

## Diagnosen: Aktuell:

- Bakteriämie durch *Rhodococcus hoagii* (ehem. *Rhodococcus equi*) mit ausgedehnter beidseitiger abszedierender Pneumonie bei HIV-Infektion im AIDS-Stadium

- BK-Kontrolle positiv

- progrediente teils eingeschmolzene Läsionen bipulmonal

- Nachweis von *R. hoagii* in BAL

## Diagnostik:

- Bronchialspülung ML: *Klebsiella pneumoniae*

- Myko/F Lytic vom: steril

- IGRA: neg.

- CT-Thorax in Anzahl und Größe Progredienz der pulmonalen, teils

eingeschmolzenen Läsionen

- Bronchoskopie: Endobronchial vermehrt eitriges Sekret rechts, kein

Tumornachweis und keine Beläge.

- Mibi: *Rhodococcus hoagii* massenhaft, *Candida glabrata* positiv, TB PCR negativ - TBB Seg re: teils schaumig imponierenden, eher angedeutet granulomartigen

## Formationen

- BAL Seg re: nicht malignitätsverdächtigen zytologischen Befund

- HSV-PCR: negativ

- Mibi: *Rhodococcus hoagii*

- Pathologie: Zudem mit einer floriden eitrigten Entzündungsreaktion mit Nachweis von Zelldetritus, praktisch ohne nachweisbares originäres Lungengewebe. Die

beschriebenen Histiocyten mit den PAS-positiven Erregerstrukturen sind bereits näher

charakterisiert worden (vergleiche Voruntersuchungen). Sie zeigten keine Anfärbbarkeit nach Gram, jedoch eine Versilberbarkeit nach Grocott. Mikrobiologisch wurde *Rhodococcus equi* nachgewiesen, die Erregerstrukturen passen gut zu diesem ungewöhnlichen Keim. Molekular ergaben sich keine Anhaltspunkte für typische oder atypische Mykobakterien. Passend zu einem Abszess

- Komplikation: Iatrogener Pneumothorax

- Therapie: TSD-Anlage

- CT Im Vergleich geringe Größenregredienz der multiplen bipulmonalen Konsolidierungen und der großen Einschmelzung im rechten Ober- und Mittellappen ventral im Rahmen der histologisch gesicherten *Rhodococcus*-Infektion.

- Antibiotische Therapie:

- Ceftriaxon

- Vancomycin

- Azithromycin

- Levofloxacin

- Rifampicin

- Erhöhte Choelstaseparameter a.e. Lithiasis
- Abdomensonographie: kein Aufstau des Pankreasgangs oder Anhalt für

Gefäßinfiltration, Vollbild der Leberzirrhose - MRT Oberbauch 08.03: unauffällig

- HIV-Infektion im AIDS-Stadium, nach CDC St. C3 - ED 2011

HAART (mehrfach unterbrochene HAART):

- Reyataz 300 mg 1 x 1, Norvir 100 mg 1 x 1, Truvada 245/200 mg 1 x 1 - seit 2015 Umstellung zu Triumeq (ABC/3TC/DOL)
- seit Mitte 2016 Unterbrechung HAART (nur noch 2x pro Woche)
- zwischenzeitlich wohl nochmal Biktarvy, eher unregelmäßig
- Z.n. PJ-Pneumonie 05/2018

Aktuell:

- extern: CD4-Zellzahl 24/µl, HI-Viruslast 42000 Kopien/ml
- UKD: CD4-ZZ 6 Zellen/µl; HI-Viruslast: 139.000 Kopien/ml
- cMRT: Kein Hinweis auf eine Enzephalitis. Keine intrakraniellen

Raumforderungen, keine Liquorzirkulationsstörung.

- TTE: normwertige biventrikuläre Pumpfunktion, keine reg. WBS, keine höhergradigen

Vitien

- Wiederbeginn Biktarvy 50/200/25 mg seit 2024, Umstellung Triumeq + Tivicay wegen RMP
- Resistenztestung: nur für NNRTI DOR, ETR, RPV indermediäre Resistenz,

sonst keine

- Leberzirrhose Child A - 6 Pkte, ED 01/2024 KH Radebeul

- anamnestisch Z.n. C2-Abusus bis 2020
- Hepatitis-Serologie: Z.n. HepB-Impfung, Seronarbe Hepatitis A/E
- Abdomensonographie Kein abdominaler Infektfokus oder Lymphknotenschwellung

abgrenzbar. Vollbild der Leberzirrhose.

- Fibroscan Entsprechend Metavir-/Bruns Score (validiert nach NAFLD) Nachweis

einer hochgradigen Leberparenchymfibrose (F4), zusammen mit dem B-Bild passend zu

einer Leberzirrhose.

- ÖGD bei ausgeprägter Soorösophagitis keine Beurteilung bzgl. Ösophagusvarizen möglich; portal-hypertensive Gastropathie - Hypalbuminämie
- AFP normwertig

weitere Diagnosen:

- Psoriasis vulgaris

- Endoskop.Knie-Op re. - Arterielle Hypertonie
- Fettstoffwechselstörung
- Fersensporn li.

- Adipositas
- Schulter links Bursitis
- Kniegelenkserguss li. 2015 , Nachweis von Kristallen
- Meniskulusläsion und Innenbandschaden li.KG, arthroskop.OP 2015 - Hyperurikämie

- Analekzem
- Ulcus duodeni (Forrest III) (2024)
- Normochrome, normozytäre Anämie
- Mundsoor und Soorösophagitis (2024)

## Anamnese

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte nach Computertomographie der Lunge, wobei eine deutliche Verschlechterung der bekannten abszedierenden Pneumonie festgestellt wurde. Im letzten Aufenthalt war bei hochgradigem V.a. Mykobakteriose aber negativer Ergebnisse bis dato ein Abwarten der Kulturen mit Entlassung unter HAART-beginn und kurzfristiger WV bei Verschlechterung (IRIS oder Infektion) sowie relevanten Befunden vereinbart worden, wir verweisen auf den letzten Entlassungsbrief vom 9.2.24.

Anamnestisch klagte der Patient über zunehmende Dyspnoe sowie zunehmendes Gewicht. Thoraxsschmerzen, Diarrhö, Husten oder Fieber wurden verneint. Dysurie wurde ebenfalls verneint. Er rauche momentan nicht und trinke aktuell aber seltener. Bei Herrn Patient sei sowohl eine Leberzirrhose als eine HIV in AIDS- Stadium bekannt. Dafür nehme er Biktarvy, zuletzt glaubhaft regelmässig.

## Klinische Befunde

56-jähriger Patient. Allgemeinzustand: reduziert. Ernährungszustand: leicht adipös Größe: 178cm, Gewicht kg, BMI .  
Aktuell kein Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust.  
Mund: MSH trocken, Zunge nicht belegt. Rachenring: reizlos.  
Lymphknoten: keine cervikale o.s. LKS

Haut: rosig, keine Rötung, Schwellung oder Juckreiz.

Pulmo: bds. feuchte bronchiale RG

Cor: Herzaktion rein, rhythmisch, normofrequent

Abdomen: keine AWS, kein Druckschmerz , keine Resistenzen. Hepatomegalie bis ca. 3 Finger unterhalb des Rippenbogens. Peristaltik regelrecht. Nierenlager ohne Klopfeschmerz. Darmgeräusche regelrecht über allen vier Quadranten.

Extremitäten: frei beweglich, mäßige US-Ödeme, keine Umfangsdifferenz und keine Rötung. Wirbelsäule: kein KS.  
ZNS: Grob orientierende neurologische Untersuchung unauffällig, vollständig orientiert.

## Verlauf

Die stationäre Aufnahme von Herrn Patient erfolgte bei o.g. Anamnese.

Am Tag der Aufnahme erfolgte eine Computertomographie des Thorax, wobei sich im Vergleich zur Voruntersuchung von eine deutliche Progredienz der pulmonalen abszedierenden Läsionen nachweisen ließ, sodass aufgrund des Befundes eine erneute Bronchoskopie mit BAL und Biopsieentnahme erfolgte. Die mikrobiologischen Untersuchungsergebnisse der Bronchial-lavage zeigten eine Infektion mit *Rhodococcus hoagii*, dieser Erreger lies sich im Verlauf auch aus einer Blutkultur isolieren. Daraufhin initiierten wir eine antibiotische Therapie mit Ceftriaxon. Diese wurde über 6 Tage verabreicht. Darunter zeigten sich die erhöhten Entzündungswerte allerdings nicht regredient, sodass wir nach Empfehlung unserer Kolleg:innen der Infektologie eine Therapie mit Vancomycin und Azithromycin initiierten. Es erfolgte die regelmäßige Kontrolle des Vancomycinspiegels mit Zielspiegel 15-20, sowie die regelmäßige Kontrolle der Blutkulturen.

Zur Komplettierung der Diagnostik erfolgte ebenfalls eine CT-Punktion der linken Oberlappen, wo sich mikrobiologisch ebenfalls eine Infektion mit *Rhodococcus hoagii* darstellte. Die

pathologische Untersuchung zeigte ebenfalls eine floride eitrige Entzündungsreaktion mit Nachweis von Zelldetritus, passend zu einem Abszess.

Leider trat nach stattgefundener CT-Punktion ein Pneumothorax auf. Daraufhin erfolgte die Anlage einer Thoraxdrainage. Diese wurde an die Medela-Pumpe angeschlossen. Darunter zeigte sich der Pneumothorax regredient. Im Verlauf konnte die Thoraxdrainage, nach Besserung des Pneumothorax, entfernt werden.

In Zusammenschau ist die Symptomatik und die CT-Morphologie gut mit einer Rhodococcus-Infektion bei AIDS vereinbar, passenderweise lebt der Patient in direkter Nähe zu einem Pferdehof.

Bei Aufnahme fielen erhöhte Cholestaseparameter auf, sodass eine Abdomensonographie folgte, wobei sich ein Vollbild der bekannten Leberzirrhose zeigte. Die Leberwerte zeigten sich allerdings im Verlauf regredient, sodass wir von einer Erhöhung ggf. im Rahmen einer Lithiasis ausgehen. Sonographisch konnte ebenfalls eine Stau am Pankreasgang. Daraufhin erfolgte ein MRT des Abdomens, welches sich allerdings unauffällig zeigte.

Klinisch imponierte eine Anasarka, sodass wir eine Trinkmengenrestriktion empfehlen und eine sequenzielle Nephronblockade initiierten. Darunter zeigte sich das Ödem regredient. Darunter erreichten wir ein Zielgewicht von 77 kg.

Im Verlauf zeigte sich eine der regelmäßigen Blutkulturproben erneut positiv auf Rhodococcus hoagii, dennoch ist insgesamt klinisch, laborchemisch sowie CT-morphologisch von einem Ansprechen der Therapie auszugehen. Parallel zeigte sich unter HAART ein sehr gutes Ansprechen der HIV-Infektion (fast negative VL, CD4 172) erfreulicherweise ohne jegliche Symptomatik eine IRIS. Bei insgesamt (im Vergleich zum ausgeprägten CT-Befund dysproportional) gutem AZ des Patienten erfolgte daher die Entlassungsevaluation. Nach erneuter Rücksprache mit den Kolleg:innen der Infektiologie oralisierten wir die Therapie auf Levofloxacin mit Rifampicin (trotz aktuell gut kompensierter Leberzirrhose). Diese sollte ambulant bei guter Verträglichkeit weiter eingenommen werden, zur Evaluation einer Deeskalation auf eine Monotherapie mit Levofloxacin bieten wir eine ambulante Verlaufskontrolle in unserer infektiologischen Ambulanz (s.u.) an. Zur Evaluation einer Therapiebeendigung würden wir auch eine WV in unserer pneumologischen Ambulanz mit CT-Kontrolle anbieten (s.u.). Bei Rifampicin- und Biktarvy-Interaktion wurde die HAART auf Triumeq und Dolutegravir umgestellt.

Bis zur Entlassung zeigten sich hierunter normale Transaminasen und Bilirubinwerte.

Für die weitere ambulante HIV-Behandlung organisierten wir entsprechend des Patientenwunschs einen ambulanten Termin in der HIV-Schwerpunktpraxis bei Herrn Dr. Arzt. Ebenfalls organisierten wir einen Termin bei unseren Kolleg:innen der Infektiologie. Ebenfalls organisierten wir einen Termin in unserer Pulmologischen Ambulanz. Wir bitten den Patient davor um 10:00 sich für eine Blutentnahme-Kontrolle und Lungenfunktionstestung vorzustellen. Ebenfalls wird am selben Tag um 09:00 eine Kontrolle- Computertomographie der Lunge stattfinden. Wir bitten für alle Termine um eine Überweisung.

Bei bestehender Leberzirrhose CHILD A bitten wir um die regelmäßige (initial wöchentliche) Kontrolle der Leberwerte, vor allem unter der Rifampicin-Therapie. Weiterhin bitten wir den Patienten um eine Trinkmengenrestriktion von 1,5 Liter/Tag sowie eine tägliche Gewichtskontrolle mit Zielgewicht von 77 kg. Bei Gewichtszunahme bitten wir den Patienten um die Vorstellung bei seinem Hausarzt.

In stabilem Zustand entlassen wir Den Patienten.

Wir bitten den Patienten sich in den nächsten 1-3 Tagen bei seinem Hausarzt vorzustellen und bei neuen Beschwerden oder Verschlechterung der aktuellen Beschwerden bitten wir um die Akutvorstellung des Patienten. Bei Rückfragen stehen wir jederzeit gern zur Verfügung.

Procedere

- HIV-Behandlungstermin

- Termin in der Infektiologie

- Termin in der Pulmo.-Ambulanz. Wir bitten den Patient davor um 10:00 sich für eine Blutentnahme-Kontrolle und Lungenfunktionstestung vorzustellen. Ebenfalls wird am selben Tag um 09:00 eine Kontrolle- Computertomographie der Lunge stattfinden. Wir bitten für alle Termine um eine Überweisung

- Regelmäßige (initial wöchentliche) Kontrolle der Leberwerte und Blutbild

- Antibiotische Kombinationstherapie bei guter Verträglichkeit weiter ambulant bis ambulante Vorstellung in der Infektiologie, Gesamttherapie (im Verlauf a.e. Levofloxacin mono) bis weitestgehende Rückbildung der Abszesse empfohlen