



Erreger/Erkrankung	Therapieindikation	Therapieempfehlung & Bemerkungen
Enteritis-Salmonellen	nur bei sehr schwerem Verlauf	Erwachsene: 2 x 500 mg Ciprofloxacin 7-10 Tage oder Ceftriaxon i. v. Kinder: Ceftriaxon i. v., Alternative: Cefdituten (Keimax®) oder Trimethoprim/Sulfonamid
<i>Campylobacter</i> spp.	fieberhafter Verlauf, Verkürzung der Ausscheidung (z. B. Arbeit im Lebensmittelbetrieb)	Ciprofloxacin 2 x 500 mg über 7-10 Tage (cave: resistente Isolate in Ländern, die Chinolone in der Tiermast einsetzen (Reiseanamnese!) oder Clarithromycin (2 x 500 mg) Alternative für Erwachsene Doxycyclin 1 x 100 mg 3 d! Kinder: Clarithromycin
<i>Yersinia enterocolitica</i>	wegen Folgekrankheiten bzw. Komplikationen (reaktive Arthritis, Erythema nodosum) immer behandeln	Erwachsene: 2 x 500 mg Ciprofloxacin 7-10 Tage oder Trimethoprim/Sulfonamid Kinder: Cefdituten (Keimax®) oder Trimethoprim/Sulfonamid
Shigellen-Ruhr	immer behandeln	Erwachsene: 2 x 500 mg Ciprofloxacin 5-7 Tage, Kinder: Cefdituten (Keimax®) cave: Therapie mit Trimethoprim/Sulfonamid: >90 % der Stämme resistent!
EHEC (enterohämorrhagische <i>Escherichia coli</i>)	keine Antibiotikatherapie	Antibiotikatherapie verstärkt u.U. die Toxinbildung!
sonstige pathogene <i>E.coli</i>	ETEC (Enterotoxin-bildende <i>E. coli</i>) und EPEC (enteropathogene <i>E. coli</i>) bei schwerem Verlauf Therapie nach Antibiogramm	Kinder: Trimethoprim/Sulfonamid oder Cefdituten (Keimax®) Erwachsene: Ciprofloxacin (2 x 500 mg über 3 Tage) oder Trimethoprim/Sulfonamid
Reisediarrhoe im Urlaubsland	schwerer Verlauf	Erwachsene: Einmaldosis 500 mg Ciprofloxacin, bei ausbleibendem Erfolg Diagnostik einleiten, bei fehlender Diagnostikmöglichkeit Doxycyclin (3 d) + Metronidazol (7 d), Kinder: Diagnostik einleiten, bei fehlender Diagnostik Cefdituten + Clarithromycin, bei ausbleibendem Erfolg Metronidazol
Reisediarrhoe nach Rückkehr anhaltend	je nach Erregernachweis gezielte Therapie	je nach Erregernachweis, im Notfall Therapie s. Reisediarrhoe im Urlaubsland
<i>Clostridium difficile</i>	bei symptomatischem Verlauf immer	Erwachsene: Metronidazol 3 x 500 mg über 7-10 Tage, Kinder: 20-30 mg/kg & d
<i>Aeromonas hydrophila</i>	i. A. keine antibiotische Therapie	in Ausnahmefällen Ciprofloxacin (2 x 500 mg, 5 d) oder bei Kindern Trimethoprim/Sulfonamid
enteropathogene Viren	keine Therapiemöglichkeit	Nachweis hat epidemiologische Bedeutung (Meldepflicht!), Händedesinfektion!
<i>Giardia lamblia</i>	immer therapieren	Erwachsene: Metronidazol 3 x 250 bis 500 mg über 7 d, Kinder: 20-30 mg/kg & d
Kryptosporidien	keine Therapiemöglichkeit	Nachweis hat epidemiologische Bedeutung (Meldepflicht!), Händedesinfektion!
<i>Entamoeba histolytica</i>	immer therapieren	Erwachsene: Metronidazol 3 x 500 mg über 7-10 d, Kinder: 20-30 mg/kg & d
<i>Blastocystis hominis</i>	fraglich pathogen, meist Ø Therapie	evtl. Versuch mit Metronidazol oder Trimethoprim/Sulfonamid

Belohradsky BH, Scholz H. Infektiöse Enteritis. In: Handbuch. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie: H. Scholz, B. H. Belohradsky, U. Heininger, W. Kreth, R. Roos. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage, Futuramed Verlag, München, 2003, pp. 815-824

Stille W, Brodt HR, Groll AH, Just-Nübling G. Antibiotika-Therapie – Klinik und Praxis der antiinfektiösen Behandlung. 11. Auflage, Schattauer-Verlag 2005, Enteritis: pp. 519-532

Retzlaff C, Hillert R, Tauchnitz-Hiemisch R. Wichtige antibakterielle Chemotherapeutika und Vorschläge zur kalkulierten Initialtherapie ausgewählter Infektionen. Poster, 5. Auflage 2006

PS: Herrn Dr. Roger Hillert, Mikrobiologe in Görlitz, sei herzlich für die kompetente Zuarbeit gedankt!

Mölbis, 31. Mai 2006

Dr. Jürgen Herrmann

PD Dr. Pietro Nenoff