



Klinische Fälle

Stefanie Döbele, Innere Medizin I
Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie
Universitätsklinikum Tübingen

13. Symposium Infektionsmedizin in Tübingen - 07.03.2015



Fall 1

- Männlich, 78 Jahre
- Aufnahme mit Fieber und Wesensveränderung
- Vorerkrankungen:
 - Paranoide Depression
 - 3-Gefäß-KHK
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Benigne Prostatahyperplasie

Befunde bei Aufnahme I

• RR 100/50, HF 68/min, Temp 34,9°C, AF 30/min, SO₂ 99% unter RL

• Körperliche Untersuchung:

Neuro: kein Meningismus, verwirrt, reagiert auf Aufforderung, Pupillen seitengleich, rund, lichtreagibel, Cor: HT rein, rhythmisch, Pulmo: VAG bds., Abdomen: weich, kein Druckschmerz, kein Peritonismus, NL frei

• Labor:

16,5 mg/dl, PCT 46,9 ng/ml,

4890/μl, Hb 8,4 g/dl, Thrombozyten 142.000/μl,

5,7, PTT 46 sec

6,8 mg/dl, Harnstoff 216 mg/dl, CK 717 U/l,

Lipase 34 U/l

CRP

Leukozyten

Quick 11%, INR

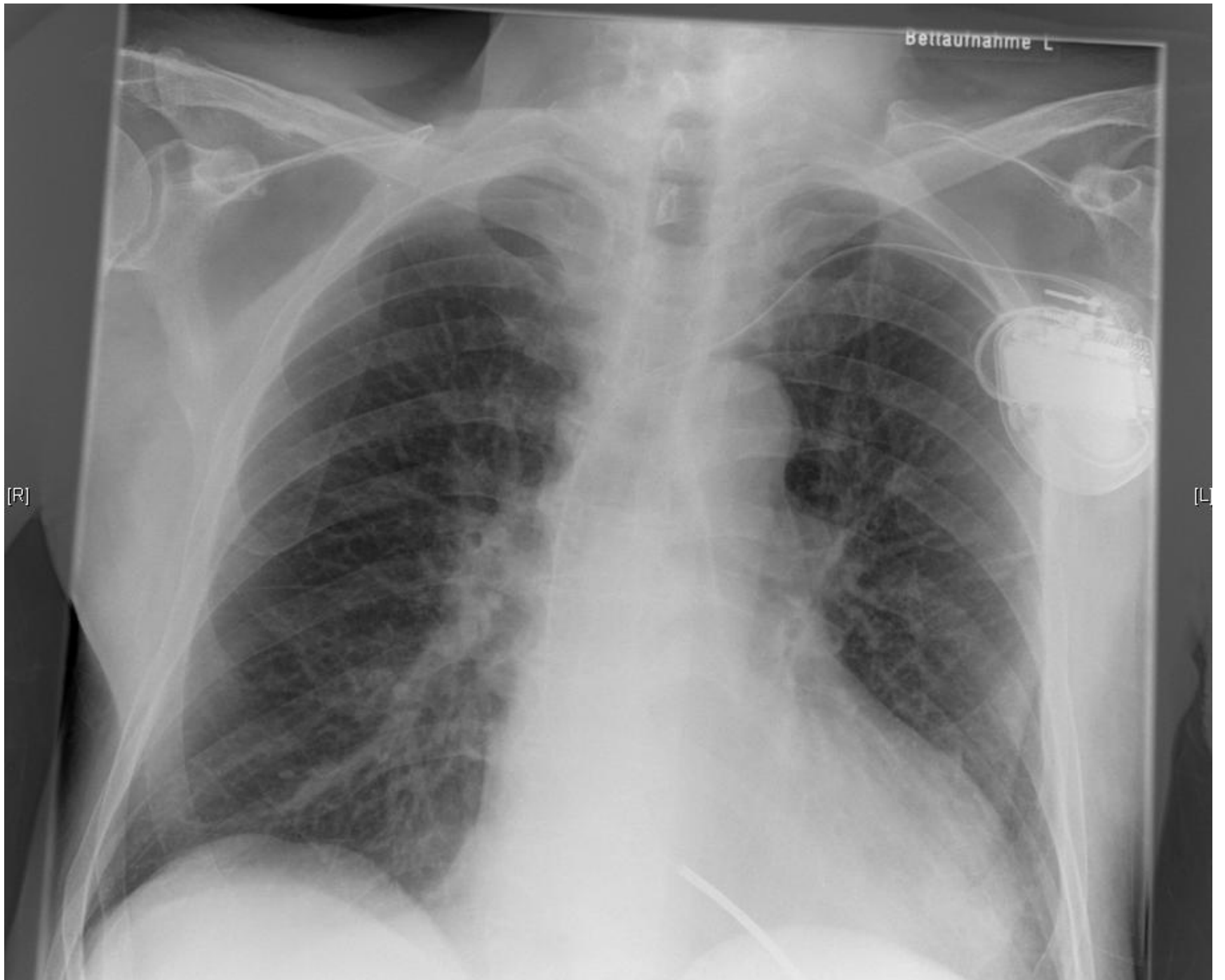
Kalium 5,7, Kreatinin

GPT 8 U/l, GGT 11 U/l,

Bett Aufnahme L

[R]

[L]



Befunde bei Aufnahme II

- Präsentation von Diarrhoen in der Notaufnahme

- Sonographie:

keine Konkreme, keine Wandverdickung,
Harnblase gefüllt, kein Harnstau beidseits,
Parenchymunregelmäßigkeiten der Niere bds

Gallenblase:

VCI kollaptisch,
keine

- Anlage DK: Abfluss purulenter Urin

- Ausstehend: U-Status, BK, Urinkultur, Stuhluntersuchung,



Empirische Antibiose?

- A Piperacillin/Tazobactam
- B Meropenem
- C Ceftriaxon + Metronidazol
- D Ceftriaxon + Clarithromycin



Empirische Antibiose?

- A **Piperacillin/Tazobactam**
- B Meropenem
- C Ceftriaxon + Metronidazol
- D Ceftriaxon + Clarithromycin

Verlauf nach 36 Stunden

- U-Status: Leukozyten +++, Nitrit -, Bakterien +, Hb ++

- Hypotension

- Blutkultur: gramneg. Stäbchen

- Labor:

CRP:

16,58 mg/dl -> 18,51 mg/dl , PCT: 46,91 mg/dl -> 63,17 mg/dl, Leukozyten:
4890/ μ l -> 3490/ μ l, leichter Abfall Hb und Thrombozyten, Kreatinin: 6,8 mg/dl
-> 6,7 mg/dl, K: 5,7 mmol/l -> 4,6 mmol/l,



Verändern Sie die Antibiose?

- A Piperacillin/Tazobactam belassen
- B Meropenem
- C Piperacillin/Tazobactam + Gentamicin
- D Ciprofloxacin + Gentamicin
- E Meropenem + Ciprofloxacin
- F andere

Verändern Sie die Antibiose?

- A Piperacillin/Tazobactam belassen
- B **Meropenem**
- C Piperacillin/Tazobactam + Gentamicin
- C Ciprofloxacin + Gentamicin
- D Meropenem + Ciprofloxacin
- E andere



Verlauf nach weiteren 36 Stunden

•Stabilisierung, katecholaminfrei, Abfall CRP, Besserung Nierenwerte

•Blutkulturen (2x): E. coli

– Piperacillin	R	Gentamicin	S
– Meropenem	S	Imipemem	S
– Ampicillin	R	Tobramycin	S
– Cefuroxim	R	Ciprofloxacin	R
– Cefotaxim	R	Cefpodoxim	R
– Ceftazidin	R	Cotrimoxazol	S
– Levofloxacin	R	Piperacillin/Tazobactam	S
– Ampicillin/Sulbactam	R	Tigecyclin	S
– ESBL	P	Amp-C	N

•U-Kultur: E. coli, 10.000 – 100.000 KBE/ml, Antibiotogramm siehe oben



Verändern Sie die Antibiose?

- A Meropenem belassen
- B Piperacillin/Tazobactam
- C Meropenem + Gentamicin
- D Piperacillin/Tazobactam + Gentamicin



Verändern Sie die Antibiose?

- A Meropenem belassen**
- B Piperacillin/Tazobactam
- C Meropenem + Gentamicin
- D Piperacillin/Tazobactam + Gentamicin



Weiterer Verlauf

- Abfall Entzündungswerte
- Normalisierung Nierenwerte
- Entlassung 15 Tage nach Aufnahme

Fall 2

- Männlich, 67 Jahre, Vorstellung mit Fieber und produktivem Husten, stationärer Aufenthalt in externem KH wegen „Bronchitis“ bis vor 5 Wochen
- Vorerkrankungen:
 - KHK, Herzinsuffizienz NYHA II, Z.n. ACVB-Op, intermittierendes VHF
 - Benigne Prostatahyperplasie

Befunde bei Aufnahme

• RR 145/85 mmHg, HF 105/min (VHF), Temp 38,9°C, SO₂ 91% unter RL, AF 25/min

• Körperliche Untersuchung:

wach, orientiert, kein Meningismus,

arrhythmisch, Systolikum, Pulmo: links basal RGs,

kein DS, regelrechte Peristaltik,

enoral, keine vergrößerten LK tastbar, Extremitäten: diskrete

Unterschenkelödeme bds.

Neuro:

Cor: HT

Abdomen: weich,

Kopf/Hals: keine Rötung

Befunde bei Aufnahme

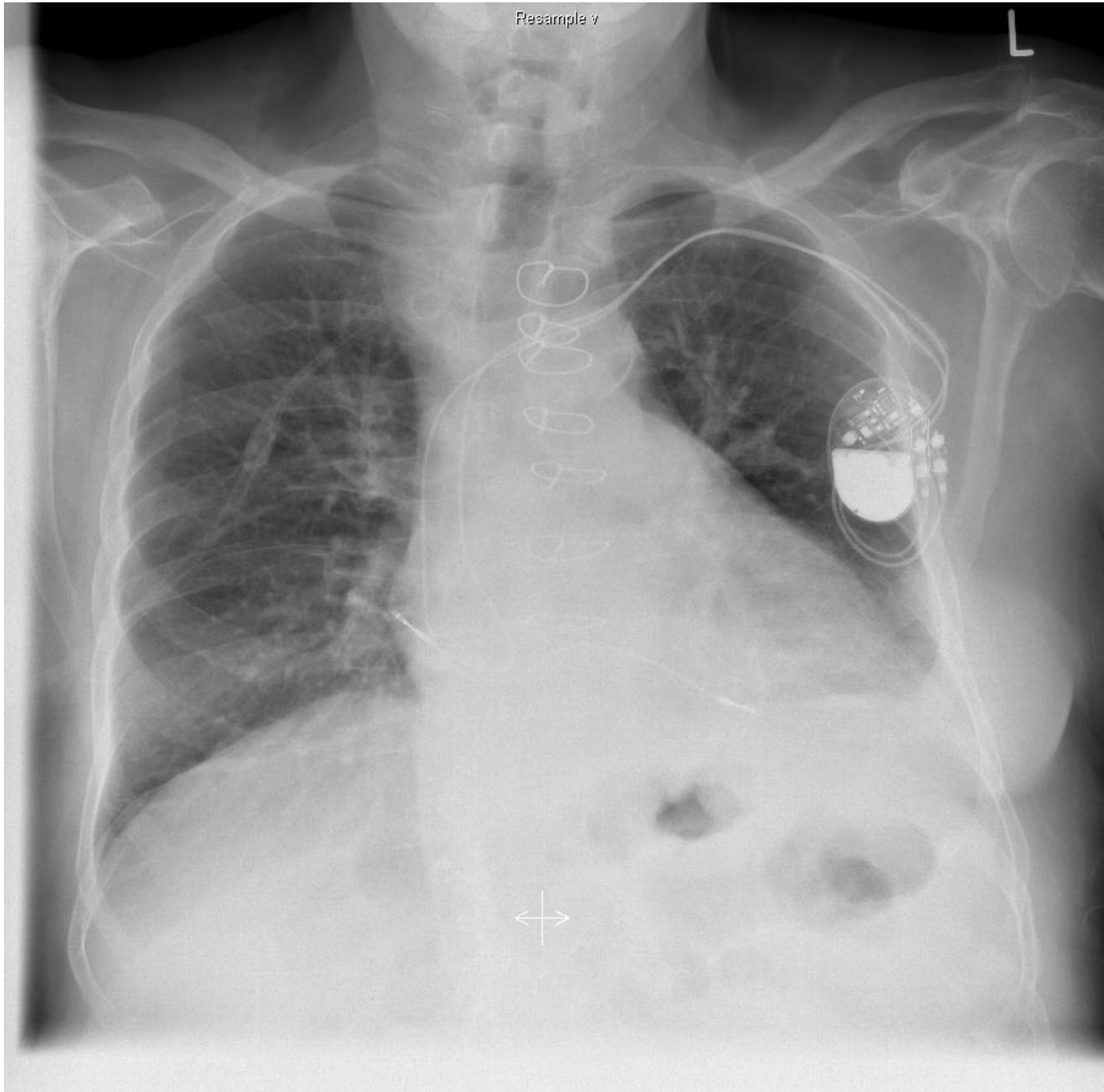
- Labor:

Leukozyten 17530/ μ l, Thrombozyten 142.000/ μ l, Hb 11g/dl,
12 mg/dl,
Quick 15%, PTT 40 sec,
Kreatinin 0,8 mg/dl, Bilirubin 1,1 mg/dl, GPT 31 U/l,
48 U/l

CRP
INR 3,8,
LDH 377 U/l,
GGT 65 U/l, CK

- U-Status: Leukozyten -, Nitrit -, Hb +

- Ausstehend: Blutkulturen, Legionellen – und Pneumokokken-Ag Urin





Empirische Antibiose?

- A Ampicillin/Sulbactam + Clarithromycin
- B Piperacillin/Tazobactam
- C Moxifloxacin
- D Piperacillin/Tazobactam + Clarithromycin
- E andere



Empirische Antibiose?

- A Ampicillin/Sulbactam + Clarithromycin
- B Piperacillin/Tazobactam
- C Moxifloxacin
- D **Piperacillin/Tazobactam + Clarithromycin**
- E andere

Verlauf nach 72 Stunden

- weiter Fieber, kreislaufstabil
- Labor: CRP: 12 mg/dl -> 14,8 mg/dl, Leukozyten 17530/ μ l -> 18700/ μ l, Gerinnung, Leber – und Nierenwerte sowie LDH stabil
- Legionellen- und Pneumokokken-Antigen im Urin negativ



Verlauf nach 72 Stunden

•BK (2x): Staphylococcus aureus

– Oxacillin	R	Cefazolin	R
– Tetrazyklin	S	Cotrimoxazol	S
– Erythromycin	R	Clindamycin	S
– Ciprofloxacin	R	Vancomycin	S
– Rifampicin	S	Gentamicin	S

•TEE: kein Nachweis Endokarditis-typischer Zusatzstrukturen, degenerativ veränderte Aortenklappe, reduzierte Klappenöffnungsfläche, eingeschränkt beurteilbar bei Schallauslöschung durch Kalk



Wie verändern Sie die Antibiose?

- A Vancomycin
- B Vancomycin + Gentamicin
- C Vancomycin + Rifampicin
- D Linezolid



Wie verändern Sie die Antibiose?

- A **Vancomycin**
- B Vancomycin + Gentamicin
- C Vancomycin + Rifampicin
- D Linezolid

Verlauf nach weiteren 48 Stunden

- Subfebrile Temperaturen
- Stagnation CRP und Leukozyten
- 3. Blutkultur ebenfalls Nachweis MRSA
- Erneutes TEE : V.a. Aortenklappenendokarditis bei Nachweis einer dicklichen echoflaunen endokarditistypischen Struktur bei atypischer Anlotung der Aortenklappe



Verändern Sie die Antibiose?

- A Vancomycin belassen
- B Daptomycin
- C Linezolid
- D Vancomycin + Rifampicin
- E Vancomycin + Rifampicin + Gentamicin



Verändern Sie die Antibiose?

- A Vancomycin belassen
- B **Daptomycin**
- C Linezolid
- D Vancomycin + Rifampicin
- E Vancomycin + Rifampicin + Gentamicin



Weiterer Verlauf

- Entfieberung
- Rückgang der Infektparameter
- Entlassung nach 6 Wochen i.v. Antibiose, klinisch deutlich gebessert



Klinische Fälle II

Stefanie Döbele, Innere Medizin I
Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie
Universitätsklinikum Tübingen

13. Symposium Infektionsmedizin in Tübingen - 07.03.2015



Fall 1

•Blutkultur: E. coli

– Piperacillin	R	Gentamicin	S
– Meropenem	S	Imipemem	S
– Ampicillin	R	Tobramycin	S
– Cefuroxim	R	Ciprofloxacin	R
– Cefotaxim	R	Cefpodoxim	R
– Ceftazidin	R	Cotrimoxazol	S
– Levofloxacin	R	Piperacillin/Tazobactam	S
– Ampicillin/Sulbactam	R	Tigecyclin	S
– ESBL	P	Amp-C	N

•U-Kultur: E. coli, 10.000 – 100.000 KBE/ml, Antibiotogramm siehe oben



So hätten Sie gezielt behandelt

A	Piperacillin/Tazobactam	%
B	Meropenem	%
C	Meropenem + Gentamicin	%
D	Piperacillin/Tazobactam + Gentamicin	%



Wie würden Sie jetzt behandeln?

- A Piperacillin/Tazobactam
- B Meropenem
- C Meropenem + Gentamicin
- D Piperacillin/Tazobactam + Gentamicin



Fall 2

- BK (2x): Staphylococcus aureus
 - Oxacillin R Cefazolin R
 - Tetrazyklin S Cotrimoxazol S
 - Erythromycin R Clindamycin S
 - Ciprofloxacin R Vancomycin S
 - Rifampicin S Gentamicin S
- TEE: kein eindeutiger Nachweis Endokarditis-typischer Strukturen



So hätten Sie behandelt

A	Vancomycin	%
B	Vancomycin + Gentamicin	%
C	Vancomycin + Rifampicin	%
D	Linezolid	%



Wie würden Sie jetzt behandeln?

- A Vancomycin
- B Vancomycin + Gentamicin
- C Vancomycin + Rifampicin
- D Linezolid



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!