

Praxis-Fall Hausarzt

Alexander Teufel Praxis Tulpenstrasse AG Kirchberg
11. Wiler Hausarzt-Symposium 2021

1

Männlicher Patient 68 Jahre

- Wohnhaft im Toggenburg, verheiratet 5 gesunde Kinder
- SA: Schreiner und Landwirt, Sohn hat den Hof übernommen er fährt noch den Milchlaster
- FA: blande
- Medikation: keine
- RF: sistierter Nikotinabusus (ca 10py)

2

Persönliche Anamnese

- Diffuse Myelitis und zerebrale Blutung temporal links 11/2014
 - Paraparese mit Gangunfähigkeit
 - DD parainfektios bei Mykoplasmenpneumonie DD Neurosarkoidose
- Lymphozytäre Alveolitis mit hohem CD4/CD8-Quotienten ED 12/2014
 - Computertomographisch geringe fibrotische Parenchymveränderungen
 - IL-2-Rezeptor und ACE negativ
 - FNP LK ohne Granulom
- Hypertensive Herzerkrankung

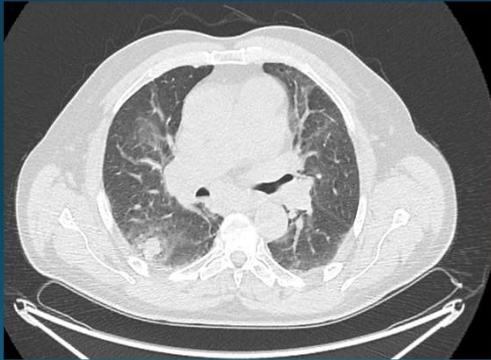
3

Hospitalisation 06/21 wegen ambulant erworbene Pneumonie

- Fieber 39.5°, Husten und Kurzatmigkeit, CRP 61 nicht Covid geimpft
- Beginn Co-Amoxicillin sowie Prednison 50 mg (V.a. reaktivierte Alveolitis)
- CT-Thorax: Ausschluss LE aber neu 1.6 cm messende pulmonale RF UL links und 0.9 cm pulmonaler Nodulus OL rechts

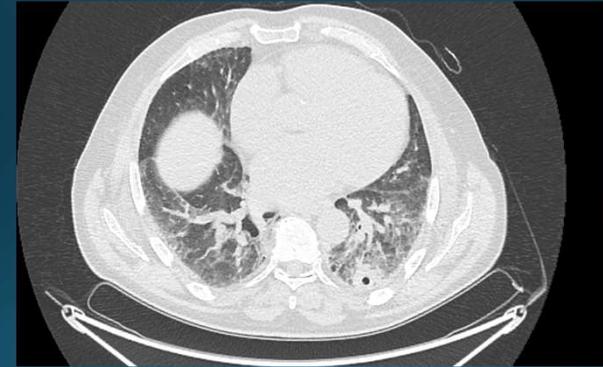
4

CT Thorax



5

CT Thorax



6

Hospitalisation 06/21 wegen ambulant erworbene Pneumonie

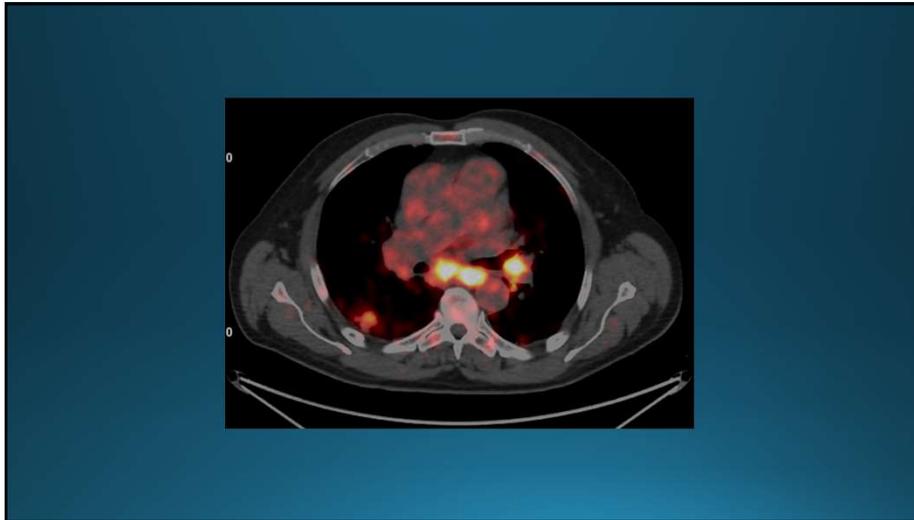
- Bei Verschlechterung und V.a. hospital-acquired-bilateraler Pneumonie Umstellung auf Piperacillin-Tazobactam und Klacid
- Im Verlauf deutliche Verbesserung AZ und Absinken der Entzündungswerte
- In der BK kein Keimwachstum
- Entlassung in gutem AZ und Anmeldung **PET-CT ambulant**

7

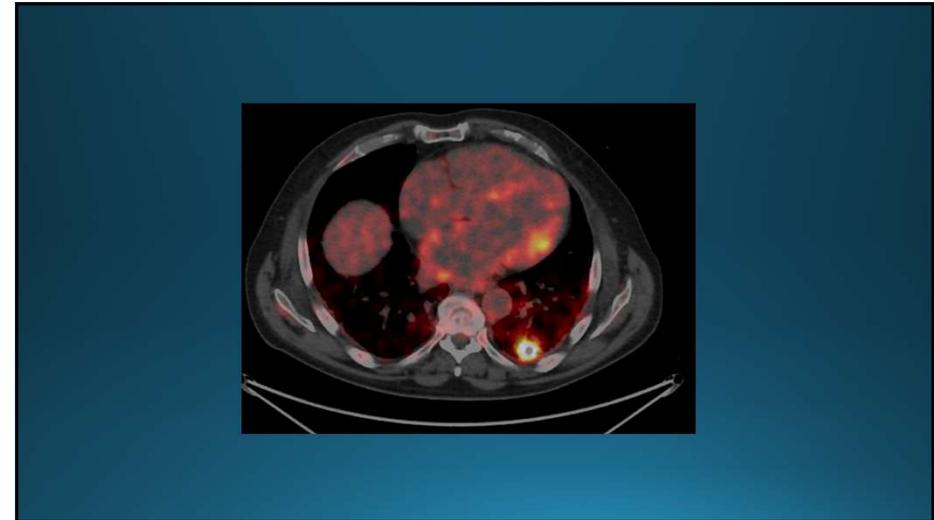
FDG-PET-CT 07/21

- Größenprogrediente FDG-avide **Raumforderung** UL links eingebettet in Milchglstrübung und pulmonaler **Rundherd** im OL rechts
- FDG-avide **Lyphadenopathie hiliär** bds
- Radiologisch: Konstellation spricht für entzündliches Geschehen
DD Rheumaknote DD Vaskulitis DD Sarkoidose DD Malignität

8



9



10

Zuweisung Pneumologie KSSG

11

Pneumologie

- Pat berichtet über keine relevanten pulmonalen Beschwerden die Belastungsdyspnoe vom Juni habe sich zwischenzeitlich wieder gebessert; bis auf leichten gelegentlichen Husten beschwerdefrei

Lungenfunktionell normale dynamische und statische Lungenvolumina

- Blutentnahme und Planung Bronchoskopie

12

Verlaufskontrolle Pneumologie Bronchoskopie und Labor

- Labor:
keine Infektzeichen
Aktivitätsparameter einer möglichen Sarkoidose (ACE und IL-2R) nicht erhöht
Immunologisch grenzwertiger ANA-Titer (1:80)
- Bronchoskopie mit FNP und BAL:
Zeichen einer unspezifischen Entzündung
keine Granulome, keine Malignität
auch keine säurefesten Stäbchen
normaler CD4/CD8-Quotient



➔ Ätiologie zunächst weiter offen

13

- Anmeldung für CT-gesteuerte Punktion der Raumforderung bereits gemacht
- Dann aber doch noch eine Idee – Patient wird nochmals für Labor aufgebeten
- Uns siehe da.....

14

2021.09.14.09:05:17VIVANZ
PEF-XCHANGIE STANDBEREIT 01.11.2021 13:30:59 2021.11.14

Immunologie	24.11.2014 08:07:01	24.11.2014 18:10	25.11.2014 08:59	24.11.2014 18:10	25.11.2014 08:59	28.11.2014 07:30	13.8.2021 00:03:55/07:15	13.09.2021 09:26	17.11.2021 07:56:15	24.09.2021 14:00
Labor							ZLM SG	ZLM SG		
Probenmaterial/Präanalytik:										
Urinportion	x									
Liquor										
Serum			x						x	
Probeneingang										
Datum	24 Nov						13 Aug	24 Aug		
Zeit	18:13						10:10	14:41		
Archiv: Serum	[Monate]			x						
Archiv: Liquor	[Monate]			12						
Archiv: Urin	[Monate]			12						
ENA-Autoantikörper Screen										
dsDNA IgG (EIA)	[<10 IU/ml]									
Legionella pneumophila 1-Ag*	neg.									
HRV-12 Ak u Ag (CMIA)										
Toxoplasma IgG (CMIA)	[<1.6 IE/ml]					27.4				
Mycoplasma pneumoniae IgG	[<20 U/ml]									
Mycoplasma pneumoniae IgM	[<13 U/ml]					10				
Treponema pallidum Ig (Se)*						neg.				
Francisella tularensis IgG (EIA)*	[<10 U/ml]								259.7*	
Francisella tularensis IgM (EIA)*	[<10 U/ml]								173.5*	
glomeruläre Basalmembran	[<7 U/ml]									
CCP IgG	[<7 U/ml]									
Rheumafaktor IgM (EIA)	[<3.5 U/ml]					2.5			3.3	
Rheumafaktor IgA (EIA)	[<14 U/ml]					32*			13	
ANA Ant nukleäre IgG IF	[<1.80 Titer]									
ANA (HEp-2 Muster) IgG IF	[<1.80 Titer]								1.80*	
AC-Nummer									AC-19	

15

Diagnose einer Tularämie

«Hasenpest»

16

Tularämie

- Schweiz gilt als «hot Spot» für Tularämie
- Fallzahlen stark zugenommen und liegen aktuell etwa 20-fach über dem Europäischen Durchschnitt



- Deswegen ist es wichtig die Ärzteschaft zu sensibilisieren



17

Tularämie

- Zoonose der nördlichen Hemisphäre
- Durch Bakterium *Francisella tularensis* verursacht
- Übertragung
 - ❖ Direkter Kontakt zu **infizierten Tieren**
 - ❖ Kontaminierte **Umwelt** (Wasser, Erde, Luft)
 - ❖ Arthropoden-**Vektoren** (Zecken- oder Insektenstiche)
- Ist meldepflichtig

18

Manifestationsformen

Klinische Form	Symptome (initial bei allen Formen: Fieber)	Eintrittspforte
Ulzeroglandulär	- Papel → Pustel → Eschar → Ulkus - Schmerzhaft regionale Lymphadenitis	Hautläsion - Zecken- oder Insektenstich - Berührung von infizierten Tieren oder kontaminierten Materialien
Glandulär	- Schmerzhaft regionale Lymphadenitis	
Okuloglandulär (Perinaud)	- Konjunktivitis (unilateral, eitrig, ulzerierend) - Schmerzhaft präaurikuläre Lymphadenitis	Konjunktiven - Schmierinfektion
Oropharyngeal	- Exsudative Pharyngitis, Tonsillitis, Stomatitis - Schmerzhaft zervikale Lymphadenitis (meistens einseitig)	Mundschleimhaut - Ingestion von kontaminiertem Wasser oder Essen
Typhoidal	- Hohes Fieber ohne Fokus, Sepsis - Kopf- und Muskelschmerzen, gastrointestinale Symptome	Variabel - meistens Ingestion o. Inhalation
Pulmonal	- Pneumonie - oft mediastinale Lymphadenopathie (Tuberkulose-ähnlich) - mit oder ohne Pleuraerguss	Atemwege - Inhalation von Aerosol - oder hämatogene Streuung

19

Klinik

- Inkubationszeit 3-5 (1-21) Tage
- Krankheitsbeginn plötzlich mit grippalen Symptomen (Fieber, Abgeschlagenheit, Kopf und Gliederschmerzen)
- Und meistens schmerzhaft Lymphknotenschwellung
- Im Verlauf typischerweise prolongiertes niedriggradiges Fieber, welches auch ohne Therapie verschwindet

20

Tularämie Diagnose

- Nach klinischer Vermutung kann die Erkrankung durch direkten (PCR) oder indirekten (Serologie) Nachweis von *F.tularensis* bestätigt werden
- Antikörper erscheinen ca 2 Wochen nach Krankheitsbeginn mit Peak nach 3-4 Wochen, sinken langsam und können lange persistieren

21

Tularämie Therapie

- Erste Wahl: Fluorochinolone (Ciprofloxacin p.o) bei schwerem Verlauf Aminoglykoside dazu
- Zweite Wahl: Tetracycline (Doxycyclin)
- Unwirksam: Betalactam-Antibiotika, Clindamycin

22

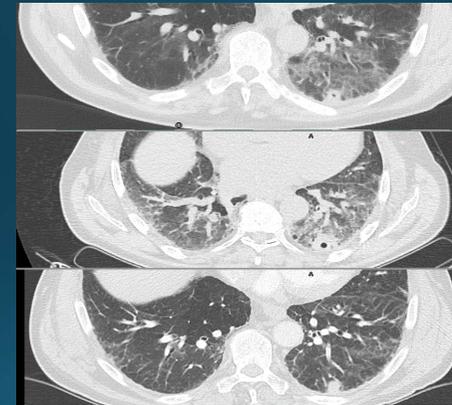
Unser Patient

- Ciprofloxacin 750mg 2x/Tag für 2 Wochen
- Keine pulmonalen Beschwerden mehr
- CT: Größenregredienz der Rundherde ohne Nachweis neuer suspecter Rundherde bei weiterhin hilomediastinaler Lymphadenopathie

Erneute Kontrolle für 01/2022 geplant

23

CT-Verlauf



24