

Diagnose	Häufige Erreger	Substanz 1. Wahl (Tagesdosis)	Alternative Substanzen (Tagesdosis)	Therapiedauer und Bemerkungen
----------	-----------------	-------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

**Abdomen**

<b>Akute Diarrhoe</b> Sekretorisch	Viren Enterotoxigene <i>E.coli</i> Enterotoxin- produzierende Bakterien <i>Giardia lamblia</i> <i>Vibrio cholerae</i>	Keine Antibiotika (ausser bei Nachweis von Lamblien oder <i>Vibrio cholerae</i> ) Hydrierung Evtl. Motilitätshemmer		In der Regel keine Antibiotika und keine Stuhluntersuchungen. Ausnahme: Stuhl- untersuchung bei Patienten, welche im Lebensmittelbereich arbeiten  Cholera: Bei suggestiver Anamnese suchen. Therapie: Azithromycin (500mg p.o. für 3 Tage) oder Doxycyclin 300mg (Einmaldosis)
<b>Akute Diarrhoe</b> Dysenterisch Blutig Febril	Campylobacter Salmonellen Yersinien <i>E.coli</i>	<b>Azithromycin</b> (500 mg 24-stündlich p.o. für 3 Tage)		Stuhluntersuchungen (Kultur resp. PCR, <i>C. difficile</i> Toxin) indiziert  Beginn mit empirischer Therapie nur bei febril/toxischen Patienten, Alter > 64 Jahre, Immunsuppression.  Für <i>C.difficile</i> respektive auch Verdacht auf <i>C.difficile</i> siehe "Pseudomembranöse Kolitis" auf der nächsten Zeile  CAVE: Keine Therapie bei EHEC
<b>Pseudo- membranöse Kolitis</b> resp. Verdacht auf	<i>C. difficile</i>	Ersterkrankung, Therapie der Wahl: <b>Vancomycin p.o.</b> (125 mg 6-stündlich für 10 Tage) Falls 125mg Kapseln vorübergehend nicht verfügbar: <b>Ersatz durch 250mg Kapseln</b> , 6-stündlich p.o.  Ersterkrankung, milde Episode, po Medikamenten-Gabe nicht möglich: <b>Metronidazol i.v.</b> (500 mg 8-stündlich für 10 Tage)  Erstes Rezidiv: <b>Fidaxomylin (Dificlir) p.o.</b> (200 mg 12-stündlich für 10 Tage) <i>Infektiologisches Konsilium empfohlen</i>  Zweites Rezidiv: <b>Fidaxomylin (Dificlir) p.o.</b> (200 mg 12-stündlich für 10 Tage) plus <b>Bezlotoxumab (Zinplava) i.v.</b> (10mg/kg KG, einmalig)  <i>Infektiologisches Konsilium hinsichtlich Indikation Stuhltransplantation</i>  Fulminante Episode / imminentes toxisches Megakolon: <b>Vancomycin p.o.</b> (500 mg 6-stündlich) & <b>Metronidazol i.v.</b> (500 mg 8-stündlich) <i>Chirurgisches und Infektiologisches Konsilium</i>	Auslösendes Antibiotikum nach Möglich- keit stoppen.  Rezidiv: erneute Erkrankung innerhalb von 4 Wochen nach Behandlung  Stuhltransplantation zu organisieren über z.B. <a href="#">Mikrobiom-Sprechstunde USZ</a>	
<b>Divertikulitis</b> konservative Behandlung	Enterobakteriaeen <i>Bacteroides fragilis</i> Enterokokken	Ambulant: <b>Amoxicillin- Clavulanat</b> (1g 8-stündlich p.o.)  Stationär: <b>Ceftriaxon</b> (2 g 24-stündlich i.v.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich p.o. / i.v.)	Schwere Penicillin-Allergie: <b>Ciprofloxacin</b> (500mg 12-stündlich p.o.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich p.o. / i.v.)	<i>Unkomplizierte Divertikulitis</i> Ohne Antibiotika möglich, sofern engma- schige klinische Kontrolle möglich, keine Schwangerschaft und keine Sepsiszei- chen.  Falls kein Erregernachweis während stationärer i.v. Therapie: Folgetherapie mit den genannten Alternativsubstanzen  Therapiedauer: 5 - maximal 7 Tage
<b>Divertikulitis</b> (Verdacht auf Perforation)	Enterobakteriaeen <i>Bacteroides fragilis</i> Enterokokken  Selten: <i>P. aeruginosa</i>	Vgl. sekundäre Peritonitis		
<b>Gastritis/ Ulzera</b>	<i>Helicobacter pylori</i>	Vgl. Blaubuch Medizin / Gastroenterologie (Update 09/2016)		
<b>Cholezystitis / Cholangitis</b>	<i>E. coli</i> Klebsiellen <i>B. fragilis</i>	<b>Ceftriaxon</b> (2 g 24-stündlich i.v.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich i.v.)  Bei Sepsis <b>Piperacillin- Tazobactam</b> (4.5g 6-stündlich i.v.)	Schwere Penicillin-Allergie: <b>Ciprofloxacin</b> (400 mg 12-stündlich i.v.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich i.v.)	Therapiedauer 5 - maximal 7 Tage  ▼ Meropenem ist ein Breitspektrum-

		oder Meropenem 1g 8-stündlich i.v.▼		Antibiotikum. Einsatz nur mit Rücksprache Infektiologie.
<b>Leberabszess</b>	Meist polymikrobiell Enterobakteriazen <i>Bacteroides fragilis</i> Enterokokken  Selten: Amöben, Echino- kokken, Fasciolose	<b>Ceftriaxon</b> (2 g 24-stündlich i.v.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich i.v.)	<b>Piperacillin- Tazobactam</b> (4.5g 6-stündlich i.v.)  Schwere Penicillin-Allergie: <b>Ciprofloxacin</b> (400 mg 12-stündlich i.v.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich i.v.)	<b>Therapiedauer</b> mindestens 4 Wochen resistenzgerecht oder bis radiologisch deutlich regredient. Bei Verdacht auf Amoeben: Serologie.  Bei unklaren Befunden: Echinokokken Serologie
<b>Appendicitis</b> Ohne Perforation	Enterobakteriazen <i>Bacteroides fragilis</i>	<b>Ceftriaxon</b> (2 g 24-stündlich i.v.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich i.v.)	<b>Ciprofloxacin</b> (400 mg 12-stündlich i.v.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich i.v.)	<b>Therapiedauer:</b> - Ohne Perforation: Einmaldosis - Mit Perforation und nur lokaler Peritonitis: 3 Tage - Bei Mehrquadrantenperitonitis: Analog zu "Sekundärer Peritonitis"
Mit Perforation		Vgl. "Sekundäre Peritonitis"		
<b>Peritonitis</b> <b>Primär</b> (Spontan bakte- rielle Peritonitis)	<i>E. coli</i> Klebsiella spp	<b>Ceftriaxon</b> (2 g 24-stündlich i.v.)	Schwere Cephalosporin-Allergie: <b>Ciprofloxacin</b> (400 mg 12-stündlich i.v.)	<b>Therapiedauer:</b> 5 Tage  Optionen für Sekundärprophylaxe: - Norfloxacin 400mg 24-stündlich p.o. - Cotrimoxazol 1 Tbl forte 24-stündlich an 5 von 7 Wochentagen - Ciprofloxacin 750mg wöchentlich p.o.
<b>Sekundär</b> Ohne anti- biotische Vorbe- handlung	<i>E. coli</i> <i>Klebsiella</i> spp. <i>B.fragilis</i> Enterokokken	<b>Ceftriaxon</b> (2 g 24-stündlich i.v.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich i.v.)	<b>Ciprofloxacin</b> (400 mg 12-stündlich i.v.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich i.v.)	<b>Für die Chirurgen / den Chirurgen:</b> Jede mögliche sekundäre Peritonitis <b>muss beprobt werden (d.h. mindestens 2 Proben, allgemeine Bakteriologie)</b>
Nosokomial erworben, antibiotische Vorbehandlung Pat instabil, immunkompromit- tiert		<b>Piperacillin- Tazobactam</b> (4.5g 6-stündlich i.v.)	Schwere Penicillin-Allergie: <b>Ciprofloxacin</b> (400 mg 12-stündlich i.v.) plus <b>Metronidazol</b> (500 mg 8-stündlich i.v.) plus* <b>Vancomycin</b> (15 mg/kg 12-stündlich i.v.) plus** <b>Gentamicin</b> (5 mg/kg 24-stündlich i.v.)	<b>Therapiedauer:</b> 5 - 7 Tage (sofern ausreichend drainiert / debridiert, "source control")  * Vancomycin nur bei Sepsis  ** Gentamicin allenfalls bei septischem Schock zu evaluieren
<b>Nekrotisierende Pankreatitis</b>		Keine prophylaktische antimikrobielle Therapie		Keine antimikrobielle Therapie ohne mikrobiologische Diagnostik des entzün- deten Pankreasgewebe.
<b>Infizierte Nekrosen</b>	<i>E. coli</i> <i>Klebsiella</i> spp. Enterokokken <i>P. aeruginosa</i>	<b>Piperacillin- Tazobactam</b> (4.5g 6-stündlich i.v.)	<b>Meropenem</b> ▼ (1g 8-stündlich i.v.)	▼ Meropenem ist ein Breitspektrum- Antibiotikum. Einsatz nur mit Rücksprache Infektiologie.

**Bemerkung zur Allergie:**

- a) Schwere Allergie: Anaphylaktischer Schock, Bronchospasmus, Gesichts- und Larynxödem  
b) Leichte Allergie: Exanthem (d.h. nicht IgE vermittelte Sofortreaktion)