Miriam Stegemann

infektiologie-beratung@charite.de

Kardiovaskuläre Infektionen
Aufgabe 3

Handout

Okt 2021

DGI ABS fellow 2.0
Berlin online

Sie werden um Mitbetreuung des Patienten in der Inneren Klinik gebeten..

- Die stationäre Aufnahme erfolgte über die Rettungsstelle bei Nachweis einer ambulant erworbenen Pneumonie und infektexazerbierter COPD.
- Die initiale Vorstellung erfolgte via RTW bei fieberhaften Infekt und Luftnot.
- Der Patient berichtet, dass er am Abend zunächst Schmerzen bei der Atmung in der Brustentwickelt hatte und dann steigendes Fieber gehabt habe. Er habe im Verlauf Luftnot sowohl in Ruhe als auch bei Belastung entwickelt. Es bestünde etwas Husten mit geringem weißlichen Auswurf. Der Patient habe daher gegen 4 Uhr morgens 50mg Prednisolon eingenommen, da dies seine Pulmologin im Fall von Infekt/Luftnot empfohlen habe. Bei dem Patienten bestünde eine Dauermedikation mit Prednisolon 10mg.
- Der Patient verneint Kontakte zu Menschen mit bestätigter SARS-CoV-2 Infektion. Es bestehen weder Verluste von Geruch/Geschmack, keine Rhinorrhoe, keine Diarrhöen, kein Erbrechen, keine Hautausschläge, keine Schmerzen.
- Nachtschweiß und ein ungewollter Gewichtsverlust wurden verneint. Eine Pneumonie-bedingte Bewusstseinstrübung lag bei Aufnahme nicht vor.

Vorerkrankungen

COPD Gold IV

- Z. n. mehreren Infektexazerbationen
- Schwere respiratorische Partialinsuffizienz

Z. n. mechanischem Aortenklappenersatz bei Aortenstenose Grad III (07/2008)

- Orale Antikoagulation mit Marcumar
- Mitralklappeninsuffizienz II. Grades

Diabetes mellitus Typ 2

- insulinpflichtig

Arterielle Hypertonie

Hypercholesterinämie

Benigne Prostatahyperplasie

Röntgen Thorax in zwei Ebenen vom 01.10.2020

- Chronische Lungengerüstveränderungen basal betont bei bekannter COPD.
- Bds. basal betonte retikuläre Zeichnungsvermehrung, rechtslateral und ventral betont - DD a.e. V.a. pneumonischen Infiltraten entsprechend.
- Keine akuten pulmonalvenösen Stauungszeichen.
- Kein Pleuraerguss.
- Kein Pneumothorax.
- Mediastinum mittelständig.
- Herz grenzwertig groß.
- Konsolidierte Rippenserienfraktur links.
- Sieben Sternalzerklagen. Aortenklappenersatz.

Verlauf..

- Bei ambulant erworbenener Pneumonie mit radiologischem Nachweis eines konfluierenden rechtsseitigen Infiltrats und erhöhten Infektparametern wurde eine kalkulierte Antibiose mit Unacid und Klacid begonnen.
- Bei ebenfalls Verdacht auf eine infektexazerbierte COPD wurde eine Steroidstoßtherapie über 5 Tage initiiert und anschließend auf die Dauermedikation mit 10 mg Prednison peroral reduziert. Zudem wurde eine Inhalationstherapie mit Salbutamol/Atrovent und eine physiotherapeutische Beübung begonnen.

Aus der Mikrobiologie erhalten Sie einen Anruf:

Blutkultur aerob+anaerob vom 01.10.2020:

Mikroskopischer Befund:	Gramfärbung Blutkulturfl. aerob grampositive Kokken					
	Gramfärbung Blutkulturfl anaerob grampositive Kokken					
Ergebnis:	Keim 1 Blutkulturfl. aerob und anaerob Streptococcus gallolyticus ssp. pasteurianus					
ANTIBIOGRAMM:	Keim 1	Keim 2	Keim 3	Keim 4	Keim 5	Keim 6
Cefotaxim	S <=0.12					
Levofloxacin	-					
Chloramphenicol	-					
Teicoplanin	S <=0.12					
Penicillin	S 0.12					
Ampicillin	S <=0.25					
Ceftriaxon	S 0.25					
Gentamicin	-					
Moxifloxacin	-					
Erythromycin	-					
Clindamycin	S <=0.25					
Vancomycin	S 0.25					
Linezolid	-					
Doxycyclin	-					
Tigecyclin	–					

Was empfehlen Sie jetzt bezüglich Diagnostik & Therapie?

Transthorakale Echokardiographie (06.10.2020):

Indikation: Bakteriämie Streptokokkus gallolytikus, 2/4BK, mech AKE, COPD, Pneumonie, -itis?

Linker Ventrikel

LVOTd	26 mm
Cardiac Index	4,7 l/min/m²
Schlagvolumen Index	47,2 ml/m²

Klappen:

Aortenklappe: (AV Vmax 2,66 m/s, AV Vmean 1,9 m/s, AV VTI 52,25 cm, AV PGmax 28 mmHg, AV PGmean 16 mmHg, AVA VTI 1,6 cm², AVA Vmax 1,6 cm², AVA Index. 0,9 cm²/m²).

Sonstige Befunde:

Zusammenfassende Beurteilung:

Gute Sedierung mit Propofol und Midazolam möglich, bei schwerer COPD mit Sauerstoffheimtherapie keine Sättigungseinbrüche. Visuelle Beurteilung der nativen Klappen mit zarter Mitralklappe mit minimaler Insuffizienz ohne Zeichen einer Endokarditis, sowie morphologisch und funktionell unauffälliger Trikuspidal und Pulmonalklappe. Mechanische Aortenklappenprothese unbekanntem Typs gute Darstellbarkeit, bei vereinzelt kleinsten Vegetationen der Klappe und entsprechendem Risikoprofil V.a. eine Endokarditis. Funktionell erhöhter Fluss über der Klappe sowie fehlender Regurgitation ("outwash-Phänomen").

Diagnose: Endokarditis

Procedere:

Wiedervorstellung zur TEE Kontrolle in ca. 2 Wochen

Welche Untersuchungen sind indiziert?

Welche Therapie empfehlen Sie? Ist eine Kombinationstherapie indiziert?

Welche Therapiedauer?

European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehv319

ESC GUIDELINES

2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis

The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM)

Authors/Task Force Members: Gilbert Habib* (Chairperson) (France), Patrizio Lancellotti* (co-Chairperson) (Belgium), Manuel J. Antunes (Portugal), Maria Grazia Bongiorni (Italy), Jean-Paul Casalta (France), Francesco Del Zotti (Italy), Raluca Dulgheru (Belgium), Gebrine El Khoury (Belgium), Paola Anna Erba[a] (Italy), Bernard Iung (France), Jose M. Miro[b] (Spain), Barbara J. Mulder (The Netherlands), Edyta Plonska-Gosciniak (Poland), Susanna Price (UK), Jolien Roos-Hesselink (The Netherlands), Ulrika Snygg-Martin (Sweden), Franck Thuny (France), Pilar Tornos Mas (Spain), Isidre Vilacosta (Spain), and Jose Luis Zamorano (Spain)

AHA Scientific Statement

Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications

A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association

Endorsed by the Infectious Diseases Society of America

Larry M. Baddour, MD, FAHA, Chair; Walter R. Wilson, MD; Arnold S. Bayer, MD; Vance G. Fowler, Jr, MD, MHS; Imad M. Tleyjeh, MD, MSc; Michael J. Rybak, PharmD, MPH; Bruno Barsic, MD, PhD; Peter B. Lockhart, DDS; Michael H. Gewitz, MD, FAHA; Matthew E. Levison, MD; Ann F. Bolger, MD, FAHA; James M. Steckelberg, MD; Robert S. Baltimore, MD; Anne M. Fink, PhD, RN; Patrick O'Gara, MD, FAHA; Kathryn A. Taubert, PhD, FAHA; on behalf of the American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and Stroke Council

***Circulation*. 2015;132:00-00. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000296.**

Literatur

Clinical Importance of *Streptococcus gallolyticus* Infection Among Colorectal Cancer Patients: Systematic Review and Meta-analysis

Annemarie Boleij,[1,2] Marleen M. H. J. van Gelder,[3] Dorine W. Swinkels,[1,2] and Harold Tjalsma[1,2]

[1]Department of Laboratory Medicine/830, Nijmegen Institute for Infection, Inflammation and Immunity (N4i), [2]Radboud University Centre for Oncology, and [3]Department of Epidemiology, Biostatistics and HTA of the Radboud University Nijmegen Medical Centre, The Netherlands

Table 1. Nomenclature of the Principal Human Species of the *Streptococcus bovis/Streptococcus equinus* Complex

New name	Former phenotypic designation	Synonym
Streptococcus gallolyticus subsp *gallolyticus*	*S. bovis* biotype I	*S. gallolyticus*
Streptococcus infantarius subsp *infantarius*	*S. bovis* biotype II/1	*S. infantarius*
S. infantarius subsp *coli*	*S. bovis* biotype II/1	*Streptococcus lutiensis*
S. gallolyticus subsp *pasteurianus*	*S. bovis* biotype II/2	*Streptococcus pasteurianus*

Infektiologische Beratung

Tel: +49 30 450 653666

infektiologie-beratung@charite.de

https://infektiologie-pneumologie.charite.de/fuer_aerzte/