

Klinisch-Pathologische Konferenz

18.01.2017

Zeit: 18.01.2017, 12.15 Uhr

Ort: Hörsaal D, Hörsaalzentrum (im Innenhof zwischen den Univ.-Kliniken für Chirurgie und Univ.-Klinik für Innere Medizin, Univ.-Klinikum Graz)

Diskutant: Prim. Univ.Doz.Dr. Christoph Wenisch, Vorstand der 4. Medizinischen Abteilung mit Infektions- und Tropenmedizin, SMZ-Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien

Moderation: o.Univ.Prof. Dr. Günter J. Krejs

Fall 164 46-jähriger Informationstechniker mit Bauchschmerzen, Dyspnoe und sich schnell entwickelndem Multiorganversagen

Der vorher gesunde Franzose, der Trainer und Betreuer für das Netzwerk LinkedIn ist, hatte 9 Tage vor seiner Abreise nach Graz einen Spaziergang mit seinem 8-jährigen Sohn in der Umgebung von Strassburg im Elsass gemacht. Er habe sich dabei eine kleine Wunde am linken Unterarm zugezogen, für ihn fraglich ein Insektenstich. Er hätte auch in den Tagen vor der Abreise 1-2 Tage Halsschmerzen und 1 Tag Fieber gehabt, ebenso sein Sohn. Am Tag nach der Ankunft in Graz hätte er sich ein Sandwich mit Käse und Schinken gemacht, von dem er auch noch am nächsten Tag gegessen hätte. Am 3. Tag in Graz klagt er abends über Bauchschmerzen und erhält von einer Bekannten Diclofenac. Sonst keine Medikamente. Es sind keine Allergien bekannt, er hat keine Haustiere, ist Nichtraucher und es besteht kein Alkohol- oder Drogenabusus. Am 4. Tag in Graz verschlechtert sich sein Zustand mit zunehmenden Bauchschmerzen, er hat zweimal Durchfall aber kein Erbrechen, er wird dyspnoeisch und kollabiert in seinem Hotelzimmer, woraufhin er in die Notfallaufnahme gebracht wird.

In der Notfallaufnahme findet sich der Patient in „einem Zustandsbild des Schocks“, Blutdruck 95/45, Puls 99/min, SO_2 86%, Temp. 36,8°C. Haut: marmoriert, zyanotisch, livide blau verfärbter Rücken, Cor: rein, tachykard und rhythmisch, vesiculäres Atmen beidseits, Abdomen: Abwehrspannung, diffuse Schmerzen mit Betonung im Unterbauch, Extremitäten livide, blaue Akren, ST-Hebung, im Echocardiogramm hochgradig reduzierte LV-Funktion, diffuse Hypokinesie, keine hämodynamisch wirksamen Vitien, Coronarangiogramm: langsamer Fluss in allen Gefäßen, keine hämodynamisch relevanten Stenosen. Abnahme von 3 Blutkulturen, Beginn mit Meropenem 2 g. Schädel CT unauffällig, CT Thorax normal, CT-Abdomen: ausgeprägte Steatosis hepatis, knapp kranial des Truncus coeliacus ein singulärer vergrößerter Lymphknoten (1,4x0,9 cm).

Initiales Labor: Hb 13,2 g/dl (14,0-18,0 g/dl), Leukozyten 2,45x10⁹/l (4,0-9,0x10⁹/l), 15% Lymph, 81% Neutrophile, Quick 48% (70-130%), CK-MB 28 U/l (1-24 U/l), hs Troponin I 95 ng/l (0-26 ng/l), Kreatinin 4,5 mg/dl (0,7-1,2 mg/dl), GFR 14 ml/min (80-140 ml/min), CRP 32 mg/dl (0-0,5 mg/dl), D-Dimer 4491 µg/l (0-500 µg/l), Myoglobin 241 mg/ml (23-70 mg/ml), Ges.Bilirubin 2,3 mg/dl (0,1-1,2 mg/dl), ALT 327 U/l (10-50 U/l), LDH 433 U/l (120-240 U/l), Procalcitonin 90 ng/ml (0-0,05 ng/ml), die 3 Blutkulturen blieben negativ. PCR im EDTA-Blut negativ auf Meningokokken, Pneumokokken, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, Streptokokken der Gruppe B, *Listeria monocytogenes*. Keine Fragmentozyten im Blutaussstrich, Haptoglobin 266/dl (30-200/dl).

Trotz aller intensivmedizinischer Maßnahmen und zusätzlich Levofloxacin und Ampicillin kann unter Beatmung, Dobutamin und anderen Pressorsubstanzen sowie Solucortef (wegen möglicher NNR Insuffizienz) und maximaler Oxygenierung keine hämodynamische Stabilität und ausreichende Oxygenierung erreicht

werden (pO₂ 59 mmHg); arterieller pH 7,3, BE -12, Laktatanstieg über 10 mmol/l. ECMO kann nicht zur Anwendung kommen. Der Patient verstirbt weniger als 24 Stunden nach der Aufnahme im Multiorganversagen.

Eine Obduktion wurde durchgeführt und ein diagnostisches Testresultat langte 3 Tage später ein.

Lösung CPC 164

Diagnose: Leptospirose, fulminanter Verlauf mit Multiorganversagen

Diagnost. Test: Serologie: *Leptospira copenhageni* Microagglutinationstest 1:400 positiv

Diskutant: Prim. Univ.Doz.Dr. Christoph Wenisch, Vorstand der 4. Medizinischen Abteilung mit Infektions- und Tropenmedizin, SMZ-Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien