder Listerien werden bei Verzehr von kontaminiertem Hühnerfleisch vermehrt beobachtet.

Klinische Beurteilung

Die Mehrzahl der Patienten mit einer akuten infektiösen Diarrhö sucht keinen Arzt auf. Bei schwereren Erkrankungen mit kolitischen (dysenterischen) Symptomen, wie Blut- und/oder Schleimbeimengungen und häufigen Entleerungen von Kleinstuhlmengen sowie Fieber, muss anamnestisch nach einer möglichen Exposition im Krankenhaus oder Pflegeheim sowie nach einer vorangegangenen Einnahme von Antibiotika gefragt werden. Auch die Reiseanamnese, eine durchgeführte antineoplastische Chemotherapie, die Einnahme von Protonenpumpenhemmern, unsichere Sexualpraktiken, berufliche Tätigkeit in einem Kindergarten sowie die Existenz einer immunsupprimierenden Erkrankung sind von Bedeutung. Wenn Erbrechen das dominierende klinische Symptom ist, kommen am ehesten eine virale Gastroenteritis

Inhalt

4/2014

Übersicht

– Akute infektiöse Diarrhö Seite 31-33

Wichtige Erreger in Klinik und Praxis (63)

– Aspergillus Spezies (Teil 2) Seite 33

Neueinführung

– Dolutegravir Seite 33-36

Mykosen

– Septischer Schock durch Candida Seite 36
– Caspofungin-Prophylaxe bei Intensivpatienten? Seite 37

Intensivmedizin

– Enterobacter-Sepsis: Cefepim oder Carbapenem? Seite 37
– Amikacin-Dosierung optimieren Seite 37-38

Resistenz

– Selektive Darm-Dekontamination – mehr Resistenz? Seite 38
– Multiresistente Erreger in Deutschland Seite 38-39
– Übertragbare Vancomycin-Resistenz bei Staphylokokken Seite 39

Leserbrief

– Therapie von Gonokokken-Infektionen Seite 39-40

Nebenwirkungen

– Pankreatitis nach Tigecyclintherapie Seite 40

oder eine Nahrungsmittelvergiftung mit Toxinen ätiologisch in Frage. In einer Ausbruchssituation kann die Inkubationsdauer Hinweise geben auf eine mehr virale Ätiologie (Inkubation häufig länger als 24 bis 48 Stunden) im Vergleich zu einer Nahrungsmittelvergiftung mit ersten Symptomen innerhalb von zwei bis sieben Stunden. Bei heftigen abdominalen Schmerzen bei älteren Patienten verbunden mit peritonealen Symptomen oder Ileus muss eine intensive klinische Diagnostik vorgenommen werden. Warnzeichen eines komplizierten Verlaufes sind systemische Toxizitätszeichen (Bewusstseinsveränderungen, Hypotension u. a.) sowie hohe Temperaturen über 38,5 °C und Entleerung eines stark blutigen Stuhls.

Ätiologie

Noroviren haben sich in den letzten Jahren zu den führenden Erregern der Gastroenteritis entwickelt und sind in den USA für 50% der akuten Diarrhöen verantwortlich, wobei diese Erkrankungen besonders häufig in geschlossenen sozialen Einrichtungen, wie Pflegeheimen, Wohnsiedlungen und Krankenhäusern, aber auch auf Kreuzfahrtschiffen auftreten. Weitere Erreger in der Häufigkeit ihres Nachweises sind Salmonellen, Campylobacterstämme, Shigellen, Shigatoxin-produzierende E. coli (O157: H7-Stamm), Vibrio cholerae und Yersinien. Andere Diarrhöen auslösende E. coli, wie besonders enteroinvasive und