

**Anamnese:** Ein 74-jähriger Patient mit einem Lungenödem wird vom Notarzt zu Hause intubiert und auf die internistische Intensivstation gebracht. Bei dem Patienten ist seit 5 Jahren eine ischämische Kardiomyopathie bekannt. 1994 war ein Hinterwand- und 1996 ein Vorderwandinfarkt abgelaufen. Seit 1994 ist eine Hyperlipoproteinämie bekannt; ein Nikotinabusus von ca. 20 Zigaretten pro Tag bestand von 1960–1994.

In den letzten Tagen vor der stationären Aufnahme klagte der Patient über zunehmende Atemnot. Die Medikation bis zur jetzigen stationären Aufnahme bestand aus Acetylsalicylsäure (100mg/d), Ramipril (5mg/d), Furosemid (80mg/d), Metoprolol (50mg/d) und Pravastatin (20mg/d).

**Untersuchungsbefunde:** Bei der Aufnahme war der Patient kreislaufstabil (Blutdruck 100/60mmHg, Puls 96 Schläge pro min). Im EKG lag ein Sinusrhythmus mit einer Frequenz von 92 Schlägen pro Minute vor; außerdem bestanden elektrokardiographische Zeichen eines abgelaufenen Vorder- und Hinterwandinfarktes.

Bei einem  $\text{FiO}_2$  von 0,8 bestand ein  $\text{pO}_2$  von 87 mmHg bei einem  $\text{pCO}_2$  von 38 mmHg. Im initialen Röntgenbild bestanden konfluierende Verschattungen beiderseits als Ausdruck eines Lungenödems.

**Therapie und Verlauf:** Im weiteren Verlauf gelang die Dehydratation des Patienten nur zögerlich trotz hochdosierter intravenöser Gabe von Furosemid. Die Sauerstoffkonzentration konnte zwar langsam reduziert werden, jedoch blieb der Patient respiratorpflichtig. Am 5. Tag nach der stationären Aufnahme entwi-

ckelten sich Fieber von  $38,7^\circ\text{C}$  sowie purulentes Trachealsekret. Es bestand eine Leukozytose von  $18\,700$  pro  $\text{mm}^3$ , das C-reaktive Protein stieg auf  $14$  mg/dl an. In der Röntgenaufnahme des Thorax sah man jetzt eine pneumonische Infiltration im rechten Lungenunterfeld bei weiterbestehender vermehrter Lungengefäßfüllung in beiden Lungen. Es wurden zwei Blutkultursets entnommen. Danach wurde eine Antibiotikatherapie in Form einer Kombinationsbehandlung mit  $3 \times 4,5$  g Piperacillin/Tazobactam und  $2 \times 400$  mg Ciprofloxacin eingeleitet.

Im Verlauf der nächsten Tage konnte durch die eingeleitete Antibiotikatherapie und eine weitergeführte diuretische Therapie kontinuierlich eine Verbesserung des Zustandbildes des Patienten erreicht werden.

In der Blutkultur wurde *Klebsiella pneumoniae* nachgewiesen. Der Erreger war sowohl auf Piperacillin/Tazobactam wie auch Ciprofloxacin sensibel. Der Patient konnte am 10. Tag nach der stationären Aufnahme extubiert und 2 Tage später auf eine internistische Normalstation verlegt werden. Zwischenzeitlich normalisierten sich die Laborparameter; auch bestand zum Zeitpunkt der Extubation kein purulentes Trachealsekret mehr. Die Antibiotikatherapie wurde insgesamt über 9 Tage durchgeführt.

Medizinische Klinik I (Chefarzt Prof. Dr. H.-P. Schuster), Städtisches Krankenhaus Hildesheim GmbH

Institut

Korrespondenz

Dr. med. K.-F. Bodmann · Medizinische Klinik I  
Städtisches Krankenhaus Hildesheim GmbH · Weinberg 1 · 31134 Hildesheim · Tel.: 05121/890 ·  
Fax: 05121/894510 · E-Mail: Bodmanns\_World@t-online.de

eingereicht: 13.2.2002 · akzeptiert: 19.3.2002

Bibliografie

Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 743 · © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0012-0472