

## GUIDELINE

# Akute Diarrhö

Erstellt von: Felix Huber

Aktualisiert: 01/2020

---

## INHALTSVERZEICHNIS

---

Kurzversion (→ [WebApp GL Akute Diarrhö](#))

1. DEFINITIONEN.....	2
2. DIAGNOSTIK .....	2
3. THERAPIE.....	3
4. LITERATUR.....	3
5. IMPRESSUM .....	4

### Aktualisierung 01/2020

- Das Vorgehen beim Erregernachweis bei akuter Diarrhö wurde aktualisiert (→ Kap. 2).

# 1. DEFINITIONEN

---

- Akute Diarrhö: Stuhlfrequenz  $\geq 3$  x/d, Konsistenz flüssig bis breiig
- Persistierende Diarrhö: Dauer > 14 d
- Chronische Diarrhö: Dauer > 3–4 Wochen
- Dysenterie: Schleimig-blutiger Stuhl mit Fieber bei invasiv-entzündlicher Enteritis.

# 2. DIAGNOSTIK

---

Bei Vorliegen einer **akuten** Diarrhö sind bezüglich Diagnostik und Therapie initial entscheidend

- Klinisches Bild (Fieber, Hypovolämie, Abdominalschmerzen, Blut im Stuhl)
- Dauer der Symptomatik
- Inkubationszeit (bei Reisediarrhöen).

## Hinweise zum klinischen Bild

- Eine **Parasitose** macht oft langdauernde, nicht sehr schwere Durchfälle. Diese sind nie entzündlich (kein Fieber), blutig allenfalls bei Amöben. Die Inkubationszeit ist viel länger (minimal 1 Woche, meist mehrere Wochen), die Symptome wechselnd: Blähungen, weiche breiige Stühle, Rumpeln im Bauch, gelegentlich auch Obstipation, übelriechendes Gas, gelegentlich Blut/Schleim (nur bei Amöben) → **Abklärung auf Parasiten ist also nur bei länger dauernden Durchfällen sinnvoll!**
- Häufigste Gründe für eine länger dauernde Diarrhö (1–4 Wochen ohne Entzündung) ist eine postenteritische Laktoseintoleranz, ein durch den Infekt getriggertes Reizdarmsyndrom, (seltener) eine chronisch entzündliche Darmerkrankung oder schlicht eine Darmfloraverschiebung
- Cave Reiserückkehrer: Malaria, Dengue Fieber verursachen auch oft Durchfall!

## Wann ist **keine** weitere Abklärung erforderlich?

- Die meisten Episoden einer infektiösen Gastroenteritis sind selbstlimitierend
- Die akute Diarrhö **ohne** Risikofaktoren (**Red flags**) vom nicht entzündlichen Typ (also keine Dysenterie) und bei gutem AZ kann **ohne weitere Abklärungen** symptomatisch behandelt werden (gilt auch für Reiserückkehrer).  
Erreger: Meist Viren oder nicht invasive Bakterien.

## Wann ist eine Erregerdiagnostik erforderlich?

- Die akute Diarrhö **mit Red flags** und der schwere akute Durchfall vom entzündlichen Typ (Dysenterie) sollen abgeklärt und adäquat behandelt werden!  
Erreger: Invasive Bakterien.

### Red flags

- Ältere PatientInnen (> 70 J.)
- Immunsuppression (medikamentös, krankheitsbedingt)
- Vorbestehende Erkrankungen (chronisch entzündliche Darmerkrankungen, künstliche Herzklappen, Diabetes mellitus etc.)
- Schweres Krankheitsbild (z. B. Fieber, Dehydrierung, Sepsis)
- Angestellte in Lebensmittelbetrieben
- Vorausgehende Antibiotikatherapie (in den letzten 3 Monaten).

## Abklärung bei akuter Diarrhö

Erregernachweis akute Diarrhö (**nur bei Red flags**)

### Bei Dysenterie (Basis\*)

- Salmonella, Shigella/Enteroinvasive E. coli (EIEC), Campylobacter, Yersinia enterocolitica
- Kosten: CHF 100.–

### Bei Dysenterie mit Reisanamnese (Reise 1\*)

- Zusätzlich zu Basis\*: Vibrio cholerae, ETEC, EHEC, EAEC
- Kosten: CHF 180.–

In **seltenen Fällen** (→ Praktische Hinweise, s. u.) soll bei Reisanamnese zusätzlich auch auf Protozoen abgeklärt werden (Reise 2\*)

- Zusätzlich zu Reise 1\*: Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Blastocystis hominis, Dientamoeba fragilis, Cryptosporidium, Cyclospora cayetanensis
- Kosten: CHF 270.–

\* Stuhl-Panel-Kombination der Analytica Medizinische Laboratorien AG, Zürich

### Praktische Hinweise

- In den allermeisten Fällen soll man zunächst zuwarten. Dauert die Diarrhö länger als 7–10 Tage, kommen erfahrungsgemäss nur noch Protozoen in Frage, welche dann abgeklärt werden sollten. Einmalig einen Protozoennachweis mittels PCR (Protozoen\*) durchführen.  
Kosten: CHF 90.–
- Für den Beginn der Behandlung müssen die Resultate der Bakteriologie nicht abgewartet werden (empirische Therapie)
- Untersuchung auf Wurmeier nur bei spezifischer Anamnese. Würmer machen keinen Durchfall.  
Kosten: 3 x Nativ-Stuhlprobe auf Wurmeier (3 x CHF 45.–).

### Abklärung bei chronischer Diarrhö

- Calprotectin (chronisch entzündliche Darmerkrankung), TSH (Hyperthyreose), Laktoseintoleranz, Sprue-Serologie, Medikamentenanamnese (u. a. Olmetec®).

## 3. THERAPIE

---

### Empirische antibiotische Behandlung sollte erfolgen bei

- Schwerer Symptomatik (Fieber, Volumenmangel)
- Invasiver bakterieller Infektion (Dysenterie)
- Patienten mit erhöhtem Risiko für Komplikationen: > 70 J., Immunsupprimierte, Komorbiditäten wie Herzerkrankung.

#### Medikamente

- Ciprofloxacin 2 x 500 mg/d für 3–5 d
- Azithromycin 1 g single dose für Reiserückkehrer aus Asien (oder generell als Alternative zu Ciprofloxacin)
- Für Kinder: Azithromycin 10 mg/kg (es gibt Sirup in passender Dosierung) für 3 d
- Dysenterie: Azithromycin 1 x 500 mg/d für 3 d (immer erste Wahl bei Asienrückkehrern, ansonsten nach Erregernachweis)
- Cl. difficile assoziierte Diarrhö: Metronidazol 3 x 500 mg/d für 10 d.

#### Andere Massnahmen

- Rehydrierung oral, wenn nötig i.v.
- Bei Krämpfen/starkem Durchfall: Loperamid
- Laktosekarenz 1–2 Wochen (laktosefreie Milch + Joghurt)
- Biologika wie Perenterol, Florosan, Lactoferment: Gewisse, aber nur geringe Wirksamkeit → auf Wunsch und/oder wegen zusätzlichem Placeboeffekt
- Geduld, genug trinken, abwarten. Alle Enteritiden (ausser Parasitosen) sind grundsätzlich selbstlimitierend
- Zusatz von Probiotika: Nur bei C. difficile nachgewiesene Wirksamkeit, nicht zusammen mit Antibiotika (weil kein Zusatznutzen).

#### Nicht wirksam/nicht nötig

- Kohle
- „Leichte Kost“ (ausser Laktose darf man alles essen).

## 4. LITERATUR

---

1. LaRocque R, Harris JB: Approach to the adult with acute diarrhea in resource-rich settings. [UpToDate 12/2019](#).
2. Shane AL, et al.: 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. Clin Infect Dis. 2017;65(12):e45.
3. Hagel S, et al.: S2k-Leitlinie Gastrointestinale Infektionen und Morbus Whipple. Z Gastroenterol 2015; 53:418-459.
4. Sanford guide to antimicrobial therapy, 2010.

## 5. IMPRESSUM

---

Diese Guideline wurde im Januar 2020 aktualisiert.

© Verein mediX

**Herausgeber**

Dr. med. Felix Huber

**Redaktion** (verantwortlich)

Dr. med. Uwe Beise

**Autor**

Dr. med. Felix Huber

Diese Guideline wurde ohne externe Einflussnahme erstellt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten gegenüber der Industrie oder anderen Einrichtungen oder Interessengruppen.

mediX Guidelines enthalten therapeutische Handlungsempfehlungen für bestimmte Beschwerdebilder oder Behandlungssituationen. Jeder Patient muss jedoch nach seinen individuellen Gegebenheiten behandelt werden.

mediX Guidelines werden mit grosser Sorgfalt entwickelt und geprüft, dennoch kann der Verein mediX für die Richtigkeit – insbesondere von Dosierungsangaben – keine Gewähr übernehmen.

**Alle mediX Guidelines im Internet unter [www.medix.ch](http://www.medix.ch)**

Der Verein mediX ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen und Ärzten in der Schweiz.

Verein mediX, Sumatrastr.10, 8006 Zürich

Rückmeldungen bitte an: [uwe.beise@medix.ch](mailto:uwe.beise@medix.ch)