

Management der Diarrhö

Initial Loperamid 4 mg p.o., dann 2 mg alle 4 h

Kontrolle nach 12 – 24 h

Kein Durchfall mehr:

- Diät weiter
- Schrittweiser Kostaufbau
- Absetzen von Loperamid bei Beschwerdefreiheit

Persistenz, < 4 Stühle/Tag:

- Loperamid 2 mg alle 2 h
- Beobachtung des Patienten

Persistenz schwere Diarrhö:

- Stationäre Aufnahme
- Octreotid 100 – 150 µg s.c. 3x pro Tag
- i.v. Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution
- Stuhluntersuchung, Blutbild, Elektrolyt-Kontrolle

Kontrolle nach 12 – 24 h

Besserung der Diarrhö:

- Diät weiter
- Schrittweiser Kostaufbau
- Absetzen von Loperamid bei Beschwerdefreiheit

Persistenz, < 4 Stühle/Tag:

- Ambulante Abklärung
- Blut- und Stuhluntersuchung
- Flüssigkeits- und Elektrolytuntersuchung
- Pathogene Keime?
- Octreotid 100 – 150 µg s.c. 3x pro Tag

Persistenz schwere Diarrhö:

- Stationäre Aufnahme
- Octreotid 100 – 150 µg s.c. 3x pro Tag
- i.v. Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution
- Stuhluntersuchung, Blutbild, Elektrolyt-Kontrolle

Quelle: Therapieverschlagn (modifiziert nach Nowrouslan MR in: M.R. Nowrouslan (Hrsg.): Supportive Therapie in der Onkologie. 2000, W.-Zuckschwerdt Verlag, München, S. 207

Management des neutropenischen Fiebers

Neutrophile Granulozyten
< 500/µl oder < 1.000/µl und
erwarteter Abfall unter 500/µl

+

Orale Temperatur einmalig
> 38,3 °C oder > 38,0 °C
> 1 Stunde anhaltend

+

Kein Anhalt für eine
nichtinfektiöse Genese
des Fiebers

neutropenisches Fieber

Diagnostik: klinische Untersuchung, Mikrobiologie (obligat: Blutkultur),
klin.-chem. Diagnostik, Bildgebung, ggf. Bronchoskopie

Therapie: unverzügliche Hospitalisierung (ggf. Isolation) des Patienten

Hoch- und Standardrisiko-Patient
Neutropenie > 5 Tage

Entweder: Monotherapie mit Cefepim, Ceftazidim,
Imipenem/Cilastatin, Meropenem, Piperacillin/Tazobactam

Oder: Kombinationstherapie aus Cephalosporin 3./4.
Generation, Imipenem/Cilastatin, Meropenem oder
Piperacillin/Tazobactam plus Aminoglykosid (Gentamicin,
Netilmicin, Tobramycin, Amikacin)

Niedrigrisiko-Patient
Neutropenie < 5 Tage

In prospektiv randomisierten Studien gleichwertig:

Entweder: orales Ciprofloxacin (3 x 500 mg bzw.
2 x 750 mg) in Kombination mit Amoxicillin/Clavulansäure
(3 x 625 mg), bei Amoxicillin-Allergie Clindamycin

Oder: Kombinationstherapie aus Ceftriaxon plus Amino-
glykosid (Gentamicin, Netilmicin, Tobramycin, Amikacin)

Oder: Ceftazidim-Monotherapie

Evaluation des Ansprechens nach 72 bis 96 h

Klinisch stabil:

Fortführung der bisherigen Therapie

Weiter unklares Fieber:

Wiederholung der Diagnostik,
Einleitung einer empirischen antimy-
kotischen Therapie (Amphotericin
B, Itraconazol i.v., Fluconazol,
Voriconazol, Caspofungin)

Bei Herdbefund

bzw. Erregernachweis

Dauer der antimikrobiellen Therapie:

- **Bei komplettem Ansprechen:** mindestens 2 Tage über den Anstieg der Granulozyten auf > 1000/µl
- **Für weitere 7 Tage:** wenn Granulozyten weiter < 1000/µl
- **Längere antimikrobielle Therapie bei:** Lungeninfiltraten, die nur auf Antimykotika angesprochen haben, gesicherter Pilzinfektion, Nachweis von *S. aureus* in der Blutkultur, gesicherter *Pneumocystis-carinii*-Infektion