DIE 10-MINUTEN-SPRECHSTUNDE

Auch die Vordiagnosen beachten

Fieber bei einer 78-Jährigen

J. R. Bogner

Eine 78-jährige Patientin leidet seit zwei Tagen unter Brennen beim Wasserlassen, Pollakisurie und einer subjektiven Verschlechterung des Allgemeinzustandes, die von Kraftlosigkeit und Bauchschmerzen begleitet wird. Außerdem berichtet die Patientin über Blähungen und einen aufgetriebenen Bauch, der sich sehr schmerzhaft anfühlt.

Abb. 1 Infizierte Sprunggelenksarthrodese links.

— Sie kennen die Patientin schon seit etlichen Jahren. Sie lebt noch mobil zu Hause und versorgt sich selbst. Folgende Vordiagnosen sind bekannt: Cholezystolithiasis, vor drei Jahren Cholezystektomie, Erhöhung der Transaminasen, Thrombopenie, Leberparenchymschaden bei vermehrtem Alkoholgebrauch, oral eingestellter Diabetes mellitus, paroxysmales Vorhofflimmern, nicht operationsbedürftiges Meningeom.

Die Patientin wurde vor einem Jahr für vier Wochen im Krankenhaus wegen eines phlegmonösen Weichteilinfektes am linken Mittelfuß, der zu einer Bakteriämie geführt hatte, behandelt. Acht Jahre früher war auf derselben Seite eine Sprunggelenksarthrodese durchgeführt worden. Weitere Knochen-OPs: Beidseitige Hüft-TEPs, osteosynthetisch versorgte Radiusfraktur.

Initialtherapie ohne Erfolg

Aufgrund des V.a. unkomplizierten Harnwegsinfekt (HWI) wird die Patientin mit Cotrimoxazol 1-0-1 behandelt. Am Tag 3 der Behandlung ruft die Patientin zu einem Hausbesuch. Die Harnwegsbeschwerden sind zwar besser geworden. Jetzt ist aber zusätzlich Fieber aufgetreten (38,3 °C oral). Der Blutdruck liegt bei 105/70 mmHg, der Puls bei 115/min (arrhythmisch). Die Atemfrequenz ist auf 24 in der Minute erhöht. Die Patientin wirkt sichtlich krank und schwach.

Das müssen Sie abklären

- Ist aus dem unkomplizierten ein komplizierter HWI geworden?
- Handelt es sich eventuell um eine Infektion mit resistenten Erregern?
- Kann es sich um den Übergang in eine Sepsis handeln?
- Welche Rolle spielen die Vor- und Begleiterkrankungen?

Sie entschließen sich, die Patientin noch genauer zu untersuchen. Es fallen Knöchelödeme beidseits auf, links mit deutlich stärkerer Schwellung, Rötung und Überwärmung (Abb. 1) als rechts.

Bei der Auskultation des Herzens hören Sie ein Systolikum über dem Aorten-Auskultationspunkt. Auch liegt eine Fortleitung in die Karotiden vor. Aufgrund dieser Befunde sind die Vordiagnosen wichtig. Im Hinblick auf die Schwere des Krankheitsbildes entschließen Sie sich zur stationären Einweisung.

Was müssen Sie veranlassen?

1. Diagnostik · Bestimmung der Entzündungsparameter und mikrobiologische Untersuchungen. Hier denken Sie besonders an eine Urinkultur und mindestens zwei Sets Blutkulturen bei V.a. Sepsis/Endokarditis. Bildgebende Verfahren: Röntgen der Sprunggelenksarthrodese, Echokardiografie und Ultraschall des Abdomens.

2. Therapie · Da sich der Zustand der Patientin unter Cotrimoxazol verschlechtert hat, ist die Fortsetzung der Therapie nicht sinnvoll. Nach dem Prinzip der kalkulierten antibiotischen Therapie muss nun die schwerstmögliche Infektionskrankheit baldmöglichst mit einem bakteriziden i.v.-Wirkprinzip behandelt werden.

3. Management von Diagnostik und Therapie · Die Grenzen der ambulanten Versorgung sind überschritten. Bei dieser Patientin besteht ganz klar die Indikation zur Klinikeinweisung. ■

→ Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Johannes Bogner
Sektion klinische Infektiologie, Med IV,
Klinikum der Universität München
Pettenkoferstr. 8a, D-80336 München
E-Mail: johannes.bogner@med.uni-muenchen.de

Kasuistik

WIE GING ES WEITER?

Die Blutkulturen ergaben eine *S. aureus*-Bakteriämie. Als Quelle wurde die infizierte Sprunggelenksarthrodese auffindig gemacht. Von dort aus hatte sich eine Endokarditis der Aortenklappe entwickelt. Nach adäquater antibiotischer Behandlung und Infektquellen-Sanierung (Unterschenkel-Amputation) konnte die Patientin in eine Rehabilitationsklinik verlegt werden.