

**Antibiotika-assoziierte Diarrhoe und Pseudomembranöse Enterokolitis**

Diarrhoen gehören zu den häufigsten Nebenwirkungen von Antibiotika und werden durch eine Störung der Darmflora erklärt. Etwa 20-40% der Antibiotika-assoziierten Diarrhoen sind durch eine Infektion mit *Clostridium difficile* verursacht, wobei das Spektrum der Erkrankung von blander Diarrhoe bis zur pseudomembranösen Enterokolitis reicht.

**Risikofaktoren:** Hospitalisierung (10-15% der stationären Patienten sind Träger von *C. difficile*, 30% davon entwickeln Diarrhoen)

Antibiotikatherapie (Symptome können bis 6 Wochen nach Therapieende auftreten)

Chemotherapie

Andere infektiöse Colitiden oder CED

**Symptomatik:** Wässrige Diarrhoe (selten blutig)  
Krämpfe  
Übelkeit und Erbrechen

**Komplikationen:** Exsikkose  
Ileus  
Toxisches Megacolon  
Perforation mit Peritonitis, Sepsis

**Diagnose:** *C. difficile* Toxin A (Elisa), *C. difficile* Kultur unnötig – unterscheidet nicht Kolonisation von Erkrankung  
Sigmoidoskopie (schnellste Diagnostik, da häufig makroskopisch typisches Bild; in 30% Rektum ausgespart, aber Sigmoidoskopie fast immer ausreichend)

**Therapie:** Erste Wahl: **Metronidazol** (3 x 500mg) p.o. über 10 Tage  
Zweite Wahl: **Vancomycin** (4x 125mg) p.o. über 10 Tage (bei schweren Verläufen eher bevorzugt. *Nachteil:* erhöhte Selektion Vancomycin-resistenter Enterokokken), Therapiekosten höher als mit Metronidazol.  
Bei V.a. Ileus: **Metronidazol i.v.** (nicht durch Studien belegt), eventuell mit oralem Vancomycin kombiniert

**Rezidiv-Management:** Rezidiv in 20-30%! Nicht bedingt durch Resistenz. Bei milder Symptomatik abwartendes Verhalten, bei mäßiger bis schwerer Symptomatik längere Therapie mit o.g. Medikamenten (z.B. 4 Wochen) oder Kombination mit Probiotika.

