

Empfehlungen zur Therapie von Clostridium-difficile-Infektionen (CDI)

Klinische Einteilung	Supportive klin. Daten	Therapieempfehlungen für Erwachsene Dosis/d	Dauer (Tage)	Referenz
Initiale Episoden				
Leichter Verlauf	Leukocyten: <15 G/l und Serum-creatinin: <1,5 mg/dl	Metronidazol 3 x 400 - 500 mg tgl. p.o. (nach (2) alternativ, wenn andere Präparate nicht verfügbar) oder Vancomycin 4 x 125(-250) mg p.o. oder Fidaxomicin 2 x 200 mg p.o.	10 10 10	1,2,3 1,2,3 2
Schwerer Verlauf	Leukozyten: >15 G/l oder Serum-creatinin: >1,5 mg/dl	Vancomycin 4 x 125(-250)mg p.o. oder Fidaxomicin 2 x 200 mg p.o. (bei erhöhtem Rezidivrisiko und Faktoren wie Immunsuppression, Komorbidität)	10 10	1,2,3 1,2,3
Fulminanter Verlauf	Hypotension, Schock, Megacolon, Ileus	Vancomycin 4x 125(-250-500) mg p.o. (wenn möglich) Bei Kolondilatation bzw. Ileus Vancomycin (4 x 500 mg) per Magen-/Duodenalsonde oder bzw. zusätzlich per Kolonsonde plus Metronidazol 3 x 500 mg i.v. evtl. plus Tigecyclin 2 x 50 mg i.v.	10 10	1,2,3 3
Rezidive				
Erstes Rezidiv		Vancomycin oder Metronidazol analog zu Therapieempfehlungen der Ersterkrankung oder Fidaxomicin 2 x 200 mg p.o. oder Vancomycin mit Reduktions-/Pulsschema, z.B.: p. o. 4 x 125 mg für 10-14 d, 2 x 125 mg für 1 Woche, 1 x 125 mg für 1 Woche und alle 2-3 d für 2-8 Wochen	10 10 4-12 Wo.	1 1,2 2
Weitere Rezidive		Vancomycin 4 x 125(-250) mg p. o. (10 d) mit anschließendem Pulsschema für mindestens 3 Wochen (125-500 mg p.o. alle 2-3 d) oder Vancomycin mit Reduktions-/Pulsschema (s. o.) oder Fidaxomicin 2 x 200 mg p.o. oder Vancomycin 4 x 125 mg p.o. (10 d), gefolgt von Rifaximin 3 x 400 mg (in Deutschland nur 550 mg/Tbl) für 20 d	5 Wo 4-12 Wo. 10 30	2, 3 1,2,3 1,2,3 2
Multiple Rezidive		Rescuetherapie: Fäkaler (koloskopischer) Mikrobiomtransfer (Stuhlübertragung) in gastroenterologischem Zentrum		1,2,3

→ Seite 2

Anmerkungen:

- 1) **Absetzen des die CDI auslösenden Antibiotikums.** Fast jedes Antibiotikum kann eine CDI auslösen. Hohes Risiko: „4 C-Antibiotika“ Cephalosporine der 3. / 4. Generation, Chinolone, Carbapeneme, Clindamycin sowie Amoxicillin/Clavulansäure. Wird für die vorausgehende Infektion eine weitere Behandlung erforderlich, ist die Therapie mit einer weniger risikobelasteten Substanz (z. B. Tetracycline, Tigecyclin) fortzusetzen. Das Risiko einer CDI ist während der Therapie und im ersten Monat danach am höchsten, dauert aber bis zu 3 Monate nach Absetzen des Antibiotikums an. Zu erwägen ist die **Unterbrechung einer Therapie mit Protonenpumpenhemmern**, die eine CDI begünstigen.
- 2) Bei **Patienten mit leichten initialen Episoden und ohne Risikofaktoren** kann man nach Absetzen der auslösenden Antibiotika den **Spontanverlauf unter klinischer Kontrolle abwarten und auf eine spezifische CDI-Therapie verzichten. In allen anderen Situationen ist eine spezifische Therapie indiziert.**
- 3) **Schwangerschaft und Stillzeit (5)**
Metronidazol: im 1. Trimenon nur bei lebensbedrohlicher Infektion, im 2. und 3. Trimenon sowie in Stillzeit strenge Indikation
Vancomycin: strenge Indikation
Fidaxomicin: keine Anwendung bei Schwangeren und Stillenden
Rifaximin: strenge Indikation
Tigecyclin: in Schwangerschaft kontraindiziert, in Stillzeit strenge Indikation
- 4) Für **Kinder unter 12 Jahren** gelten die angeführten Therapieschemata, wobei die Dosierungen dem Körpergewicht (KG) wie folgt anzupassen sind (2,4,5):
Metronidazol: 20-30 mg/kg KG pro Tag als Einzeldosis oder 3-4 x 7,5 mg/kg KG pro Tag); Dauer: 7d -10d
Vancomycin: 40 mg mg/kg KG in 3 oder 4 Einzelgaben
Tigecyclin: bei Kindern <8 Jahre kontraindiziert; ab 8 Jahre nur, wenn keine Alternative: 2 x 1,2 mg/kg KG i.v. bis Maximaldosis von 50 mg
Fidaxomicin und *Rifaximin* sind bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren nicht zugelassen

Referenzen

- 1 S2k-Leitlinie Gastrointestinale Infektionen und Morbus Whipple. AWMF-Register-Nr. 021/024 Klasse S2k. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-024.html>
- 2 Clifford, L., u. a.: Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). <https://academic.oup.com/cid/article/66/7/e1/4855916>
- 3 Lübbert, C., u. a.: Clostridium-difficile-Infektion. Leitliniengerechte Diagnostik- und Behandlungsoptionen. Deutsches Ärzteblatt 111 (2014), 723 - 731
- 4 ratiopharm GmbH: Fachinformation Metronidazol-ratiopharm 400 mg Tabletten. November 2016
- 5 Rote Liste Service GmbH: Rote Liste 2018.

Stand: August 2018

Braun/Sandow