Querbeet II
8. Wiler Symposium
23.11.2017

Praxisgemeinschaft Centralhof

Dr.med. Thomas Lüthi,
Praxisgemeinschaft Centralhof Wil

YB-Fan gratuliert FCB

Pitfall – Fast hineingefallen

Kommen sie mit auf eine kurze Reise in einen Patientenfall, wie er sich auch morgen in ihrer Praxis ergeben könnte…

3

Hr XY, Jg 41

Tel Pat-MPA 27.1.2017 11.30Uhr: Akuter Beinschmerz

- Seit einigen Stunden, am Unterschenkel, atraumatisch
- Vorgeschichte: Vor 3 Tagen Wechsel Marcoumar auf Xarelto wegen repetitiv nicht therapeutischem INR
- Patient hat Angst vor TVT
- MPA fragt nach bei mir. Ich sehe KG-Akte Medi nach.

Medikamente

- MARCOUMAR Tabl 3 mg 0 - 0 - * - 0 Gestoppt 24.1.2017, bei INR 1.8
- Xarelto 20mg Tbl 1-0-0 ab 25.1.2017
- AMIODARON Mepha Tabl 200 mg 1 - 0 - 0 - 0 Mi/So Pause
- CANDESARTAN Sandoz Tabl 8 mg 0 - 0 - 1 - 0

Diagnosenliste

- Moderate chron. Niereninsuffizienz ED 2016, KreaCl 53ml/min
- - DD hypertensiv
- Vaskuläre Encephalopathie bei Hypertension ED 12/2013
- Intermittierndes Vorhofflimmern 1/14
- Art. Hypertonie Gr I, DD essentiell ED 2/2012

Akuter Beinschmerz

- TVT unwahrscheinlich. Ev Blutung?
- Dafalgan nehmen,
- Bitte Rückmeldung in 4Std

An was denkt man? DD

- **Radikulär / neuralgiform ?**
- **Muskuloskeletal?**
- **Einblutung? Vaskulär?**
- **Infektiös?**
- **andere?**

Weiterer Verlauf

- Patient kommt 1.5 h nach Telefonat
- Schmerz perakut !!
- Patient meint, er müsse wahrscheinlich ins Spital
- Im Sprechstundenzimmer plötzlich unwohl, frösteln

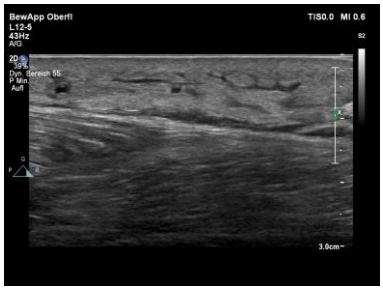
Akuter Beinschmerz

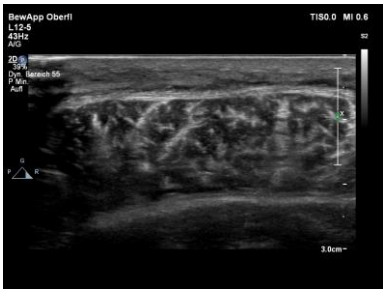
- Klinisch:
- Subfebril 37.8°C, AZ vermindert, Kreislaufstabil, tachykard
- Schwellung Unterschenkel mediodorsal
- massive Druckdolenz und eigenartige Hautbeschaffenheit
- Fast keine Rötung
- Fuss nicht betroffen

Akuter Beinschmerz

- Labor : CRP <5 mg/l
  - Leukozyten **16.1**
  - Erythrozyten 5.1
  - Hämoglobin 15.9
  - Thrombozyten 217
  - Neutrophile 86.3%
- Steckt der Teufel im Detail?

Sono?!





Sono

- Sono Wade: keine TVT, keine Blutung. Fasziennahe Flüssigkeitskollektion loco dolenti, über >10cm nach proximal riechend.
- AZ wird zunehmend schlechter -> Ueberweisung
- Im Spital 39.8°C

Irgend etwas übersehen?

- Unerwünschte Nebenwirkung?
- Doch Blutung?

Verdachtsdiagnose ?

Spitalüberweisung

- Dg: beginnende nekrotisierende Fasziitis Wade links medialseitig

Spitalüberweisung

- **Dg: beginnende nekrotisierende Fasziitis Wade links medialseitig**
- 4xOperative Versorgung mittels Spülung, Débridement und VAC-Anlage Unterschenkel links
- Incl Muskellappenplastik und Spalthautdeckung

Spitalüberweisung

- **Dg: beginnende nekrotisierende Fasziitis Wade links medialseitig**
- 4xOperative Versorgung mittels Spülung, Débridement und VAC-Anlage Unterschenkel links
- Incl Muskellappenplastik und Spalthautdeckung
- Antibiotika:initial Tazobac sowie Dalacin und anschliessend Penicillin i.v. -13.02.2017

Spitalüberweisung

- **Dg: beginnende nekrotisierende Fasziitis Wade links medialseitig**
- 4xOperative Versorgung mittels Spülung, Débridement und VAC-Anlage Unterschenkel links
- Incl Muskellappenplastik und Spalthautdeckung
- Streptococcus dygalactiae.
- Antibiotika:initial Tazobac, Dalacin und dann Penicillin i.v.
- Akut Hosp 2.5Wo, Rehabilitation stationär 3Wochen

Rehabilitation

- Bei Eintritt 6min Gehtest: 30m
- Bei Austritt 6min Gehtest: 290m

Rehabilitation

- Bei Eintritt 6min Gehtest: 30m
- Bei Austritt 6min Gehtest: 290m

- Bild unmittelbar nach Rehabilitation
- 7Wo nach erster OP

Akut nekrotisierende Fasziitis

- Selten (0.4/100'000 Personen)/J
- Etwas häufiger bei Diabetikern, PAVK, Aethyl, Niereninsuff.

Akut nekrotisierende Fasziitis

- Selten (0.4/100'000 Personen)/J
- Etwas häufiger bei Diabetikern, PAVK, Aethyl, Niereninsuff.
- **Durch Bakterien ausgelöst, teils polymikrobiell, Typ1 (Anaerobier, Strept, Enterobacteriaceae, u.a.)**
- **Oder Typ2 (ca 20% der Fälle) Streptokokken Gr. A oder Staph.**
- **Hohe Mortalität 40%!!**

Akut nekrotisierende Fasziitis

- Selten (0.4/100'000 Personen)/J
- Etwas häufiger bei Diabetikern, PAVK, Aethyl, Niereninsuff.
- Durch Bakterien ausgelöst, teils polymikrobiell, Typ1 (Anaerobier, Strept, Enterobacteriaceae, u.a.)
- Oder Typ2 (ca 20% der Fälle) Streptokokken Gr. A oder Staph.
- Hohe Mortalität 40%!!
- **Wichtig : Time to surgeon!**
- **Keine Zeit verlieren durch Diagnostik, Erregersuche.**

Laboruntersuchungen

- LRINEC Score (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis für Praxis unbrauchbar , zudem schlecht validiert
- Einschluss von Natrium im Score, aber im Praxislabor nicht bestimmt
- **CRP häufig sehr hoch >150**
- **Lc >15.4 die Regel**
- Hb kann erniedrigt sein
- Hyponatriämie möglich <134mmol
- Krea >141umol/l erhöht Wahrscheinlichkeit
- Hyperglykämie >10mmol erhöht Wahrscheinlichkeit

Laboruntersuchungen

- LRINEC Score (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis für Praxis unbrauchbar , zudem schlecht validiert
- Einschluss von Natrium im Score, aber im Praxislabor nicht bestimmt

Bildgebung

- Falls Diagnose unklar, Patient stabil, darf MRI durchgeführt werden
- MRI Sensitivität 80-90%, CT Sensitivtät 80%. Sono Sensitivität unklar

Take home message

- Alarmzeichen Diskrepanz zwischen starken Schmerzen und geringer Hautveränderung
- Schwere syst. Infektzeichen
- Rasche Progredienz
- Klin. Diagnose
- Bei Verdacht sofort chir. Exploration
- Auf Bildgebung ev. verzichten

Referenz: SwissMedicalForum 2013: 13(35)672-677 Basseti et al. Zellulitis, Erysipel und nekr. Fasziitis

Take home message

- Alarmzeichen Diskrepanz zwischen starken Schmerzen und geringer Hautveränderung
- Schwere syst. Infektzeichen
- Rasche Progredienz
- Klin. Diagnose
- Bei Verdacht sofort chir. Exploration
- Auf Bildgebung ev. verzichten
- Triage der MPA ist wichtig!
- Dem Patienten immer die Möglichkeit geben, auch rascher zu kommen

Referenz: SwissMedicalForum 2013: 13(35)672-677 Basseti et al. Zellulitis, Erysipel und nekr. Fasziitis

Besten Dank für ihre Aufmerksamkeit

Dr.med. Thomas Lüthi,
Praxisgemeinschaft Centralhof Wil

27.11.2017