

Stocker - Aufgabe 1:

Sprechen Sie liebevoll mit dem Intensivmediziner im Geiste des ABS:
Worauf achten Sie bei der Untersuchung der Patientin besonders?

- Encephalopathie
- mögliche Endokarditisläsionen
- (kutane)Abszesse

Was raten Sie dem Intensivmediziner?

- "Metastasen"suche
- Abszesssanierung
- Umstellung der Antibiose auf
Flucloxacillin

Welche Diagnostik soll er unbedingt veranlassen?

- TEE
- CCT/CT-Thorax/Abdomen
- Punktion des Abszesses
- Sonographie Abdomen
- Fremdanamnese mit Frage vorausgegangener AB-Therapie
- weitere Blutkulturen nach Umstellung Antibiose (Zeitpunkt steriler BK!)

Welche Therapie schlagen Sie vor?

- Flucloxacillin Mono 12g/Tag (in 4 bis 6 Einzeldosen) i.v. für 4-6 Wochen nach negativer BK (sonst noch Daptomycin möglich mit niedrigerer Evidenz)
- Vancomycin bei Penicillinallergie
- Fokussanierung

Welche Argumente führen Sie ins Feld um Ihre Empfehlungen zu stützen?

- am besten wirksam
- kein Selektionsdruck
- Leitlinie Endokarditis (bei SA-Nachweis bei Nativklappen)

Stocker - Aufgabe 2:

Was raten Sie dem Intensivmediziner?

-BK/Drainage entfernen wenn vorhanden bzw ZVK so lange Katecholamine

-Je nach klinischem Verlauf/Kat. Bedarf Cefuroxim für 7d wenn stabil, dann absetzen und 2d nach AB BK

Kontrolle

Welche Antibiotikatherapie schlagen Sie vor?

so belassen, nach ges 4 d Metro absetzen und wenn folgende BK negativ dann Cefuroxim nach 7d absetzen

Wie lange soll die Therapie laufen?

s.o.

wg. Bakteriämie/Sepsis 5-7d

Biomarker CRP/PCT als Verlauf nicht geeignet

Welche Argumente führen Sie ins Feld um Ihre Empfehlungen zu stützen?

- solange Katecholaminpflichtigkeit (jedoch mit sinkendem Bedarf) ATB so belassen

Stocker - Aufgabe 3:

Staphylococcus aureus - Welche (ungebetenen) Ratschläge erteilen Sie?

Worauf achten Sie bei der Untersuchung der Patientin besonders?

- eingehende körperliche Untersuchung mit Fokus auf den initialen Herd (Ellenbeuge)

Was raten Sie dem Intensivmediziner?

- Auskultation Herz (--> TEE), kutane Stigmata
- Sekretentnahme Lunge
- BK
- "Plastik"-Wechsel
- Röntgen-Thorax
- Ganzkörper-CT

Diskutieren sie die Argumente für und gegen Cefazolin vs. Flucloxacillin?

- Inokulum-Effekt gegen Cefazolin (Dosisabhängig)
- Lebertoxizität gegen Flucloxacillin

Nannini (2009)

These results suggest that for serious MSSA infections, the presence of a significant inoculum effect with cefazolin could be associated with clinical failure in patients treated with this cephalosporin, particularly when it is used at low doses

Allen (2018)

This meta-analysis demonstrated that the use of cefazolin was associated with significant reductions in all-cause mortality, clinical failure, and discontinuation due to adverse events, but was associated with an increased risk of infection recurrence.

Changcheng (2019)

This meta-analysis demonstrated that the use of cefazolin was associated with significant reductions in all-cause mortality, clinical failure, and discontinuation due to adverse events, but was associated with an increased risk of infection recurrence.

- Antibiotikatherapieregime-Wechsel auf Flucloxacillin 12g (6x2g/tgl.), prolong. Gabe, ggf. Alternative in Abhängigkeit von Leberparameter Cefazolin
- Folge-BKs
- Begründung des Wechsels: zu breit, zu unspezif., Fokus (Stap. aureus)

Wie hat sich die Diskussion über die Jahre entwickelt?

- "Standard" Flucloxacillin eher kein Cefazolin

Wie war die Einschätzung von Cefazolin 2009? Wie ist sie heute?

- Stellenwert von Cefazolin als Alternative zu Flucloxacillin wächst

Was wäre nötig um die Frage endgültig zu klären?

- RCT mit z.B. folgenden Parametern Kosten/Nutzen-Faktor, Toxizität,
- eventuell Komb. Fosfomycin (stark bakterizid, schnelle Reduktion der Keimlast)

Pfäfflin - Aufgabe 1:

Welche Anpassung der Antibiotikatherapie empfehlen Sie? Nennen Sie ggf. mehrere Alternativen.

Carbapenem-Antibiotikum

Meropenem

Ertapenem, wenn verfügbar

- Wäre eine Therapie mit Therapie mit Piperacillin-Tazobactam bei dem vorliegenden Antibiogramm eine mögliche Therapie?

Nein

- Wenn eine Zystitis vorliegen würde (und keine Pyelonephritis) würden Sie dann eine andere Antibiotikatherapie wählen und wenn ja welche?

-Nitrofurantoin

-Gentamicin Einmalgabe

-Pivmecillinam oder Nitroxolin (ggf. Nachtstung durch Labor und Schwangerschaftsausschluss)

Pfäfflin - Aufgabe 2:

Antibiotikatherapie bei Implantatassoziiertem 3MRGN Pseudomonas

Warum 3MRGN Pseudomonas bei Carbamapenem Resistenz?

- Leitsubstanz Ceftazidim R, jedoch Cefepim als Cephalosporin noch I daher 3MRGN

In Welchem Fall 4MRGN Klassifikation?

- Wenn Cefepim auch Resistent wäre

Aktuelle Antibiotikatherapie sinnvoll?

Falls nein, Alternativen?

- Meropenem absetzen da MHK ≥ 16 ,
und Colistin auch ab
stattdessen Ceftazidim/Avibactam

Vorschläge/Erwartungen Krankheitsverlauf?

- Schwierig ohne LVAD da sonst HLM nötig.
- Versuch UV-Bestrahlung Driveline
- Aufgrund thromboembolischem Ereignis (Milzläsion, frisch) zusätzliche Ereignisse bei Verbleib Driveline als Quelle zu erwarten und bei bereits dialysepflicht und Nierenerkrankung kritisch

Kursfall:

Fosfomycin absetzen, Flucloxacillin weiter i.v in Dosis 6 x 2g tgl.
Fokussuche, MRT Wirbelsäule, ggf. PET-CT, 2-tägig BKs bis negativ

Pfäfflin - Aufgabe 3:

Patient S., männlich, 35 Jahre ohne VE, Motorradunfall in Griechenland.

Wie ordnen Sie den Befund des Rektalabstrichs ein?

- Kolonisation

Welche weiterführende Diagnostik empfehlen Sie und warum?

- BK!
- Anforderung Mibi-Labor mit MHKs, erweiterte Testung
- Bronchoskopie
- Labor: PCT, Laktat!
- Sono-Thorax und ggf. Punktion
- CT-Thorax, CT- Oberschenkel
- Punktat aus der Drainage in die Mikrobiologie

Welche empirische Antibiotikatherapie empfehlen Sie und warum?

- Meropenem hochdosiert (bei MHK $<8\text{mg/l}$) plus Fosfomycin (bei Fokus Knochen)