

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

Abdomen

Akute Diarrhoe 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>) Hydrisierung 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)
Akute Diarrhoe Dysenterisch Blutig Febril	Campylobacter Salmonellen Yersinien <i>E. coli</i>	Azithromycin (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, Immunsuppressi- on. 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
C. difficile- Infektion CDI	<i>Clostridioides difficile</i>	Erste Episode <u>Nicht-schwere CDI</u> Kein Rezidiv-Risiko: Metronidazol p.o. (500 mg 8-stündlich) oder Vancomycin p.o. (125 mg 6-stündlich) Falls Rezidiv-Risiko: Vancomycin p.o. (125 mg 6-stündlich) oder Fidaxomicin p.o. (200 mg 12-stündlich) <u>Schwere CDI</u> Vancomycin p.o. (125 mg 6-stündlich) oder Fidaxomicin p.o. (200 mg 12-stündlich) <u>Komplizierte CDI</u> Vancomycin p.o. od. per Sonde (500 mg 6-stündlich) plus Metronidazol i.v. (500 mg 8-stündlich) Bei Ileus-Symptomatik ggf zusätzlich Vancomycin rektal (500mg 6-stündlich) Rekurrierende Episode <u>Erstes Rezidiv</u> Vancomycin p.o. (125 mg 6-stündlich) oder Fidaxomicin p.o. (200 mg 12-stündlich) <u>Zweites Rezidiv oder folgende Rezidive</u> Fidaxomicin p.o. (200 mg 12-stündlich) Stuhltransplantation evaluieren (in Kombination mit oraler AB-Therapie)		Nach Möglichkeit Stopp nicht notwendiger Antibiotika-Therapie Wahl der Therapie richtet sich nach klinischem Schweregrad, Rezidiv-Risiko, dem Vorliegen einer ersten oder wiederholten Episode und der Möglichkeit der peroralen Verabreichung Falls Therapie mit Metronidazol p.o.: schlechtes Therapieanspre- chen möglich, klinische Verlaufs- kontrollen empfohlen Bevorzugung von Fidaxomicin gegenüber Vancomycin v.a. bei Patienten mit Rezidivrisiko Therapiedauer: jeweils 10 Tage Rezidiv: erneute Erkrankung innerhalb von 8 Wochen nach Beginn einer vorangegangenen Episode, vorausgesetzt Symptome sind nach Therapieabschluss abgeklungen Stuhltransplantation in Zusam- menarbeit mit Gastroenterologie Mikrobiom-Sprechstunde USZ
Divertikulitis konservative Behandlung	Enterobakteriazeen <i>Bacteroides fragilis</i> Enterokokken	Ambulant: Amoxicillin- Clavulanat (1g 8-stündlich p.o.) Stationär: Ceftriaxon (2 g 24-stündlich i.v.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich p.o. / i.v.)	Schwere Penicillin-Allergie: Ciprofloxacin (500mg 12-stündlich p.o.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich p.o. / i.v.)	Unkomplizierte Divertikulitis Ohne Antibiotika möglich, sofern engmaschige klinische Kontrolle möglich, keine Schwangerschaft und keine Sepsiszeichen. Falls kein Erregernachweis wäh- rend stationärer i.v. Therapie: Folgetherapie mit den genannten Alternativsub- stanzen Therapiedauer: 5 - maximal 7 Tage
Divertikulitis (Verdacht auf Perforation)	Enterobakteriazeen <i>Bacteroides fragilis</i> Enterokokken Selten: <i>P. aeruginosa</i>	Vgl. sekundäre Peritonitis		

Gastritis/ Ulzera	<i>Helicobacter pylori</i>	Vgl. Blaubuch Medizin / Gastroenterologie (Update 09/2016)		
Cholezystitis / Cholangitis	<i>E. coli</i> Klebsiellen <i>B. fragilis</i>	Ceftriaxon (2 g 24-stündlich i.v.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich i.v.) Bei Sepsis Piperacillin- Tazobactam (4.5g 6-stündlich i.v.) oder Meropenem 1g 8-stündlich i.v. ▼	Schwere Penicillin-Allergie: Ciprofloxacin (400 mg 12-stündlich i.v.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich i.v.)	Therapiedauer 5 - maximal 7 Tage ▼ Meropenem ist ein Breitspektrum-Antibiotikum. Einsatz nur mit Rücksprache Infektiologie.
Leberabszess	Meist polymikrobiell Enterobakteriazeen <i>Bacteroides fragilis</i> Enterokokken Selten: Amöben, Echinkokken, Fasciolose	Ceftriaxon (2 g 24-stündlich i.v.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich i.v.)	Piperacillin- Tazobactam (4.5g 6-stündlich i.v.) Schwere Penicillin-Allergie: Ciprofloxacin (400 mg 12-stündlich i.v.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich i.v.)	Therapiedauer mindestens 4 Wochen resistenzgerecht oder bis radiologisch deutlich regredient. Bei Verdacht auf Amoeben: Serologie. Bei unklaren Befunden: Echinkokken Serologie
Appendizitis Ohne Perforation	Enterobakteriazeen <i>Bacteroides fragilis</i>	Ceftriaxon (2 g 24-stündlich i.v.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich i.v.)	Ciprofloxacin (400 mg 12-stündlich i.v.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich i.v.)	Therapiedauer: - Ohne Perforation: Einmaldosierung - Mit Perforation und nur lokaler Peritonitis: 3 Tage - Bei Mehrquadrantenperitonitis: Analog zu "Sekundärer Peritonitis"
Mit Perforation		Vgl. "Sekundäre Peritonitis"		
Peritonitis Primär (Spontan bakterielle Peritonitis)	<i>E. coli</i> Klebsiella spp	Ceftriaxon (2 g 24-stündlich i.v.)	Schwere Cephalosporin-Allergie: Ciprofloxacin (400 mg 12-stündlich i.v.)	Therapiedauer: 5 Tage Optionen für Sekundärprophylaxe: - Ohne Perforation: Norfloxacin 400mg 24-stündlich p.o. - Cotrimoxazol 1 Tbl forte 24-stündlich an 5 von 7 Wochentagen - Ciprofloxacin 750mg wöchentlich p.o.
Sekundär Ohne antibiotische Vorbehandlung	<i>E. coli</i> <i>Klebsiella</i> spp. <i>B.fragilis</i> <i>Enterokokken</i>	Ceftriaxon (2 g 24-stündlich i.v.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich i.v.)	Ciprofloxacin (400 mg 12-stündlich i.v.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich i.v.)	Für die Chirurgen / den Chirurgen: Jede mögliche sekundäre Peritonitis muss beprobt werden (d.h. mindestens 2 Proben , allgemeine Bakteriologie)
Nosokomial erworben, antibiotische Vorbehandlung Pat instabil, immunkompromittiert		Piperacillin- Tazobactam (4.5g 6-stündlich i.v.)	Schwere Penicillin-Allergie: Ciprofloxacin (400 mg 12-stündlich i.v.) plus Metronidazol (500 mg 8-stündlich i.v.) plus* Vancomycin (15 mg/kg 12-stündlich i.v.) plus** Gentamicin (5 mg/kg 24-stündlich i.v.)	Therapiedauer: 5 - 7 Tage (sofern ausreichend drainiert / debridiert, "source control") * Vancomycin nur bei Sepsis ** Gentamicin allenfalls bei septischem Schock zu evaluieren
Nekrotisierende Pankreatitis		Keine prophylaktische antimikrobielle Therapie		Keine antimikrobielle Therapie ohne mikrobiologische Diagnostik des entzündeten Pankreasgewebe.
Infizierte Nekrosen	<i>E. coli</i> <i>Klebsiella</i> spp. Enterokokken <i>P. aeruginosa</i>	Piperacillin- Tazobactam (4.5g 6-stündlich i.v.)	Meropenem ▼ (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)