

Gruppe 1 - Stegemann - Aufgabe 1:

Welche Diagnose stellen Sie?

Nach vorliegenden Informationen und gemäß Duke-Kriterien "mögliche Endokarditis"

Welche Kriterien treffen zur Diagnosesicherung zu?

Duke-Kriterien:

1. Hauptkriterium vergrünende Streptokokken in BK

Nebenkriterien (2/3):

- Fieber
- prädisponierende Klappenerkrankung (bicuspidale AK)

Welche Therapie leiten Sie ein?

- Penicillin/Ampicillin oder Ceftriaxon bei vergrünenden Streptokokken (bei MHK < 01,25mg/l)
- Dauer abh von der definitiven Diagnose
- erneute Kontroll TEE und BK nach 7 Tagen
- in Anbetracht des Alters
- PET CT ergänzen z.A. Aktivität im betroffenen Gebiet
- CCT /cMRT z.A. septischer Embolien

Gruppe 2 - Stegemann - Aufgabe 2:

67J, V.a. Pneumonie

Jul 2020

Wirklich CAP?

- eher nein, da kein purulenter Auswurf und Husten schon seit 3 Wochen
- Patient immunsupprimiert
- Viel Fremdmaterial im Körper
- CURB65 = ?
- Duke-Kriterien:
 - Nebenkriterien: Fieber, positive BK (untypischer Keim), Herzerkrankung mit Kunstklappe

Adäquate Medikation?

- Amoxicillin/Clavulansäure für 7d?
- Nein!

Differentialdiagnosen?

- Pleuraempyem
- Endocarditis
- Fremdkörperinfekt

Wurde etwas vergessen?

- Körperl Untersuchung mit Auskultation Cor, Suche nach Stigmata (Osler-Knötchen, Janeway-Lesions), Gelenkstatus
- Auffälligkeiten Devices/Tascheninfektion (Rötung, Fluktuation?)
- EKG (ggf. Vor-EKG)
- Stationäre Aufnahme! (u.a. auch B-Symptomatik)
- weiterführende Diagnostik, wie BK, CT-Thorax, TTE/TEE
- Blutkultur, Senkung, Urinsediment, Urinkultur
- ggf. Thoraxsono weil schneller verfügbar und Punktion

Aug 2020

Nachweis von Staphylococcus epidermidis in der Blutkultur – ist das relevant?

- Da mehrfach nachgewiesen - JA!!!

Stellen Sie die Indikation zur Antibiotikatherapie, wenn ja, wie behandeln Sie? Therapiedauer?

- Flucloxacillin + Rifa
- Mind. 4-6 Wochen ab sauberer BK

Weitere Untersuchungen? Weitere Massnahmen?

- Konsil Kardiologie/Kardiochirurgie
- Re-Echo unter laufender AB

Welches Procedere empfehlen Sie jetzt?

- Möglichkeit SM-Explantation?
- Ggf. Erstmal nur "Strippenwechsel" und MiBi vom Plastik
- Wenn nein ggf. Langzeitsuppression

Therapie wird für 2 Wochen durchgeführt, dann abgesetzt - Meinung dazu?

- Therapie zu kurz
- Keine Hinweise auf klinischen Verlauf

Und jetzt?

- SM-Wechsel!!! (In absprache mit Kardio)

Gruppe 3 - Stegemann - Aufgabe 3:

Nach Duke Kriterien: Endokarditis gesichert.

Streptococcus gallolyticus

- Welche Untersuchungen sind indiziert?

- Klinische Untersuchung - Endokarditische Läsionen ? Osler, Janeway, Splinter Hämorrhagien?
- BK, U-Kultur, Sputum
- TEE
- Koloskopie im Verlauf
- Ganzkörper CT zur embolischen Suche

- Welche Therapie empfehlen Sie?

- Unacid/Klacid absetzen
dann
Penicillin G
12–18 Millionen U/Tag i.v. in 4–6 Dosen
6 Wochen ab 1. steriler BK

Vorstellung Kardiochirurgie
TEE Kontrolle

- Ist eine Kombinationstherapie indiziert?

- Monotherapie ausreichend

- Welche Therapiedauer?

6 Wochen

Kontroll-TEE

Gruppe 1 - Mandraka - A und B:

A) Welche Maßnahmen empfiehlt die KRINKO, um das Risiko einer Kontamination zu vermeiden?
Benennen Sie mindestens 4 Punkte.

- Händehygiene
- Barrieremaßnahmen (ggf. Handschuhe, Mund-Nase-Schutz)
- Desinfektionszeit beachten, nicht Nachtasten
- möglichst 3 Paar abnehmen an unterschiedlichen Punktionsstellen
- Blutkulturkit (alle Materialien verfügbar)
- keine Abnahme aus ZVK (auch nicht aus "frischem" ZVK)

B) Welche Interpretationshilfen/-hinweise gibt die KRINKO zur Bewertung von Blutkulturbefunden mit Bezug auf mögliche Kontamination?

Faktoren, die gegen Verunreinigung sprechen:

- mehrere, unabhängige Kulturen mit dem gleichen Erregernachweis
- Klinik, die mit Infektion vereinbar ist
- Keime, die eher gegen Verunreinigung sprechen: Staph. aureus, Enterokokken, Enterobacteriaceae
- Keimnachweis ZVK-Spitze oder an anderem lokalem Fokus identisch zum Keim in Blutkultur

Faktoren für Verunreinigung: z.B. singulärer Nachweis von Hautkeimen, insb. koagulasenegative Staphylokokken

Weitere Interpretationshilfe, zB. Abnahme von peripheren BK und zentralen BK (differential-time-to-Positivity)

Gruppe 1 - Mandraka - Fall 1:

Welche mikrobiologische Diagnostik sollte durchgeführt werden?

- Blutkulturen bei Fieber sowieso indiziert
- tiefer Wundabstrich, ggf. Gewebeprobe aus Tiefe / vom Wundrand, vorher Fibrinbeläge steril entfernen

Weitere Diagnostik:

- chirurgische Vorstellung in der NA
 - - Röntgen Fuß z.A. Osteomyelitis

Benennen Sie mögliche infektiologische Komplikationen?

- Knochen-/Gelenkbeteiligung
- Sepsis
- Fasciitis

Empirische AB-Therapie? Ja/Nein? Wenn ja, was?

Nach dem Bild und Anamnese handelt es sich mindestens um eine Phlegmone, von Patientenseite gewisse

Risikofaktoren, daher bis auf weiteres Unacid (bei Allergie Cephalosporin)

Gruppe 2 - Mandraka - Fall 1: (Weichteilinfekt)

Diabetischer Fuß mit exazerb. Ulcus

- komplizierte Phlegmone

Welche MiBi Diagnostik?

- Wundabstrich Fuß tief od. Punktat/Biospie, BK (3 Paare) - beides plus Resistogramm falls Erregernachweis
- Chirurgische Vorstellung
- Fußpulse/FKDS

Infektiologische Komplikationen?

- Knochenbeteiligung, Infektion tieferliegender Strukturen (CT)
- systemische Infektion/Sepsis
- (Komplizierte Wundheilung, drohende Amputation)

Empirische AB-Therapie, wenn ja was?

- Empirischer Beginn ja
- Amp/Sulb oder Amoclav, initial i.v.
- Ggf. Resistenzgerechter Wechsel
- Ggf. andere Strategie wenn bereits Osteomyelitis/Komplikationen

Gruppe 2 - Mandraka - Fall 2: (Weichteilinfekt)

Ist eine mikrobiologische Diagnostik sinnvoll?

- erweiterte Anamnese (sicher kein i.v. abus?)
- Immundefekt Anamnese/Diagnostik (Diabetes, HIV), generell BE (Infektparameter)
- Wundabstrich tief

Wie würden Sie therapeutisch vorgehen?

- Primär chirurgische Versorgung wenn kein Hinweis auf syst. Beteiligung
- Ggf. antiseptische Wundbehandlung
- WV bei Verschlechterung

Gruppe 3 - Mandraka - Aufgabe C:

Was ist entsprechend der KRINKO Empfehlungen bei der Abnahme und beim Transport von BK zu beachten, will man beste Voraussetzungen zur Berechnung eine DTP?

- Zeitgleiche Abnahme
unter strengen sterilen Bedingungen
- Transportdauer sollte weniger 12 h betragen
- Abnahme gleicher Volumina

Gruppe 3 - Mandraka - Aufgabe D:

Beschreiben Sie, in welcher Art die Einsendung einer Katheterspitze nach Empfehlungen der KRINKO erfolgen sollte.

- Einsendung nur unter bestimmten Bedingungen und ausgewählten Situationen
- Einsendung unter sterilen Bedingungen

Gruppe 3 - Mandraka - Fall 2:

- Halten Sie den Befund für vereinbar miteiner Gürtelrose?

Nein

- Arbeitsdiagnose?

Abszess

- Differentialdiagnose?

eingehende Dorgenanamnese (Spritzenabszess?)

Reiseanamnese erheben (Bild schlecht aber ggf. an Leishmaniose denken)

- Ist eine mikrobiologische Diagnostik sinnvoll bzw. notwendig?

Wundabstrich E+R sowie speziell auf PVL (Panton-Valentine-Leukozidin), Virulenzfaktor von Staph aureus

kleines und großes BB, CRP

HIV-Test

klinische Untersuchung

Temperaturmessung

zunächst keine BK, ggf. bei klin. Verschlechterung

- Wie würden Sie therapeutisch vorgehen?

Chirurg. Wunddebridement mit Gewebeproben zur mikrobiolog. Diagnostik