

Peritonitis; Parazentese (Zellzahl, Direktpräparat, Kultur)

- Bildgebende Verfahren: Sono, CT, Endoskopie
- Risikofaktoren: Immunsuppression? Anamnese, Keimspektrum und Resistenzsituation
- **Beachte: AB-Therapie ist meist über 3-5 Tage postoperativ erforderlich, SOFERN Fokus ausreichend saniert wurde. Persistierende Entzündungszeichen deuten auf einen nicht ausreichend sanierten Fokus hin!**

Diagnose	Wirkstoff	Dosis/Dauer
Candida-Ösophagitis	FLUCONAZOL	1x 200mg 1h oder p.o. (Erstgabe 1x 400mg) 14d
CMV-Ösophagitis	GANCICLOVIR	2x 5mg/kg KG 1h individuell
Pyogene Leberabszesse	AMPICILLIN/SULB oder CEFOTAXIM + METRONIDAZOL	3x 3g 2-4h >14d 3x 2g 2-4h +3x 500mg 1h oder p.o. > 14d
Akute Cholezystitis/ Cholangitis	AMPICILLIN/SULB oder CEFOTAXIM + METRONIDAZOL	3x 3g 2-4h 7d 3x 2g 2-4h+ 3x 500mg 1h oder p.o. 7d
Akute Pankreatitis	Antibiotische Therapie nur bei infizierten Nekrosen	
Pankreas- Abszesse/infizierte Nekrosen	PIP-TAZ oder MEROPENEM	3-4x 4,5g 2-4h individuell 3x 1g 2-4h individuell
Spontan bakterielle Peritonitis	PIP/TAZ oder CEFOTAXIM	3x 4,5g 2-4h 7d 3x 2g 2-4h 7d
Sekundäre Peritonitis (postop., nach Perforation)	PIP-TAZ oder MEROPENEM	3-4x 4,5g 2-4h 3-5d 3x 1g 2-4h 3-5d
Appendizitis	Keine alleinige primäre antibiotische Therapie	
Divertikulitis -unkompliziert	engmaschige Verlaufskontrolle	Alternativ Amoxicillin/Clavulansäure 3x 1g p.o.7-10d
-kompliziert (Perforation, Abszess)	PIP-TAZ	4x 4,5g 2-4h 3-5d nach Fokussanierung, sonst 7-10d