

## **Epple - Aufgabe 1:**

Perioperative / periinterventionelle Antibiotikaprofylaxe

### 1. Wie bewerten Sie die bisherige Praxis?

- Falsche Substanz?
- Dauer der Prophylaxe zu lange
- Dosierung korrekt

### 2. Welche Erreger sollen berücksichtigt werden?

- Unterer GI-Trakt, Anaerobier
- Nicht: Enterokokken

### 3. Wie ist die lokale Resistenzlage dieser Erreger?

- Keine Penicilline (Resistenzlage)

### 4. Wie lautet Ihre Empfehlung hinsichtlich Substanzwahl und Dauer der PAP zur TURP?

- Cefuroxim/Metronidazol als Einmalgabe
- Fosfomycin als Alternative?
- Vermeidung von Fluorchinolonen
- Lokale Säuberung mit PVP-Jod

## **Epple - Aufgabe 2**

1) Wie beurteilen Sie die Effektivität der PAP bei der SM-Implantation generell?

gut, ist generell zu befürworten

2. Welche Keime erwarten Sie bei einer Wundinfektion nach SM-Implantation?

KNS (42%)

Staphylococcus aureus (25%)

Gram neg. (9%)

Polymikrobiell (7%)

3. Wie beurteilen Sie die gängige Praxis Ihrer kardiologischen Kollegen?

Prinzipiell ist eine antibiotische Prophylaxe zu befürworten, die ausgewählte Antibiose jedoch nicht.

3x1,5 g Cefuroxim ist unnötig - Einmalgabe reicht aus (30-60 min präop)

4. Welche Empfehlung zur PAP bei SM-Implantation geben Sie?

Cefuroxim 1,5 g oder Cefazolin 2 g  
alternativ (bei anaphylaktoider Penicillinallergie): Vanco, ggf. Cotrim

Aktives Screening auf *S. aureus* Besiedlung

5. Was empfehlen Sie bei einem Patienten mit MRSA-Besiedelung des Nasopharynx?

- Gabe von Vancomycin 90-120 min. vor dem Eingriff als Einmalgabe
- Alternativ CoTrim Einmalgabe 30-60 min vor Eingriff
- Dekolonisierung präoperativ

### **Epple - Aufgabe 3:**

Nach Anamnese 3x Durchfall/24h und  
Testung auf CDI  
bei leichtem Verlauf

Beginn mit Vancomycin bei  
Erstereignis 4x 125mg p.o.  
und  
Zweitereignis mit ausschleichendem Schema

- geringeres Rezidivrisiko
- kürzere Therapiedauer  
(vermeintlich niedr. Kosten)

### **Stocker - Aufgabe 1:**

Intraabdominelle Infektionen der Patient hat was im Bauch. Was raten Sie dem Chirurgen?

- Klinik: Kein Anhalt für eine Sepsis (Laktat? Neurologie/Pulmo?), keine Kreislaufunterstützung
- Mibi: erwartbare abdominelle Keime

=> Abwartendes Vorgehen, zeitgerechter Verlauf.

=> KEIN Wechsel der antibiotischen Therapie, Cefuroxim/Metronidazol für 4 Tage.

Was halten Sie vom U-Stix und vom radiologischen Befund?

- **Leukozyturie:** liegender DK, keine Konsequenz
- **Fragliches Infiltrat im RÖTH:** respiratorische Symptome (Purulenten Sekret?), ggf. Sekret an Mibi, ggf. Kontrolle

Mit welcher Wahrscheinlichkeit rechnen Sie mit einer postoperativen Komplikation?

- ca. 20% (STOP-IT trial)

### Welche Diagnostik schlagen Sie vor?

- Klinik!
- Infektwerte
- Nur bei Verschlechterung Bildgebung (CT-Abdomen)
- DK und ggf. Drainagen ex?!
- Blutkulturen?

### Welche Antibiotikatherapie schlagen Sie vor?

- Cefuroxim/Metronidazol für 4 Tage
- Bei klinischer Verschlechterung nach neuem Fokus, inkl. Enterokokken.

### Welche Studien führen Sie ins Feld um Ihre Empfehlungen zu stützen?

- **STOP-IT Trial** (Sawyer NEJM 2015): Kein Unterschied in SSI, recurrent intraabdominalen infection, death für 4 vs. 8 Tage antibiotische Therapie (beide um 22%).
- (**DURAPOP trial** (2018): Kein Benefit für das Fortführung der antibiotischen Therapie nach 15 Tagen).

### **Stocker - Aufgabe 2:**

• Divertikulitis CT St. IIa, 3d Cefuroxim + Metronidazol, DG++, Temp 37,2°, Leuk 10Tsd, CrP 120  
unkompliziert intraabdom. Infektion (keine Perforation): leicht bis mittelschwer (n. Hinchey)

#### 1. Empfehlung:

Kompliziert operieren mit Antibiose, unkompliziert Schub abwarten und Infektfreien intervall operieren

#### 2. Klassifikationen:

Hansen/Stock (Dtld.) vs. mod. Hinchey (Restwelt)

#### 3. Welche Antibiose:

Keine

#### 4. Studien:

Daniels(2017): Observational treatment without antibiotics did not prolong recovery and can be considered appropriate in patients with uncomplicated diverticulitis

Chabok(2012): Antibiotic treatment for acute uncomplicated diverticulitis neither accelerates recovery nor prevents complications or recurrence. It should be reserved for the treatment of complicated diverticulitis

Jaung (2020): The STAND study is the first double-blind randomized control trial to assess non-inferiority of placebo compared to antibiotic management of uncomplicated acute diverticulitis. This result provides arguably the strongest evidence to date in support of omitting antibiotics in selected patients presenting with uncomplicated acute diverticulitis.

### **Stocker - Aufgabe 3:**

Die Frage lautet: Caspofungin oder Fluconazol?

- Caspofungin

Was raten Sie dem Intensivmediziner?

- Blutkultur
- erweiterte virale Diagnostik
- atypische Erreger
- Pneumocystis j.
- Cryptokokken-PCR (Fluconazol)
- BAL GalactomannanAG

Welche Diagnostik?

- erneute BAL

Verlaufskontrollen bzgl UAW

Welche Therapie?

- Caspofungin

### **Migaud - Aufgabe 1:**

25-jährige Frau mit Brennen beim Wasserlassen seit dem Vortag, kein Fieber, keine Rückenschmerzen, keine Makrohämaturie. Die Patientin würde gerne auf ein Antibiotikum verzichten.

Können Sie das verantworten?

- Ja (unabhängig von einer evtl. Schwangerschaft).

Was sind die Gefahren?

- Oberer Harnwegsinfekt/Pyelonephritis (höheres Risiko im Vergleich zu einer antibiotischen Therapie).
- ggf. unter Ibuprofen länger Beschwerden

Was können Sie der Patientin anbieten?

- Symptomatische Behandlung, z.B. Ibuprofen, Uvalysat-Tropfen, Cranberry-Extrakt, Mannose (Rezidivprophylaxe), viel trinken.
- Bei Verschlechterung antibiotische Therapie (Standby-Rezept), z.B. mit Pivmecillinam, Nitrofurantoin, (Fosfomycin).

### **Migaud - Aufgabe 2:**

25j. Patientin, Lumbalgie, Nitrit+++, Leukos +++, E coli 10<sup>6</sup> ESBL  
rezidiv. HWI anamnest.

1. Bei anstehendem urologischen Eingriff, bei Klinik für PN (Temp.-Messung. Nierenlager  
klopfschmerzhaft?, ggf. Sono), Schwangerschaft

Ciprofloxacin 500mg BID oder Levofloxacin 750mg QD p.o.

### **Migaud - Aufgabe 3:**

Keine Empfehlung für orales Cephalosporin bei schlechter Bioverfügbarkeit (schlechte Resorption v.a. bei  
CoMedikation z.B. PPI)

Variante: - 1.Dosis i.v. Gabe , dann oral