

Akute Gastroenteritis

Neue ESPGHAN/ESPID-Guidelines 2014

Die Rehydratation bleibt die wichtigste Massnahme bei akuter Gastroenteritis. Ebenso bleibt es bei der Empfehlung, mit dem Stillen fortzufahren beziehungsweise so rasch wie möglich zu der vor der Erkrankung üblichen Ernährung zurückzukehren. Für die nicht hospitalisierten Kinder gilt weiterhin, dass spezielle Milchen nicht notwendig sind, sofern diese nicht bereits vorher üblich waren. Doch es gibt auch Neues: Trotz nach wie vor eher dürftiger Studienlage werden nunmehr vier Probiotika zur Behandlung von Kindern mit akuter Gastroenteritis empfohlen.

Akute Gastroenteritiden im Kindesalter sind häufig. Statistisch betrachtet wird jedes Kind bis zum Alter von drei Jahren mindestens einmal eine Gastroenteritis durchmachen. Man schätzt die jährliche Inzidenz in Europa auf 0,5 bis 1,9 pro Kind in dieser Altersspanne (1). Typischerweise verläuft die akute Gastroenteritis mit ≥ 3 Durchfällen innert 24 Stunden. Die Diarrhö hält in der Regel weniger als 7 und nicht länger als 14 Tage an. Der Krankheitsverlauf ist hierzulande in der Regel nicht schwer, und die meisten Kinder müssen nicht ins Spital. Trotzdem gehört die akute Gastroenteritis zu den häufigsten Gründen für eine Hospitalisierung im Kleinkindalter (2).

Der häufigste Auslöser ist eine Infektion mit Rotaviren. In Ländern mit routinemässiger Rotavirusimpfung kam es zu einem statistisch signifikanten Rückgang der gastroenteritisbedingten Hospitalisationen von Kindern. In der Schweiz gehört die Rotavirusimpfung nicht zum Impfplan, obwohl die Impfstoffe von der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) als wirksam, sicher und gut verträglich eingestuft werden: «Da Gastroenteritiden durch Rotaviren von kurzer Dauer sind, keine Langzeitschäden hinterlassen und in der Schweiz praktisch nie tödlich verlaufen, ist die Kosteneffektivität dieser vergleichsweise teuren Impfstoffe schlechter als die anderer in jüngerer Vergangenheit empfohlener Impfungen. Dies und umfragegestützte Hinweise auf mangelnde Akzeptanz unter impfenden Ärzten haben BAG und EKIF im Jahre 2008 bewogen, die Rotavirusimpfung nicht in den Schweizerischen Impfplan aufzunehmen», heisst es dazu im aktuellen Schweizer Impfplan (3). Als zweithäufigste Ursache akuter Gastroenteritiden gilt das Norovirus.

Rehydratation ist wichtigste Massnahme

In den aktualisierten Guidelines der europäischen Fachgesellschaften für pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung (ESPGHAN) und derjenigen für pädiatrische Infektiologie (ESPID) hat sich an den grundlegenden Massnahmen nichts geändert: «Akute Gastroenteritis wird am besten mit einigen wenigen, gut definierten, einfachen Massnahmen behandelt.» (2)

Die Rehydratation ist die wichtigste Behandlung bei akuter Gastroenteritis. Sie sollte so rasch wie möglich erfolgen. Die enterale Rehydratation ist besser als die intravenöse. Für die orale Rehydratation werden Flüssigkeiten mit reduzierter Osmolarität empfohlen (50/60 mmol/l). *Tabelle 1* gibt einen Überblick über den normalen täglichen Flüssigkeitsbedarf von Kindern. Bezüglich Medikamenten rät man eher zur Zurückhaltung. Ondansetron hilft gegen das Erbrechen, kann jedoch potenziell schwere kardiale Nebenwirkungen haben. Loperamid wird für Kinder mit Gastroenteritis nicht empfohlen. Antibiotika oder antivirale Mittel werden für die grosse Mehrheit der erkrankten Kinder ausdrücklich nicht empfohlen. Die akute Gastroenteritis ist bei einem ansonsten gesunden Kind in der Regel eine selbst limitierende Krankheit, wobei die Art des Erregers keine Rolle spielt. Insofern ist auch die Bestimmung des Erregers überflüssig.

Tabelle 1:

Normaler Flüssigkeitsbedarf von Kindern (2)

Gewicht	Täglicher Basisbedarf an Flüssigkeit
1 bis 10 kg	100 ml/kg
10 bis 20 kg	1000 ml + 50 ml/kg für jedes kg KG über 10 kg
über 20 kg	1500 ml + 20 ml/kg für jedes kg KG über 20 kg

Zink hat sich in Entwicklungsländern als wirksam und sinnvoll erwiesen, bringt aber in Regionen, in denen Zinkmangel eher selten ist, vermutlich nichts.

Was bringen Probiotika?

In Metaanalysen, in denen alle Probiotika zusammen betrachtet wurden, zeigte sich, dass diese die Diarrhödauer im Durchschnitt um zirka einen Tag verkürzen (1). Die ESPGHAN-Arbeitsgruppe zu Pro- und Präbiotika kritisiert jedoch, dass man verschiedene Probiotikastämme nicht «in einen Topf werfen» dürfe, sondern jeden einzelnen Stamm separat betrachten müsse.

Die Wirksamkeit von Probiotika ist spezifisch für den jeweiligen Bakterienstamm. Darum müssen Sicherheit und Wirksamkeit jedes einzelnen Stammes bestimmt und die Empfehlungen daran ausgerichtet

werden. Man darf die Eigenschaften eines Bakterienstammes nicht auf einen anderen extrapolieren, auch dann nicht, wenn es sich um die gleiche Bakterienfamilie handelt. Wichtig ist auch, dass die Dosis stimmt. Selbst wenn für einen bestimmten Bakterienstamm eine Wirksamkeit nachgewiesen wurde, heisst das nicht, dass das auch mit einer niedrigeren Dosis funktionieren wird.

Ein grosses Problem ist nach wie vor die mangelnde Studienqualität. So wurden in vielen der vorliegenden Studien beispielsweise die Bakterienstämme nicht eindeutig definiert, es gab keine Placebogruppe, keine Verblindung oder Randomisierung. Darum können die Fachleute der ESPGHAN-Arbeitsgruppe bei vielen Präparaten derzeit weder zu- noch abraten, da es an soliden Daten fehlt. Nur für vier Bakterienstämme gibt es in den neuen Guidelines eine positive Empfehlung (Tabelle 2). Aus Sicherheitsgründen wird von Präparaten mit *E. faecium* SF68 abgeraten, da diese möglicherweise Vancomycinresistenzen übertragen könnten.

Renate Bonifer

Tabelle 2:

Probiotika zur Behandlung bei akuter Gastroenteritis

Probiotikum	Dosis	Therapiedauer	Evidenz	Empfehlung
Lactobacillus GG	≥ 10 ¹⁰ CFU/Tag	in der Regel 5–7 Tage	niedrig	+++
Saccharomyces boulardii	250–750 mg/Tag	in der Regel 5–7 Tage	niedrig	+++
<i>L. reuteri</i> DSM 17938	10 ⁸ bis 4 x 10 ⁸ CFU	in der Regel 5–7 Tage	sehr niedrig	+
<i>L. acidophilus</i> LB (Hitze-inaktiviert)	10 ¹⁰ CFU	min. 5 Dosen > 48 Stunden max. 9 Dosen in 4,5 Tagen	sehr niedrig	+

Nach (1); CFU: colony forming units; *L. acidophilus* LB ist als Hitze-inaktiviertes Präparat definitionsgemäss zwar kein Probiotikum, wird aber meist zusammen mit diesen betrachtet.

Literatur:

1. Szajewska H, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, Kolacek S, Shamir R, Vandenplas Y, Weizman Z. Use of Probiotics for Management of Acute Gastroenteritis: A Position Paper by the ESPGHAN Working Group for Probiotics and Prebiotics. *J Pediatric Gastroenterol Nutr* 2014; 58(4): 531–539.
2. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Vecchio AL, Shamir R, Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. *J Pediatric Gastroenterol Nutr* 2014; paper accepted 31 march 2014.
3. Schweizer Impfplan 2014; Stand: Januar 2014.