

Patient mit Fieber, Durchfällen und retrosternalem Druckgefühl

Diagnostische und therapeutische Überlegungen

von Tilo Schluppeck, Frank Lazar, Gottfried Feuchtgruber und Alexander Schöning

Anamnese

Sechs Tage vor der Krankenhauseinweisung hatte der 71-jährige sportliche Patient diskrete seitliche Halsschmerzen rechts und fieberhafte Temperatur von 38° C. Intermittierend bestanden Schüttelfrost und Bauchschmerzen sowie ein rechtsseitiges thorakales Druckgefühl. Die Symptome behandelte der Patient selbst mit fiebersenkenden Medikamenten. Ein bis zwei Tage vor der stationären Akuteinweisung kamen als Symptome beidseitige Armschmerzen, Nacken- und Lendenwirbelsäulenschmerzen hinzu. Die stationäre Einweisung ins Krankenhaus erfolgte durch den KV-Notdienst, der zu dem Patienten, der nun einen Kollaps, wässrige Durchfälle, Übelkeit und Erbrechen hatte, gerufen wurde.

Anamnestisch bekannte Erkrankungen: Z. n. tiefer Beinvenenthrombose vor Jahren, arterielle Hypertonie, benigne Prostatahyperplasie. Keine Allergien bekannt. Medikation bei der Einweisung: Bisoprolol 5 mg:1-0-1, Candesartan/Hydrochlorothiazid 8/12,5 mg:1-0-0, Alfuzosin 10 mg:1-0-0.

Befunde am Aufnahmetag um 6:30 Uhr

Der Patient war in reduziertem Allgemeinzustand, aber wach und gut orientiert. Die Atmung war schmerzbedingt erschwert, der Hautturgor vermindert. Es bestanden keine Ödeme. Die Pupillen waren isokor mittelweit, kein Meningismus, Schmerzen rechts cervical, geringe Lymphknotenschwellungen rechts cervical tastbar. Die Lunge war auskultatorisch unauffällig ohne RGs bei sonorem Klopfeschall. Es lag ein normaler Herzauskultationsbefund vor. Das Abdomen war weich, ohne Druckschmerz oder Abwehrspannung mit regelrechter Peristaltik in allen vier Quadranten. Es bestanden ein Klopfeschmerz über der LWS

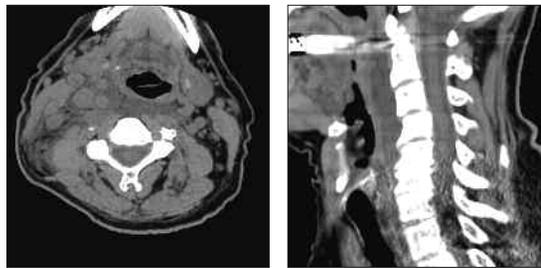


Abbildung 1, links: Querschnittsbild, rechts: Sagittalschnitt
Quelle: Benedictus Krankenhaus Tutzing.

sowie Schmerzen in der HWS. Die Extremitäten waren frei beweglich. Der Patient war neurologisch orientierend untersucht unauffällig. RR 120/80 mmHg, Puls 90/min (regelmäßig), Temp. 38,2° C rektal, Sauerstoff-Sättigung unter Raumluft 99 %, Atemfrequenz 25/min, Blutzucker 142 mg%, pH 7,317, pCO₂ 40,4 mmHg, pO₂ 20 mmHg.

Labor: Hb 18,7 g/dl, Thrombozyten 100.000/µl, Leukos 3.900/µl, Neutrophile 38 %, Stabkernige 49 %, Lymphozyten 2 %, Monozyten 3 %, Kalium 2,8 mmol/l, Natrium 132 mmol/l, Ca 2,03 mmol/l, Glucose 142 mg/dl, Lactat 8,3 mmol/l, Kreatinin 4,57 mg/dl, BE -5 mmol/l, HCO₃ 18,2 mmol/l, CRP 36 mg/dl, CPK 2.300 U/l, GOT 343 U/l, GPT 282 U/l, gGT 36 U/l, Harnstoff 99 mg/dl, Procalcitonin erhöht auf 60 ng/dl, Fibrinogen 0,3 g/l, aPTT: 95 Sek., Quick-/INR-Werte bei Aufnahme 50 %/1,5, am gleichen Nachmittag 30 %/2,3.

EKG: unauffälliger Befund

Abdomensonographie (Aufnahmetag 8:53 Uhr): Steatosis hepatis, flüssigkeitsgefüllte Dünndarmschlingen im linken Mittelbauch ohne Wandverdickung. Kein Ileus, keine freie Flüssigkeit, Nieren sonomorphologisch unauffällig ohne Harnstau. Zeichen der intravasalen Volumendepletion.

CT-Untersuchungen LWS, Thorax und des Abdomens nativ (Aufnahmetag 10:44 Uhr): Eine KM-Gabe war aufgrund der erhöhten Kreatininwerte nicht möglich: unauffälliger Befund. Keine Mediastinalverbreiterung oder mediastinale Lymphknoten.

Nativ-CT der HWS (Aufnahmetag 10:54 Uhr): Im Nachgang zur CT-Halsuntersuchung und ihrem Ergebnis erfolgte eine Konsiliaruntersuchung durch den Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen sowie eine

HNO-ärztliche Beratung. Die Inspektion der Mundhöhle und des Rachens waren unauffällig, keine Tonsillitis, kein Zahninfekt, kein oraler Abszess. Durch den konsultierten Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen wurde die retropharyngeale Loge über die Rachenhinterwand punktiert und das Punktat zur mikrobiologischen Untersuchung eingeschickt.

Weiterer Verlauf

Noch bei Aufnahme des Patienten wurde eine breite intravenöse Antibiotikatherapie mit Imipenem, Vancomycin und Penicillin eingeleitet und der Patient direkt auf die Intensivstation aufgenommen. Im weiteren Verlauf musste der Patient am Aufnahmetag um 13 Uhr wegen akuter Ateminsuffizienz intubiert werden. In dieser Zeit kam es bei dem Patienten zu einem Abfall der Thrombozyten auf 32.000/µl. Der Patient entwickelte eine disseminierte intravasale Koagulopathie (DIC) und blutete aus den Einstichstellen des zentralen Venenkatheters und des Zugangs zur arteriellen Blutdruckmessung. Die DIC wurde adäquat therapiert. Auf eine operative Intervention wurde bei sich andeutendem letalen Ausgang nach Diskussion mit den beteiligten Fachdisziplinen verzichtet. Trotz adäquater intensivmedizinischer Therapiemaßnahmen verstarb der Patient noch am Aufnahmetag um 23:30 Uhr im Multiorganversagen.

Dr. Tilo Schluppeck ist Oberarzt der Abteilung Allgemeine Innere Medizin, Benedictus Krankenhaus in Tutzing.

Dr. Frank Lazar ist niedergelassener Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in Tutzing, **Dr. Alexander Schöning** ist niedergelassener Facharzt für Radiologie in Tutzing und **Dr. Gottfried Feuchtgruber** niedergelassener Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in München.

Professor Dr. Malte Ludwig, Chefarzt der Abteilung Angiologie und Phlebologie – Gefäßzentrum Starnberger See – sowie der Abteilung Innere Medizin am Benedictus Krankenhaus Tutzing, koordiniert und begleitet die Reihe inhaltlich.

Fragenkatalog zur Zertifizierten Kasuistik „Patient mit Fieber, Durchfällen und retrosternalem Druckgefühl“

1.) Welche Aussage in Bezug auf das Krankheitsbild des Patienten ist zutreffend?

- a) Es handelt sich um ein septisches Krankheitsbild.
- b) Es handelt sich um kein septisches Krankheitsbild.
- c) Es liegt eine lymphatische Leukämie vor.
- d) Es besteht ein NSTEMI.
- e) Keine Antwort ist richtig.

2.) Welche Kriterien werden in Zusammenhang mit einer Sepsis der Severe inflammatory host response (SIRS) zugeordnet?

- a) Fieber ($\geq 38^\circ\text{C}$) oder Hypothermie ($\leq 36^\circ\text{C}$), bestätigt durch eine rektale oder intravasale oder intravesikale Messung.
- b) Tachykardie: Herzfrequenz $\geq 90/\text{min}$.
- c) Tachypnoe (Frequenz $\geq 20/\text{min}$) oder Hyperventilation ($\text{PaCO}_2 \leq 4,3\text{ kPa} / \leq 33\text{ mmHg}$).
- d) Leukozytose ($\geq 12.000/\mu\text{l}$) oder Leukopenie ($\leq 4.000/\mu\text{l}$) oder ≥ 10 Prozent unreife Neutrophile im Differentialblutbild
Definition der Sepsis.
- e) Alle Antworten sind richtig.

3.) Welcher Befund kann aus dem CT-Hals-Bild (siehe Abbildung 1) in Zusammenhang mit den Laborbefunden erhoben werden?

- a) Retrosternale Struma
- b) Gastroenteritis
- c) Retropharyngealphlegmone
- d) Thymom
- e) Keine Antwort ist richtig.

4.) Der Parapharyngealraum

- a) liegt hinter der oberflächlichen Halsfaszie.
- b) liegt vor der tiefen Halsfaszie.
- c) liegt vor dem M. sternocleidoides.
- d) ist kaudal durch den M. omohyoideus begrenzt.
- e) liegt vor der prävertebralen Halsfaszie.

5.) Die retropharyngeale Loge kommuniziert direkt mit

- a) der submandibulären Loge.
- b) der perimandibulären Loge.
- c) der sublingualen Loge.
- d) dem Mediastinum.
- e) den Nasennebenhöhlen.

6.) Die Letalität von Infektionen der retropharyngealen Loge

- a) wird ausgelöst durch eine Drucksymptomatik der Trachealregion.
- b) ist niedrig.
- c) ist septisch bedingt.
- d) hängt wesentlich vom Erregerspektrum ab.
- e) kann durch Thorakotomie deutlich gesenkt werden.

7.) Häufigste Erreger von Retro-/Pharyngealphlegmonen/-abszessen sind

- a) Streptokokken.
- b) E. coli.
- c) Influenzaviren.
- d) MRSA.
- e) keine, der unter a) bis d) genannten Erreger.

8.) Die Bestimmung des Procalcitoninwertes bei Verdacht auf Sepsis

- a) hat möglichst frühzeitig zu erfolgen.
- b) ist unnötig.
- c) ist ab einem Schwellenwert von 2,0 ng/ml ein hochwahrscheinlicher Hinweis für eine Sepsis.
- d) ist ein ungenauer Verlaufparameter.
- e) Die Antworten a) und c) sind richtig.

9.) Welcher Laborparameter ist bei einer disseminierten intravasalen Koagulopathie (DIC) erhöht?

- a) Thrombozyten
- b) aPPT
- c) Quick-Wert
- d) Fibrinogen
- e) Die Antworten a), c) und d) sind richtig.

10.) Die Therapie von Retro-/Parapharyngealphlegmonen/-abszessen besteht aus

- a) der möglichst frühzeitigen breiten intravenösen Antibiose.
- b) der möglichst frühzeitigen intensivmedizinischen Überwachung.
- c) der Spaltung und Drainage oraler Abszesse.
- d) der Inzision der Pharyngealregion von extraoral.
- e) Alle Antworten sind richtig.

Kurzanleitung zur „Zertifizierten Kasuistik“

Hinweis: Die 2 Fortbildungspunkte können über das System des Einheitlichen Informationsverteilers (EIV) Ihrem Punktekonto bei der Ärztekammer gutgeschrieben werden. Es werden Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer, die Veranstaltungsnummer und die Anzahl der Punkte übermittelt.

via Rheinisches Ärzteblatt

Im ersten Rheinischen Ärzteblatt des Quartals werden jeweils veröffentlicht: der einführende Artikel zum Thema, der Fragenkatalog und die Lernerfolgskontrolle mit Bescheinigung. Ausführliche Informationen zur Differenzialdiagnostik werden im Internet www.aekno.de in der Rubrik Rheinisches Ärzteblatt/Fortbildung/Weiterbildung im Anschluss an den Artikel veröffentlicht.

Zum Erwerb der Fortbildungspunkte müssen mindestens 70 Prozent der Fragen richtig be-

antwortet werden. In dem Fall können die Fortbildungspunkte über den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) dem elektronischen Punktekonto des Arztes bei seiner Ärztekammer automatisch gutgeschrieben werden, falls die Einheitliche Fortbildungsnummer/Barcode auf die Lernerfolgskontrolle aufgeklebt und das Einverständnis zur Datenübermittlung mit einem Kreuzchen dokumentiert worden ist.

Einsendeschluss: Die Lernerfolgskontrolle muss spätestens bis **Donnerstag, 30. Mai 2013** per Fax oder per Post eingegangen sein (Poststempel). **Fax: 0211 4302-5808**, Postanschrift: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf.

Auflösung: im Rheinischen Ärzteblatt 6/2013 in der Rubrik Magazin.

via www.aekno.de

Die Zertifizierte Kasuistik findet sich auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein unter www.aekno.de/cme.

Anmeldung: Erstmalige Registrierung mit Nachnamen, Arztnummer, Einheitlicher Fortbildungsnummer (falls vorhanden) und einer aktuellen E-Mail-Adresse. An diese werden die Zugangsdaten geschickt. Die zukünftige Anmeldung erfolgt über Nachnamen und die per E-Mail übermittelte Benutzer-ID.

In dem geschlossenen Bereich finden sich

- der einführende Artikel zum jeweiligen Thema,
- die ausführlichen medizinischen Informationen und
- der Fragekatalog inklusive Evaluation.

Lernerfolgskontrolle und Bescheinigung der Zertifizierten Kasuistik zum Thema „Patient mit Fieber, Durchfällen und retrosternalem Druckgefühl“



★ 2 7 6 0 5 1 2 0 1 3 0 3 5 3 6 0 0 1 6 ★

Hier Teilnehmer EFN-Code aufkleben

Titel, Vorname, Name (Bitte Druckbuchstaben)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Bitte füllen Sie die Lernerfolgskontrolle aus und unterzeichnen Sie die Erklärung.

Einsendeschluss: Donnerstag, 30. Mai 2013 per Fax oder Post(Poststempel)

Faxnummer: 0211 4302-5808

Postadresse: Nordrheinische Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Lernerfolgskontrolle

Zertifizierte Kasuistik „Patient mit Fieber, Durchfällen und retrosternalem Druckgefühl“ (*Rheinisches Ärzteblatt 4/2013*)

Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen

Frage	Antwort	a)	b)	c)	d)	e)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Erklärung: Ich versichere, dass ich die Fragen selbst und ohne fremde Hilfe beantwortet habe.

Ort, Datum, Unterschrift

Bescheinigung (wird von der Ärztekammer Nordrhein ausgefüllt)

- Hiermit wird bescheinigt, dass bei der Lernerfolgskontrolle mindestens 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden. Für die Zertifizierte Kasuistik werden 2 Fortbildungspunkte angerechnet.
- Die Fortbildungspunkte können nicht zuerkannt werden, da weniger als 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden.

Auflösung im *Rheinischen Ärzteblatt* Juni 2013 in der Rubrik Magazin.

Düsseldorf, den _____

(Datum, Stempel, Unterschrift) **Diese Bescheinigung ist nur mit Stempel gültig.**