

13. ÖSTERREICHISCHER INFEKTIONSKONGRESS

**RESISTENZEN
IST DER KAMPF VERLOREN?**

27. bis 30. März 2019
Hotel Gut Brandlhof, Saalfelden

Information & Anmeldung: www.oegit.eu

P R O G R A M M



VORWORT

Sehr geehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege!

Es ist uns eine Ehre, Sie im Namen des Vorstandes der Österreichischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin zum 13. Österreichischen Infektionskongress begrüßen zu dürfen.

„Antimikrobielle Resistenz ist eine weltweit wachsende Bedrohung, und wenn wir jetzt nicht mehr unternehmen, dann könnte sie bis 2050 mehr Todesfälle verursachen als Krebs“, sagte EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis. Wie schlimm ist es wirklich? Haben wir noch Therapieoptionen bei Infektionen, die durch hochresistente Erreger verursacht werden? Welche krankenhaushygienischen Maßnahmen müssen wir ergreifen, um eine Ausbreitung einzudämmen? Können wir die Erreger und ihre Resistenzmechanismen zeitgerecht diagnostizieren?

Diesen und viele anderen Fragen zum Thema „Resistenzen“ werden wir heuer in Pro/Contra-Sessions, interaktiven Workshops und Symposien nachgehen. Zusätzlich dürfen sie sich über spannende klinische Fälle, die in den „Grand Rounds“ gemeinsam mit namhaften Experten diskutiert werden, freuen. Natürlich wollen wir wissen, zu welchen Ergebnissen die infektiologische Forschung in Österreich gekommen ist, und freuen uns jetzt schon auf die Kurzpräsentationen der eingereichten Arbeiten. Wie jedes Jahr werden Arbeiten aus den verschiedenen Kategorien bewertet und Preise verliehen.

Selbstverständlich haben wir auch heuer wieder versucht, einen internationalen Experten für den Eröffnungsvortrag zu engagieren, und sind sehr froh, dass wir Herrn Professor M. Borg für diesen gewinnen konnten.

In der lockeren Atmosphäre des Brandlhofs werden sich sicher in den Pausen sehr interessante Diskussionen und Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen ergeben, und man wird alte Freunde und Bekannte wiedersehen.

Auf diesem Weg möchten wir uns auch bei allen Sponsoren herzlich bedanken, denn ohne die Unterstützung der Industrie könnte der Kongress nicht stattfinden.

Wir hoffen sehr, Ihnen mit dem folgenden Programm spannende, lehrreiche und kurzweilige Tage in Saalfelden bieten zu können.

Mit besten Grüßen

Prim. Priv.-Doz. Dr. Rainer Gattringer
Kongresspräsident

Prim. Univ.-Prof. Dr. Petra Apfalter
Kongresssekretärin

Für den Kongress werden 24 Fortbildungspunkte im Rahmen der Diplomfortbildung der ÖÄK anerkannt.

ALLGEMEINES

Wissenschaftlicher Veranstalter

Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten
und Tropenmedizin – www.oegit.eu



In Kooperation mit

- Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)
- Österreichische Gesellschaft für Medizinische Mykologie (ÖGMM)
- Österreichische Gesellschaft für Tropenmedizin, Parasitologie und Migrationsmedizin (ÖGTPM)
- Österreichische Gesellschaft für Sexually Transmitted Diseases und dermatologische Mikrobiologie (ÖGSTD)
- Österreichische Gesellschaft für Vakzinologie (ÖGVAK)
- Österreichische AIDS Gesellschaft (ÖAG)
- Österreichische Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH)
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)



ÖGIT-Vorstand

Präsident	Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer
Vizepräsident	Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss
Sekretär	Prim. Priv.-Doz. Dr. Rainer Gattringer
Kassier	Univ.-Prof. Dr. Cornelia Lass-Flörl
	Univ.-Prof. Dr. Robert Krause
	Univ.-Prof. Dr. Erich Schmutzhard
	Dr. Selma Tobudic
	Prim. Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch
	Assoz.-Prof. PD Dr. Ines Zollner-Schwetz
	Priv.-Doz. Dr. Alexander Zoufaly

Kongressleitung

Präsident Prim. Priv.-Doz. Dr. Rainer Gattringer
Sekretärin Prim. Univ.-Prof. Dr. Petra Apfalter

Sekretariat der ÖGIT

Birgit Buresch
Schloss 4, 2542 Kottlingbrunn
Tel.: +43-2252-890040
E-Mail: office@oegit.eu

Kongressbüro

Medical Dialogue
Schloss 4, 2542 Kottlingbrunn
Tel.: 0699/11616333
E-Mail: office@medicaldialogue.at



Abstract-Komitee

Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger	Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer
Prim. Univ.-Prof. Dr. Petra Apfalter	Dr. Agnes Wechsler-Fördös
Univ.-Prof. Dr. Rosa Bellmann-Weiler	Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss
Prim. Priv.-Doz. Dr. Rainer Gattringer	Prim. Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch
Univ.-Prof. Dr. Christoph Högenauer	Univ.-Prof. Dr. Birgit Willinger
Univ.-Prof. Dr. Robert Krause	Univ.-Prof. Dr. Stefan Winkler
Univ.-Prof. Dr. Cornelia Lass-Flörl	Assoz.-Prof. PD Dr. Ines Zollner-Schwetz
Univ.-Prof. Dr. Erich Schmutzhard	Priv.-Doz. Dr. Alexander Zoufaly

Registrierzeiten

Mittwoch	27. März 2019		15:30–21:30
Donnerstag	28. März 2019	08:00–12:00	15:00–17:00
Freitag	29. März 2019	08:00–12:00	15:00–17:00
Samstag	30. März 2019	08:00–10:00	



Arbeitsgruppe Infektiologie der
Österreichischen Gesellschaft für
Kinder- und Jugendheilkunde

TeilnehmerInnen des ÖIK sind herzlich willkommen!

13:30–16:30 Pädiatrisch-infektiologische Sitzung
organisiert von der AG Infektiologie der ÖGKJ
Vorsitz: G. Pöpl (Kirchdorf), V. Strenger (Graz)

Das Kind mit Fieber unklarer Genese
J. Brunner (Innsbruck)

Aufklärung eines Masernausbruches an der Ambulanz
der Grazer Univ.-Kinderklinik
B. Kohlmaier (Graz)

Tuberkulose bei Kindern
P. Haidl (Wien)

Pädiatrische Infektiologie in UK
F. Götzinger (Wien)

15:00–15:15 Pause

Vorsitz: P. Haidl (Wien), V. Strenger (Graz)

Interaktive Fallpräsentationen/-Diskussionen
D. Kohlfürst (Graz), N. Hofer (Brixen), A. Vetschera
(Feldkirch), F. Fink (St. Johann in Tirol).

16:30 Ende der Sitzung

ASTRO PHARMA★

Mit freundlicher Unterstützung



Die Teilnahme an der Sitzung ist kostenlos, um Anmeldung unter volker.strenger@medunigraz.at wird gebeten. Mitglieder der ÖGKJ können sich unter www.oegit.eu mit einer reduzierten Teilnahmegebühr für den 13. ÖIK registrieren. Veranstaltungsort: Hotel Gut Brandlhof, Raum 7

MITTWOCH, 27. MÄRZ 2019

17:30 Eröffnung des Kongresses
R. Gattringer, F. Thalhammer

17:45–19:00 Symposium 1
Neue Antiinfektiva
Was wurde zugelassen, was ist zu erwarten?
Vorsitz: C. Lass-Flörl (Innsbruck), G. Weiss (Innsbruck)

Bei Gram-positiven Erregern
R. Bellmann-Weiler (Innsbruck)

Bei Gram-negativen Erregern
B. Grabein (München)

Virustatika
F. Thalhammer (Wien)

19:00–20:00 Eröffnungsvortrag
Vorsitz: P. Apfalter (Linz), R. Gattringer (Wels)
**Organisational culture and its implications for
infection prevention and control in healthcare
institutions**
Michael A. Borg (Malta)

ab 20:00 Get-together



Xydalba™ (Dalbavancin), ein **Lipoglykopeptid-Antibiotikum**, für die Behandlung von akuten bakteriellen Haut- und Weichgewebeeinfektionen (ABSSEI) bei Erwachsenen.



Mögliche Dosierungen:

- ✓ Einmalige Infusion (1500 mg)
- ✓ Zwei Infusionen (Tag 1: 1000 mg, Tag 8: 500 mg)

DONNERSTAG, 28. MÄRZ 2019

8:30–9:45

Symposium 2

Highlights 2019

Vorsitz: J. Kern (Salzburg), R. Krause (Graz)

Infektiologie

G. Weiss (Innsbruck)

Klinische Mikrobiologie und Hygiene

C. Lass-Flörl (Innsbruck)

Tropenmedizin

S. Winkler (Wien)

9:45–10:15

Pause – Besuch der Poster- und
Industrieausstellung

10:15–11:30

Pro/Contra-Sitzung 1

Vorsitz: S. Winkler (Wien), M. Zeitlinger (Wien)

Kombinationstherapie bei Pseudomonas aeruginosa

Ja: M. Vossen (Wien), Nein: B. Grabein (München)

Sinnhaftigkeit der Infektions-Surveillance –

Gibt es einen Nutzen?

Ja: O. Assadian (Neunkirchen), Nein: R. Gattlinger (Wels)

Non-Influenza-Viruspneumonien – Isolierung?

Ja: D. Orth-Höller (Innsbruck), Nein: A. Grisold (Graz)

11:30–12:00

Pause – Besuch der Poster- und
Industrieausstellung



 **CRESEMBA**[®]
(ISAVUCONAZOLE)

ZAVICEFTA [™]
ceftazidime and avibactam

Zinforo [™]
ceftaroline fosamil

Infektionsmanagement
gemeinsam handeln!

DONNERSTAG, 28. MÄRZ 2019

-  **12:00–13:15 Symposium 3**
Neue Antibiotika ante portas
Programm siehe Seite 15
Mit freundlicher Unterstützung 
-  **13:15–14:15** Mittagspause
-  **13:30–13:50 Meet the Expert**
Prophylaxe gegen Katheter- und Port-a-Cath-Infektionen
F. Thalhammer (Wien)

In der Industrieausstellung
am Stand der Firma Crosstec 
-  **14:15–15:15 Workshops I–IV**

 - WS 1 Neues bei HIV: Von der PEP über die Therapie bis zur PrEP**
A. Zoufaly (Wien)
 - WS 2 Infektiologisches Ausbruchsmanagement**
D. Schmid (Wien)
 - WS 3 Update Reisemedizin**
U. Hollenstein (Wien)
 - WS 4 Pädiatrische Infektiologie in der Kassenpraxis**
S. Thalhammer (Wien)

Colistin® ratiopharm®

Trockenstechampullen mit Lösungsmittel
Umfassende Therapie bei
Pseudomonas aeruginosa

Laura geht
ihren Weg,
Teva Respiratory
begleitet sie.



Colistin ratiopharm – Trockenstechampullen mit Lösungsmittel
Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Trockenstechampulle enthält 78,74 mg (1.000.000 I.E.) Colistimethat-Natrium entsprechend 33,3 mg Colistin. **Anwendungsgebiete:** Systemisch: Colistin ratiopharm parenteral angewendet ist bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern, einschließlich Neugeborener, zur Behandlung schwerer, durch bestimmte aerobe gramnegative Erreger verursachter Infektionen indiziert, sofern für die Patienten nur begrenzte Therapieoptionen zur Verfügung stehen (siehe Abschnitte 4.2, 4.4, 4.8 und 5.1 der Fachinformation). **Aerosoltherapie:** Colistin ratiopharm als Aerosoltherapie ist bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern mit zystischer Fibrose zur Behandlung chronischer pulmonaler Infekte indiziert, die durch *Pseudomonas aeruginosa* verursacht werden (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Die offiziellen Richtlinien zur sachgemäßen Anwendung von Antibiotika sind zu beachten. **Gegenanzeigen:** Colistin darf nicht angewendet werden bei Überempfindlichkeit gegen Colistin, andere Polymyxine oder einen der genannten sonstigen Bestandteile; Frühgeborene. **Zusätzliche Gegenanzeigen bei systemischer Anwendung:** Schwere kardiogene Ödeme; die intravenöse Injektion ist kontraindiziert, da Konzentrationsspitzen eine neuromuskuläre Blockade mit Atemlähmung auslösen können. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antibiotika zur systemischen Anwendung; andere Antibiotika, Polymyxine, ATC-Code: J01XB01. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Lösungsmittel: Natriumchloridlösung. **Art und Inhalt des Behältnisses:** Das Pulver befindet sich in einer Glasampulle der hydrolytischen Klasse III, das Lösungsmittel in einer Glasampulle der hydrolytischen Klasse I. Die Pulver-Trockenstechampulle ist mit einem Chlorobutylgummistopfen verschlossen. 10 Trockenstechampullen + 10 Lösungsmittelampullen; 60 Trockenstechampullen + 60 Lösungsmittelampullen; 100 Trockenstechampullen + 100 Lösungsmittelampullen. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. **Inhaber der Zulassung:** TEVA B.V., Swensweg 5, 2031 GA Haarlem, Niederlande, Tel.Nr.: +43/1/97007-0, Fax-Nr.: +43/1/97007-66, e-mail: info@ratiopharm.at. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 07/2017
Weitere Hinweise zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und zutreffendenfalls Angaben über die Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

AU/COL/18/0005

PROGRAMM



DONNERSTAG, 28. MÄRZ 2019

- **15:15–17:15 CLINICAL GRAND ROUNDS: 5 Fälle**
Moderation: C. Wenisch (Wien)
Diskutanten: H. Burgmann
H. Laferl
E. Schmutzhard
I. Zollner-Schwetzhart
15:15–15:39 F. Allerberger (Wien)
15:39–16:03 I. Wakolbinger (Rohrbach)
16:03–16:27 A. Kariolou (Wien)
16:27–16:51 B. Ströbele (St. Pölten)
16:51–17:15 M. Markowicz (Wien)
- **17:15–17:45** Pause – Besuch der Poster- und Industrierausstellung
- **17:45–19:00 Symposium 4**
Moderne Diagnostik – besserer Outcome?
Vorsitz: P. Apfalter (Linz), R. Gattringer (Wels)

Moderne Pilzdiagnostik – Fluch oder Segen?
B. Willinger (Wien)

Diagnostic Stewardship
P. Apfalter (Linz)

PCR und POCT – wird der Patient wirklich schneller gesund?
H. Kerschner (Linz)
- **19:15 Mitgliederversammlung ÖGIT**
- **ab 20:00 Gemeinsames Abendessen**

Ein neuer Player stellt sich vor



Infektion im Fokus



DONNERSTAG, 28. MÄRZ 2019

12:00–13:15 Symposium 3

Neue Antibiotika ante portas

Vorsitz: P. Apfalter (Linz), C. Wenisch (Wien)

Meropenem/Vaborbactam – ein neuer Player bei multiresistenten Enterobakterien
R. Krause (Graz)

Delafloxacin – eine neue MRSA-Therapieoption
G. Weiss (Innsbruck)

Oritavancin – eine APAT-Alternative
F. Thalhammer (Wien)

Mit freundlicher Unterstützung





VALNEVA AUSTRIA –
ADVANCING VACCINES
FOR BETTER LIVES

1812-AT-TD-064 | 20-Dez-2018

IXIARO[®]

Japanese encephalitis vaccine (inactivated, adsorbed)

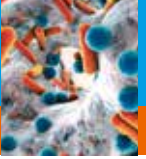
DUKORAL[®]

Cholera vaccine (inactivated, oral)

Vivotif[®]

Typhoid Oral Vaccine

PROGRAMM



FREITAG, 29. MÄRZ 2019

8:30–9:45

Symposium 5

Bakteriologie: Wieso, weshalb, warum?

Vorsitz: F. Allerberger (Wien), B. Willinger (Wien)



Natürliche Resistenzen –
Therapien, die sicher wirkungslos sind
R. Gattringer (Wels)

Legionellen – erstes österreichisches Consensus Paper
C. Wenisch (Wien)

Kommunikation zwischen Erregern – ein Märchen?
R. Hartl (Linz)

9:45–10:15

Pause – Besuch der Poster- und
Industrierausstellung

10:15–11:30

Pro/Contra-Sitzung 2

Vorsitz: C. Wenisch (Wien), I. Zollner-Schwetz (Graz)

Dosiseskalation bei kritisch kranken Patienten

Ja: A. Brinkmann (Heidenheim), Nein: M. Zeitlinger (Wien)

Was ist besser: Vancomycin oder Linezolid?

Vancomycin: F. Thalhammer (Wien)

Linezolid: A. Wechsler-Fördös (Wien)

Akute Zystitis: NSAR versus Antibiotika

NSAR: O. Janata (Wien), Antibiotika: R. Krause (Graz)

AmBisome® – von Anfang an¹



Vertrauen Sie auf
25 Jahre Erfahrung
mit über 1 Million Patienten*

Hohe nachgewiesene Wirksamkeit
bei Aspergillus- und Candida-Infektionen^{2,3}

Sehr breites Wirkspektrum,
auch bei Mucor⁴⁻⁶

Gute Verträglichkeit
durch liposomale Formulierung^{7,8}

AmBisome®
Liposomales Amphotericin B 
Von Anfang an¹

Referenzen

- 1 AmBisome® Fachinformation, Juni 2018
- 2 Cornely OA et al. Clin Infect Dis 2007; 44: 1289 - 1297
- 3 Kuse ER et al. Lancet 2007; 369: 1519 - 1527
- 4 Lass-Flörl C et al., Antimicrob Agents Chemother 2008; 52(10):3637 - 3641.
- 5 Ellis D et al., J Antimicrob Chemother 2002; 49(1):7-10.
- 6 Cuenca-Estrella M et al., Antimicrob Agents Chemother 2006; 50(3): 917 - 920.
- 7 Walsh TJ et al. N Engl J Med 1999; 340: 764 - 771
- 8 Prentice HG et al. Br J Haematol 1997; 98: 711 - 71

* Patienten weltweit: Gilead Data

HIV/AT/18-11//2240a
Datum der Erstellung: Dezember 2018



PROGRAMM

FREITAG, 29. MÄRZ 2019

11:30–12:00 Pause – Besuch der Poster- und
Industrierausstellung

12:00–13:30 **Infektiologische Forschung in Österreich**
Moderation: G. Weiss (Innsbruck)

Die fünf besten eingereichten Studienabstracts

12:00–12:15 M. Karolyi (Wien)

12:15–12:30 D. Kresse (Innsbruck)

12:30–12:45 A. Cabal-Rosel (Wien)

12:45–13:00 S. Wunsch (Graz)

13:00–13:15 I. Lesiak-Markowicz (Wien)

Österreichischer Infektionspreis 2019

13:15-13:30 Präsentation der prämierten Arbeit
G. Gualdoni (Wien)

13:30–14:15 Mittagspause

13:45–14:05 **Meet the Expert**
Schnelle phänotypische Empfindlichkeitstestung
von Sepsiserregern
D. Orth-Höller (Innsbruck)

In der Industrierausstellung
am Stand der Firma Accelerate



WWW.OEGIT.EU

SEITE 19 

Erreger finden - Infektion erkennen

PCR und Serologie aus einer Hand

- PCR Diagnostik
- Serologie
- Präanalytik
- Workflow & IT
- Archivierung

FREITAG, 29. MÄRZ 2019

14:15–15:30 Symposium 6

Emerging Infectious Diseases

Vorsitz: H. Kollaritsch (Wien), E. Schmutzhard (Innsbruck)

Tropische Viren in Europa
N. Nowotny (Dubai)

Durch Zecken übertragene bakterielle Infektionen
I. Zollner-Schwetz (Graz)

Europäische Parasitosen
C. Meyer (Hamburg)

15:30–16:30 Workshops V–VIII

WS 5 Klinische Interpretation mikrobiologischer Befunde

H. Laferl (Wien) & R. Hartl (Linz)

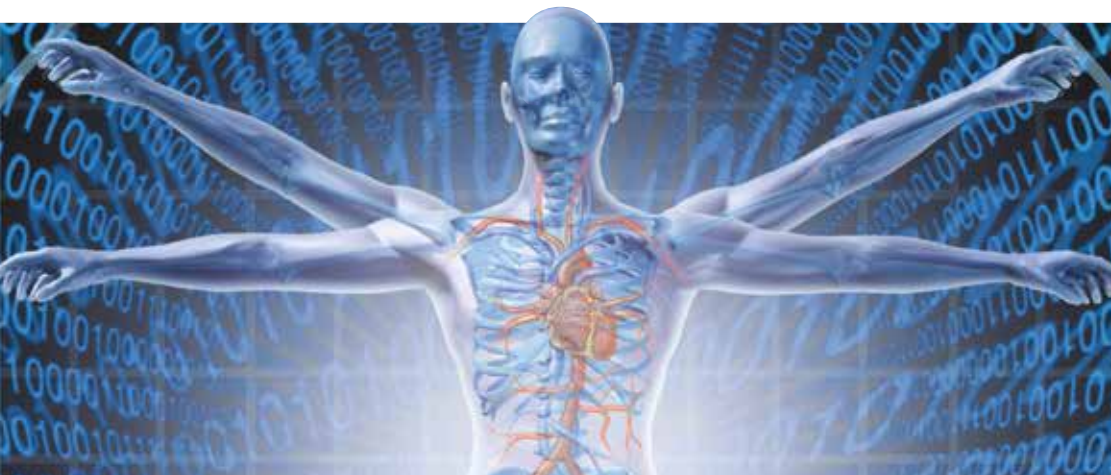
WS 6 Neues aus der Vakzinologie
H. Kollaritsch (Wien)

WS 7 Atypische Mykobakterien
R. Rumetshofer (Wien)

WS 8 Anaerobier
J. Kern (Salzburg)

FREITAG, 29. MÄRZ 2019

14. ÖSTERREICHISCHER INFEKTIONSKONGRESS



LEITLINIEN & KONTROVERSEN

25. bis 28. März 2020 | Brandlhof | Saalfelden

in Zusammenarbeit mit



Information & Anmeldung: www.oegit.eu

16:30–17:00 Pause – Besuch der Poster- und
Industrierausstellung

Mit freundlicher Unterstützung



17:00–18:15 **Symposium 7**
Influenza

Vorsitz: O. Janata (Wien), A. Wechsler-Fördös (Wien)

Epidemiologie und Diagnostik
M. Redlberger-Fritz (Wien)

Therapieoptionen und Hygienemaßnahmen
R. Krause (Graz)

Impfung
G. Weiss (Innsbruck)

18:15–20:00 **Posterbegehung** (mit Brezeln und Bier)
Moderation: R. Krause, G. Weiss, C. Wenisch,
I. Zollner-Schwetzwitz

ab 20:00 **Gemeinsames Abendessen**
für alle KongressteilnehmerInnen im Brandlhof

mit feierlicher Vergabe

- der Poster- & Präsentations-Preise 2019
- des Österreichischen Infektionspreises 2019

R. Gatttringer, C. Lass-Flörl, F. Thalhammer, G. Weiss

SAMSTAG, 30. MÄRZ 2019

8:30–9:00

Guten Morgen!

Vorsitz: U. Hollenstein (Wien), A. Zoufaly (Wien)

Multiresistente Bakterien (MRE):**Müssen wir unsere Patienten wegsperren?**

O. Assadian (Neunkirchen)

9:00–10:15

Symposium 8**Kontroversen in der Infektiologie**

Vorsitz: R. Bellmann-Weiler (Innsbruck), R. Krause (Graz)

Reaktivierung von Herpes-Viren an der ICU –
Fact or fiction?

H. Burgmann (Wien)

Borrelien: rezidivierende Infektionen,
chronische Verläufe, post-Lyme disease
U. Hollenstein (Wien)Candida und Aspergillus im Respirationstrakt
beim Intensivpatienten
C. Forstner (Jena)

10:15–10:45 Pause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung

SAMSTAG, 30. MÄRZ 2019

10:45–12:00

Symposium 9**Behandlung von Infektionen mit
multiresistenten Erregern**

Vorsitz: F. Thalhammer (Wien), G. Weiss (Innsbruck)

Linezolid-resistente Staphylokokken und Vancomycin-
resistente Enterokokken

A. Wechsler-Fördös (Wien)

Enterobacteriaceae (E. coli, K. pneumoniae,
Enterobacter)

G. Fritsche (Innsbruck)

Nonfermenter (Pseudomonas, Acinetobacter)
O. Janata (Wien)

12:00–12:05

Verabschiedung und Ausblick 2020

R. Gattlinger, F. Thalhammer, C. Wenisch

12:05

Ende des Kongresses

ALLGEMEINE TAGUNGSMITTEILUNGEN

Tagungsgebühren

	Gesamte Tagung	Tageskarte
Mitglieder aller mitveranstaltenden Gesellschaften (siehe Seite 4)	€ 225,-	€ 150,-
Nichtmitglieder	€ 300,-	€ 200,-

Hinweis: Ihre Kongressanmeldung wird erst durch die Bezahlung der Kongressgebühr bzw. der Reservierungsgebühr (€ 125,- wenn Sie von einer Pharmafirma eingeladen sind) gültig. Diese ist von den Kongressteilnehmern selbst auf das Konto der ÖGIT einzuzahlen und kann nicht von Dritten übernommen werden.

Zahlungsmodalitäten

- Banküberweisung, spesenfrei für den Empfänger, auf das Konto der ÖGIT, Erste Bank, IBAN: AT70 20111 29462863100, BIC: GIBAAATWWXXX
- Bar vor Ort (es werden keine Kreditkarten oder Bankomatkarten akzeptiert)

Stornobedingungen für die Tagungsgebühr

- Stornierungen sind schriftlich an Medical Dialogue, Schloss 4, 2542 Kottlingbrunn zu richten: office@medicaldialogue.at
- Die Durchführung von Refundierungen erfolgt nach dem Kongress:
 - Bei Stornierungen bis zum 15. Februar 2019 werden 50% der einbezahlten Gebühr rückerstattet.
 - Bei Stornierungen nach dem 15. Februar 2019 ist keine Refundierung möglich.

Wirtschaftlicher Veranstalter

Medical Dialogue GmbH, Schloss 4, 2542 Kottlingbrunn

VERHALTENSKODEX DER ÖÄK – AUSZUGSWEISE

Teilnahme an medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen, insbesondere Kongressen, Symposien, Workshops und Vorträgen

Ärzte dürfen an von der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie finanzierten Veranstaltungen teilnehmen, wenn diese wissenschaftlichen Zielen, Zwecken der Fortbildung oder der praxisbezogenen Anwendung ärztlichen Handelns bzw. Studienzwecken dienen und der zeitliche Aufwand für die Vermittlung wissenschaftlicher bzw. fachlich medizinischer Informationen im Vordergrund steht. Der Tagungsort sowie die deutlich überwiegende Zeit der Veranstaltung müssen diesen Zielen entsprechen.

Die Kosten für Anreise, Aufenthalt und Einladungen jeglicher Art dürfen nur bei der Teilnahme an ausschließlich berufsbezogenen und wissenschaftlichen Veranstaltungen übernommen werden. Zulässig ist nur die Übernahme der Kosten für Ärzte durch die Pharma- bzw. Medizinproduktindustrie, nicht aber die Übernahme der Kosten von Begleitpersonen von Ärzten.

Für Leistungen (insbesondere Vortragstätigkeiten), die im Rahmen einer medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltung erbracht werden, kann ein angemessenes Honorar angenommen werden, wenn die Finanzierung dem Veranstalter gegenüber offengelegt wird.

Pharmig: Verhaltenskodex – Auszug, Veranstaltungen Inland

Kapitel 7 Veranstaltungen

Symposien, wissenschaftliche Kongresse, Workshops, Vorträge und ähnliche, auch kleinere Veranstaltungen sind anerkannte Mittel zur Verbreitung von Wissen und Erfahrung über Arzneimittel und Therapien sowie zur Weiter- und Fortbildung. Die Organisation, Durchführung und/oder Unterstützung oder die Übernahme von Kosten für deren Teilnehmer ist nur zulässig, wenn die Veranstaltung den Bestimmungen des Artikels 7 entspricht.

7.1 Diese Veranstaltungen müssen ausschließlich der wissenschaftlichen Information und/oder der fachlichen Fortbildung dienen.

7.2 Die Übernahme von Kosten im Rahmen dieser Veranstaltungen hat sich auf die Reisekosten, Verpflegung, Übernachtung sowie die ursächliche Teilnahmegebühr zu beschränken und angemessen zu sein. Freizeit- und/oder Unterhaltungsprogramme (z. B. Theater, Konzert, Sportveranstaltungen) für Teilnehmer dürfen weder finanziert noch organisiert werden. Die Einladung von Begleitpersonen ist nicht gestattet; daher dürfen pharmazeutische Unternehmen für diese weder die Organisation noch Kosten für Reise, Verpflegung, Übernachtung oder Aufwendungen für Freizeitaktivitäten übernehmen.

7.3 Die Anwesenheit der Teilnehmer, das Programm sowie die wissenschaftlichen und/oder fachlichen Inhalte der durchgeführten Veranstaltung sind zu dokumentieren.

7.4 Der Tagungsort hat dem Zweck der Veranstaltung zu dienen, im Inland gelegen zu sein und nach sachlichen Gesichtspunkten ausgewählt zu werden. Der Freizeitwert des Tagungsortes ist kein Auswahlkriterium.

Fotos auf der Homepage der ÖGIT: Mit der Registrierung/Teilnahme zum 13. ÖÄK stimmen Sie zu, dass Fotos von Ihnen auf dem Kongress gemacht und eventuell auf die Homepage der ÖGIT in Form einer „Nachlese“ zum Kongress gestellt werden.

FACHKURZINFORMATIONEN

Xydalba® 500 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält Dalbavancin-Hydrochlorid äquivalent zu 500 mg Dalbavancin. Nach Rekonstitution enthält jeder ml 20 mg Dalbavancin. Die verdünnte Infusionslösung muss eine endgültige Konzentration von 1 bis 5 mg/ml Dalbavancin aufweisen. Liste der sonstigen Bestandteile: Mannitol (E421), Laktose-Monohydrat, Salzsäure (zur pH-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Einstellung). Anwendungsgebiete: Xydalba ist für die Behandlung von akuten bakteriellen Haut- und Weichgewebeinfektionen (ABSSI) bei Erwachsenen indiziert. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, Glykopeptid-Antibiotika. ATC-Code: J01XA04. Inhaber der Zulassung: Allergan Pharmaceuticals International Ltd., Clonsaugh Industrial Estate, Coolock, Dublin 17, Irland. Stand der Information: April 2017 Verschreibungs-pflicht/Apothekenpflicht: Das Arzneimittel ist verschreibungspflichtig. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Dukoral. Suspension und Brausegranulat zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen; Cholera-Impfstoff (inaktiviert, zum Einnehmen); Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Eine Dosis der Impfstoff-Suspension (3 ml) enthält: - Insgesamt 1,25x10¹¹ Bakterien der folgenden Stämme: Vibrio cholerae O1 Inaba, klassischer Biotyp (hitzeinaktiviert) 31,25x10⁹ Bakterien*; Vibrio cholerae O1 Inaba, El Tor-Biotyp (formalininaktiviert) 31,25x10⁹ Bakterien*; Vibrio cholerae O1 Ogawa, klassischer Biotyp (hitzeinaktiviert) 31,25x10⁹ Bakterien*; Vibrio cholerae O1 Ogawa, klassischer Biotyp (formalininaktiviert) 31,25x10⁹ Bakterien*; – Rekombinante Cholera-Toxin B Untereinheit (rCTB) 1 mg (hergestellt in V. cholerae O1 Inaba, klassischer Biotyp Stamm 213). *Bakterienzählung vor der Inaktivierung. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat 2,0 mg, Dinatriumhydrogenphosphat-Dihydrat 9,4 mg, Natriumchlorid 26 mg, Natriumhydrogencarbonat 3600 mg, Natriumcarbonat, wasserfrei 400 mg, Saccharinnatrium 30 mg, Natriumcitrat 6 mg. Eine Dosis enthält etwa 1,1 g Natrium. Sonstige Bestandteile: Suspension: Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Dinatriumhydrogenphosphat-Dihydrat, Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke; Brausegranulat: Natriumhydrogencarbonat, Zitronensäure, Natriumcarbonat, wasserfrei, Saccharinnatrium, Natriumcitrat, Himbeeraroma; Pharmakotherapeutische Gruppe: Bakterielle Impfstoffe, ATC-Code: J07AE01. Anwendungsgebiete: Dukoral ist zur aktiven Immunisierung gegen die durch Vibrio cholerae Serogruppe O1 verursachten Erkrankungen bei Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren, die in endemische/epidemische Gebiete reisen wollen, angezeigt. Die Anwendung von Dukoral sollte auf der Grundlage der offiziellen Empfehlungen erfolgen, wobei die epidemiologische Variabilität sowie das Risiko einer Erkrankung in unterschiedlichen geografischen Regionen und bei unterschiedlichen Reisebedingungen zu berücksichtigen ist. Dukoral ersetzt nicht die üblichen Schutzmaßnahmen. Beim Auftreten von Diarrhöe sind Maßnahmen zur Rehydratation einzuleiten. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der in der Fachinformation Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile oder Formaldehyd. Die Verabreichung von Dukoral sollte bei Personen mit akuter Magen-Darmerkrankung oder fiebriger Erkrankung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Inhaber der Zulassung: Valneva Sweden AB, S-105 21 Stockholm, Schweden, +46 (0)8 735 1000 infodukoral@valneva.com Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Zulassungsnummer: EU/1/03/263/001-003. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Weitere Informationsquellen: Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu/> verfügbar. Stand der Fachkurzinformation: März 2015.

IXIARO Injektionssuspension; Japanische-Enzephalitis-Virus Impfstoff (inaktiviert, adsorbiert); Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Eine Impfdosis (0,5 ml) IXIARO enthält: Japanische-Enzephalitis-Virus Stamm SA14-14-2 (inaktiviert) 1,26 AU3; entsprechend einer Stärke von ≤ 460 ng ED50, 1 hergestellt in Verozellen, Zadsorbiert an Aluminiumhydroxid, hydratisiert (ca. 0,25 Milligramm Al³⁺), 3 Antigeneinheiten. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Dieses Arzneimittel enthält Kalium, jedoch weniger als 1 mmol/Dosis, und Natrium, weniger als 1 mmol/Dosis. Phosphatgepufferte Kochsalzlösung 0,0067 M (in PO4) mit folgender Zusammensetzung: NaCl – 9 mg/ml, KH₂PO₄ – 0,144 mg/ml, Na₂HPO₄ – 0,795 mg/ml. Sonstige Bestandteile: Phosphat-gepufferte Salzlösung, bestehend aus: Natriumchlorid, Kaliumdihydrogenphosphat, Dinatriumhydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke. Pharmakotherapeutische Gruppe: Enzephalitis Impfstoffe, ATC-Code: J07BA02. Anwendungsgebiete: Aktive Immunisierung gegen das japanische-Enzephalitis-Virus für Erwachsene, Jugendliche, Kinder und Säuglinge ab dem Alter von 2 Monaten. IXIARO ist angezeigt bei Personen, die auf Reisen oder beruflich dem Risiko einer Infektion ausgesetzt sind. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in der Fachinformation Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile oder gegen die herstellungsbedingten Verunreinigungen Protaminsulfat, Formaldehyd, Rinder Serumalbumin, Wirtszell-DNA, Natriummetabisulfit, Wirtszellproteine. Personen, die nach der ersten Dosis Überempfindlichkeitsreaktionen gezeigt haben, soll keine zweite Dosis verabreicht werden. Bei Personen mit akuten, ernsthaften fieberhaften Infektionen muss die Verabreichung verschoben werden. Inhaber der Zulassung: Valneva Austria GmbH, Campus Vienna Biocenter 3, A-1030 Wien, Österreich. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Zulassungsnummer: EU/1/08/501/001, EU/1/08/501/002. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Weitere Informationsquellen: Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu/> verfügbar. Stand der Fachkurzinformation: Mai 2016

Vivotif, Kapseln; Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält mind. 2 x 10⁹ CFU Lebende und mind. 5 x 10⁹ CFU inaktivierte Keime des Salmonella typhi Stammes Ty 21a in lyophilisierter Form (CFU = colony-forming-units = vermehrungsfähige Einheiten), Kulturmedium: Hy-Case SF (Proteinhydrolysat). Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 48 mg Saccharose, wasserfreie Lactose auf 180-200 mg. Sonstige Bestandteile: Kapselhülle: Saccharose, wasserfreie Lactose, Ascorbinsäure, Hy-Case SF, Magnesiumstearat Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid (E-171), Erythrosin (E-127), gelbes Eisenoxid (E-172), rotes Eisenoxid (E-172), Hydroxypropylmethylcellulosephthalat, Diethylphthalat, Dibutylphthalat, Ethylenglycol; Pharmakotherapeutische Gruppe: Typhus oral, lebend abgeschwächt; ATC-Code: J07AP01. Anwendungsgebiete: Reisepfimpfung. Orale, aktive Immunisierung gegen Erkrankungen durch Salmonella typhi. Vivotif, Kapseln sind für Kinder ab dem vollendeten 6. Lebensjahr und Erwachsene bestimmt. Der Impfschutz beträgt ca. 65%, dies ist mit der Injektion inaktivierter Vaccine vergleichbar. Klinische Studien zur Prophylaxe bei Fernreisenden liegen nicht vor. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Allergische Reaktion bei vorheriger Anwendung von Vivotif. Angeborener oder erworbener Immundefekt, einschließlich Behandlung mit immunsuppressiven und antimotilitischen Medikamenten. Inhaber der Zulassung: PaxVax Ltd., 1 Victoria Square, Birmingham, England B1 1BD, Vereinigtes Königreich. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Zulassungsnummer: Z.Nr. 2-00011. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Fachkurzinformation: Januar 2016.

AmBisome 50 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung, Antibiotika; ATC-Code: J02AA01. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Durchstechflasche enthält 50 mg Amphotericin B eingebettet in Liposomen. Nach der Rekonstitution enthält das Konzentrat 4 mg/ml Amphotericin B. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Natrium. Sonstige Bestandteile: Hydriertes Sojaphosphatidylcholin, Cholesterol, Distearoylphosphatidylglycerol, Saccharose, Dinatriumsuccinat-Hexahydrat, Tocopherol, Natriumhydroxid (zur pH-Einstellung), Salzsäure (zur pH-Einstellung). Anwendungsgebiete: AmBisome ist angezeigt zur Behandlung von schweren systemischen und/oder tiefen Mykosen. Zu den erfolgreich mit AmBisome behandelten Mykosen gehören disseminierte Candidose, Aspergilliose, Kryptokokkenmeningitis, Mucormykose und chronisches Myzetom. empfindlichen Behandlung von vermuteter Pilzinfektionen bei Patienten mit febriler Neutropenie. AmBisome wird angewendet bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Bestandteile, außer wenn nach Meinung des Arztes die zu behandelnde Infektion lebensbedrohlich ist und nur mit AmBisome behandelt werden kann. Zulassungsinhaber: Gilead Sciences Ireland UC, Carrigtwohill, County Cork, T45 DP77, Irland. Rezept- und apothekenpflichtig, NR. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Juni 2018

ABSTRACT-EINREICHUNGEN

Wissenschaftliche Poster- und Präsentations-Preise der ÖGIT 2019

Abstract-Einreichungen in Deutsch oder Englisch. Nur elektronisch (www.oegit.eu) eingereichte Abstracts werden akzeptiert.

Einsendeschluss ist der 31. Jänner 2019, 24.00 Uhr

Die Abstracts werden anonymisiert vom Abstract-Komitee bewertet. Über Annahme oder Ablehnung der Abstracts erhalten Sie eine Verständigung per E-Mail. Die fünf besten Abstracts werden zu einer mündlichen Präsentation am Freitag, den 29. März 2019 eingeladen. Die Poster- und Präsentationspreise werden auf der Basis des wissenschaftlichen Wertes und der Präsentation vor Ort (Vortrag oder Poster) vergeben. Die E-Poster-Begehung findet am 29. März 2019 in der Zeit von 19:00 bis 20:00 Uhr statt. Wir bitten Sie, in dieser Zeit vor Ort zu sein, um Ihr Poster der Kommission vorzustellen und eventuelle Fragen zu beantworten.

Die Prämierung erfolgt ebenfalls am 29. März 2019 am Kongress.

Poster-Format: Nur in elektronischer Form. Die technischen Vorgaben sind:

- Seitenverhältnis ■ 9:16 – Hochformat
- Abgabeformat ■ Bild mit 1080 x 1920 pixel und 150 dpi Auflösung
- Powerpointslide OHNE Animation
- PDF

ALLGEMEINE TAGUNGSINFORMATIONEN

Tagungsort

Hotel Gut Brandlhof • A-5760 Saalfelden • Hohlwegen 4

Tel.: +43 6582 7800-0 • Fax: +43 6582 7800 598

Mail: office@brandlhof.com • www.brandlhof.com



PROGRAMM

FACHKURZINFORMATIONEN

CRESEMBA 100 mg Hartkapseln, CRESEMBA 200 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Hartkapseln: Jede Kapsel enthält 100 mg Isoniazid (als 186,3 mg Isoniazidnatriumsulfat). Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Jede Durchstechflasche enthält 200 mg Isoniazid (als 372,6 mg Isoniazidnatriumsulfat). Liste der sonstigen Bestandteile: Hartkapseln: Kapselhülle: Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose, Talkum, Hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure. Kapselhülle: Hypromellose, Wasser, Eisen(III)-oxid (E172) (nur Kapselkörper), Titandioxid (E171), Gellan Gummi, Kaliumacetat, Natriumdecat, Natriumdodecylsulfat. Drucktinte: Schellack, Propylenglycol, Kaliumhydroxid, Eisen(III)-oxid (E172). Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Mannitol, Schwefelsäure (zur pH-Anpassung). Anwendungsgebiete: CRESEMBA ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit invasiver Aspergillose. - Mukormykose bei Patienten, bei denen eine Behandlung mit Amphotericin B nicht angemessen ist (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation). Offizielle Leitlinien über die angemessene Anwendung von Antimykotika sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Gleichzeitige Anwendung mit Ketoconazol (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Gleichzeitige Anwendung mit hoch-dosiertem Ritonavir (> 200 mg alle 12 Stunden; siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Gleichzeitige Anwendung mit starken CYP3A4/5-Induktoren, wie z. B. Rifampicin, Rifabutin, Carbamazepin, lang wirkenden Barbituraten (z. B. Phenobarbital), Phenytoin und Johanniskraut, sowie mit mäßig starken CYP3A4/5-Induktoren wie z. B. Efavirenz, Nafacillin und Etravirin (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Patienten mit familiärem Short-QT-Syndrom (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Pharmakotherapeutische Gruppe: Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung, Triazol-Derivate, ATC-Code: J02AC05. Inhaber der Zulassung: Basilea Medical Ltd (c/o Cox Costello & Horne Limited), Langwood House, 63–81 High Street, Rickmansworth, Hertfordshire WD3 1EQ, Vereinigtes Königreich. Stand der Information: November 2018. Rezeptpflichtig/Apothekenpflichtig: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Zavicefta 2 g/0,5 g Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält Cefazidim 5 H₂O, entsprechend 2 g Cefazidim, und Avibactam-Natrium, entsprechend 0,5 g Avibactam. Nach der Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 167,3 mg Cefazidim und 41,8 mg Avibactam (siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Durchstechflasche enthält 6,44 mmol Natrium (ca. 148 mg). Liste der sonstigen Bestandteile: Natriumcarbonat. Anwendungsgebiete: Zavicefta wird angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung der folgenden Infektionen (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation): - Komplizierte intraabdominale Infektionen (cIAI). - Komplizierte Harnwegsinfektionen (cUTI), einschließlich Pyelonephritis. - Nosokomiale Pneumonien (HAP), einschließlich beatmungssozialer Pneumonien (VAP). Zavicefta ist auch indiziert für die Behandlung von Infektionen aufgrund von gram-negativer Erreger bei erwachsenen Patienten mit begrenzten Behandlungsoptionen (siehe Abschnitte 4.2, 4.4 und 5.1 der Fachinformation). Die offiziellen Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen jegliche Cephalosporin-Antibiotika. Schwere Überempfindlichkeitsreaktion (z. B. anaphylaktische Reaktion, schwere Hautreaktion) gegen jegliche andere Art von Betalactam-Antibiotika (z. B. Penicilline, Monobactame oder Carbapeneme). Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, Cefazidim, Kombinationen, ATC-Code: J01DD52. Inhaber der Zulassung: Pfizer Ireland Pharmaceuticals, Operations Support Group, Ringaskiddy, County Cork, Irland. Stand der Information: Juli 2018. Rezeptpflichtig/Apothekenpflichtig: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Zinforo 600 mg Pulver zur Herstellung eines Konzentrats für eine Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält Ceftriaxonacetat (1:1) 1 H₂O, entsprechend 600 mg Ceftriaxon. Nach Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 30 mg Ceftriaxon. Liste der sonstigen Bestandteile: Arginin. Anwendungsgebiete: Zinforo wird angewendet zur Behandlung der folgenden Infektionen bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 2 Monaten (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation): - Komplizierte Haut- und Weichgewebeinfektionen (complicated skin and soft tissue infections, cSSTI). - Ambulant erworbene Pneumonie (community-acquired pneumonia, CAP). Die offiziellen Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen Cephalosporin-Antibiotika. Plötzlich einsetzende und schwere Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. anaphylaktische Reaktion) gegen jegliche andere Art von Betalactam-Antibiotika (z. B. Penicilline oder Carbapeneme). Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, andere Cephalosporine und Peneme, ATC-Code: J01DI02. Inhaber der Zulassung: Pfizer Ireland Pharmaceuticals, Operations Support Group, Ringaskiddy, County Cork, Irland. Stand der Information: November 2017. Rezeptpflichtig/Apothekenpflichtig: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Für die Posterausstellung und die „Posterbegehung“ zugelassene Studien

STUDIE 1 CRP, Leukozyten und Thrombozyten als Marker zur Unterscheidung zwischen einer Influenza-Infektion und einer anderen Influenza-like Illness (ILI)

T. Herzog¹, M. Széll¹, C. Leitner¹, M. Redlberger-Fritz², C. Sebesta¹; ¹Notfallambulanz, 2. Medizinische Abteilung, Donauespital, Wien, Austria, ²Zentrum für Virologie, Medizinische Universität Wien, Wien, Austria.

Hintergrund: Respiratorische, teils fieberhafte Infekte sind vor allem in der Winterzeit ein häufiger Grund für das Aufsuchen einer Notfallambulanz bzw. des Allgemeinmediziners. Jedoch gerade im niedergelassenen Bereich ist eine Unterscheidung zwischen einer Influenza-Infektion und einer anderen Influenza-like Illness (ILI), unter anderem auch aus Kosten- und Zeitgründen, nur sehr schwer möglich.

Methodik: Bei Patienten, die unsere Notfallambulanz mit Symptomen einer Influenza-like Illness (ILI) aufsuchen, wird ein nasopharyngealer Abstrich abgenommen und im Rahmen der Influenza-Überwachung durch das Diagnostische Influenzanezetzwerk Österreich (DINO) ein direkter Virusnachweis mittels PCR durchgeführt. Gleichzeitig werden bei den betroffenen Patienten mittels einer Laboruntersuchung Entzündungsparameter wie Leukozyten, Thrombozyten und CRP ermittelt. Zu den Daten der laufenden Saison werden zusätzlich auch die bereits gesammelten Daten der letzten Influenza-Saison (2017/18) hinzugezogen.

Ziel: Diese Studie soll zeigen, ob eine Unterscheidung zwischen einer Influenza-Infektion und einer anderen ILI mittels einer Routine-Laboruntersuchung (Blutbild, CRP), welche auch im niedergelassenen Bereich schnell und relativ kostengünstig durchgeführt werden kann, möglich ist.

Ergebnis: Die endgültigen Zahlen und Ergebnisse werden mit Ende der laufenden Influenza-Saison 2018/19 beim Infektionskongress im März 2019 präsentiert.

STUDIE 2 Inactivation of Acanthamoeba castellanii and Candida albicans by N-chlorotaurine in the ex vivo corneal infection model

B. Teuchner¹, I. D. Wibmer², P. Schaumann², C. Seifarth¹, J. Walochnik³, M. Nagl¹; ¹Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie, Innsbruck, Austria, ²Sektion für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, Innsbruck, Austria, ³Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin, Wien, Austria.

Background: N-chlorotaurine (NCT) is an anti-septic belonging to the class of chloramines and

has been used successfully in studies for the topical treatment of keratoconjunctivitis. The aim of the present study was to demonstrate its efficacy against Acanthamoeba and Candida in corneas infected ex vivo. **Methods:** Corneal buttons from porcine eyes were contaminated with Acanthamoeba castellanii trophozoites or Candida albicans CBS 5982 and incubated for 7 days and 3 days, respectively. Subsequently, they were treated with 1% NCT for 5-120 min. After further incubation for 2 days in the absence of NCT in tests with A. castellanii, the buttons were homogenized, and the amoebae grown for further 5 days before they were counted in a light microscope. For C. albicans, quantitative cultures were done from corneal homogenates after incubation in NCT without delay. **Results:** Incubation of 2 hours in NCT completely inhibited regrowth of A. castellanii and reduced the number of C. albicans colony forming unit count by 4 log₁₀. Also at 1 hour, significant reductions of both pathogens could be observed. Histology showed penetration of pathogens into the stroma of the corneal buttons. **Conclusions:** NCT inactivates A. castellanii and C. albicans in corneal tissue.

STUDIE 3 Screening and therapy for latent tuberculosis (LTB) before liver, kidney and heart transplantation at the LKH Graz between 2007 and 2012

P. Rosenstock¹, D. Kniepeiss², H. Olschewski¹, H. Flick¹; ¹Department of internal medicine, division of pulmonology, Medical University Graz, Graz, Austria, ²Department of surgery, division of transplant surgery, Medical University Graz, Graz, Austria.

Background: Tuberculosis incidence among transplant recipients is stated to be 20- to 74-fold times higher than the general population. After transplantation active tuberculosis develops mostly out of latent tuberculosis (LTB). Recommendations for screening and therapy for LTB in transplant candidates are mainly based on data from high-prevalence countries. Currently, there are no prevalence data available from Austria, a low-prevalence country.

Materials and Methods: Patients receiving a transplant organ at state hospital Graz between 2007-2012 were included in this study. Information on comorbidities, LTB incidence, preventive treatment and outcome was retrospectively collected. Data were gathered using the questionnaire provided by TBnet and exploratively evaluated.

Results: We evaluated 375 patients with solid organ transplantation. In total, there were 261 renal, 11 renal/pancreas, 90 liver and 27 heart transplantations (including retransplantations and

combined transplantations). Tests for LTB were performed in only 60 patients (15,5%). Of those, 3 were positive and chemoprevention with isoniazid was performed. No cases of active tuberculosis after transplantation were observed. IGRA were used to detect LTB either alone (n=57) or in combination with TST (n=2).

Conclusion: In this cohort from Graz none of our transplanted patients developed active TB after transplantation and we suspect a very low risk of TB reactivation in our low-prevalence setting. Results of the larger study performed by TBnet needs to be awaited to draw final conclusions on screening and preventive treatment in transplant candidates in regions of low tuberculosis prevalence.

STUDIE 4 Vaccination coverage against influenza and pneumococcal infection among hospitalized cardiological and pneumological patients at the University Clinic Graz

C. Komarek¹, T. Röblreiter¹, E. Smolle¹, H. Olschewski¹, D. von Lewinski², F. Fruhwald², H. Flick¹; ¹Department of internal medicine, division of pulmonology, Medical University Graz, Graz, Austria, ²Department of internal medicine, division of cardiology, Medical University Graz, Graz, Austria.

Background: Influenza and pneumococcal infections, especially in individuals with underlying cardiopulmonary diseases or those above 65 years, cause an annual burden on public health in Austria despite broad vaccination recommendations. Influenza vaccination is an effective way of preventing influenza and its complications, such as pneumonia, and reduces hospitalizations as well as exacerbations of underlying diseases. In Austria's general population vaccination coverages against influenza and pneumococcal infection are rather low.

Aim: This explorative study aimed to provide data on vaccination coverage rates of influenza and pneumococcal infection in persons at risk and their reasons for not being vaccinated. Materials and methods: During the two seasons between 1st and 31st of April 2017 the 1st of April and 31st of May 2018, 422 patients were interviewed at the cardiological and pneumological department at the University Hospital Graz.

Results: Out of all patients interviewed, only 20% were vaccinated against influenza during the last winter season and only 21% were vaccinated against pneumococcal infection. In most cases (41%), those not vaccinated against influenza claimed not to be convinced of the benefits of this vaccination. Of those not vaccinated against pneumococcal infection most (30%) declared not

to have been recommended this vaccination. Conclusion: Overall, vaccination coverages in this cohort of persons at risk are rather low, as compared to other European countries, indicating the need of major adjustments in Austria's vaccination program with more emphasis on the effectiveness and importance of these vaccinations.

STUDIE 5 The clinical difference of influenza A and B virus infection in hospitalised patients in Vienna during the influenza season 2017/18

E. Pawelka, M. Karolyi, H. Laferl, I. Niculescu, A. Zoufaly, C. Wenisch; Kaiser-Franz-Josef Spital, Vienna, Austria.

Background: Seasonal influenza outbreaks are associated with increased hospitalisation rates. Herein we analyse differences in the clinical presentation in molecular confirmed influenza A and B infections.

Materials/methods: In this retrospective observational single-centre-study we included all influenza positive (based on point-of-care-tests with the Alere™i) patients older than 18 years who were hospitalized and treated at the flu-isolation ward during the influenza season 2017/18.

Results: Of the 396 patients tested positive for influenza, 24.2% had influenza A and 75.8% influenza B. Influenza A patients were younger (median age 67.5yrs vs 77yrs, p<0.001), were smokers more often (27.7% vs 16.8%, p=0.021) and had chronic pulmonary disease more frequently (39.6% vs 26.3%, p=0.013), presented with higher body temperature (38.6°C vs 38.3°C, p=0.004), leucocyte count (8 G/L vs 6.8 G/L, p=0.002), CRP-level (41 mg/dl vs 23 mg/dl, p<0.001) and had more dyspnoea (41.7% vs 28%, p=0.012). Influenza B patients had an underlying chronic kidney disease in 37% vs 18.8% (p<0.001) and presented with vomiting on admission more frequently (21.7% vs 11.5%, p=0.027). Influenza A patients were admitted for 8 days vs 7 days (p=0.023). There were no differences in the rate of complications (ICU admission, respiratory failure, pneumonia, acute heart failure, AKI, myocardial infarction).

Twenty-two (5.6%) patients died during the hospital stay. The mortality was numerically higher in the influenza A patients (8.3% vs 4.7%, p=0.172) and increased during the 90-day-follow-up-period (17.5% vs 13.3%, p=0.432).

Conclusions: Hospitalized patients with influenza A had a more severe disease than with influenza B during the influenza season 2017/18.

STUDIE 6 Syndromic testing in lower respiratory tract infection: Evaluation of the BioFire® FilmArray® Pneumonia Panel

M. Graninger, H. Kerschner, R. Hartl, P. Apfalter; Ordensklinikum Linz Elisabethinen, Linz, Austria.

Conventional microbiological tests for pneumonia may take several days until results are available. In contrast, time to result for rapid molecular assays often is less than an hour. The newly available FilmArray® Pneumonia Panel Plus for the BioFire® system detects 27 common respiratory pathogens and seven resistance genes. We applied this new tool for selected hospitalized patients and compared the results to conventional work-up. Fifty archived lower respiratory tract samples mainly from pulmonology and ICU patients collected between January and October 2018 were selected for analysis with the panel. Routine bacteriology, mycology, serology and molecular biology were done as ordered by the attending clinician.

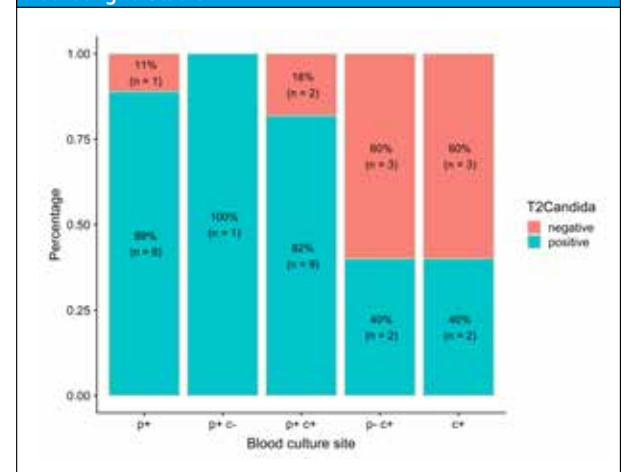
In one third of the samples the Pneumonia panel yielded additional information: mainly pathogens originally not requested (e.g. viruses, M. pneumoniae) and additional Gram-negative bacteria. Compared to routine diagnostics only 10% of the samples gave fewer results, which was mainly due to low bacterial counts or pathogens not included in the panel.

The Pneumonia Panel detected the same or a higher number of pathogens in 90% of samples compared to conventional microbiological laboratory analysis and represents a rapid diagnostic tool. However, the panel's limitations and the need for parallel culture must be considered.

STUDIE 7 T2Candida Magnetic Resonance in Patients with Invasive Candidiasis: Strengths and Limitations in a Real World Setting

C. Zurl^{1,2,3}, J. Prattes^{1,3}, I. Zollner-Schwetz¹, T. Valentin¹, J. Rabensteiner⁴, S. Wunsch^{1,3}, M. Hoening^{5,1}, R. Krause^{1,3}; ¹Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Department of General Paediatrics, Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ³BioTechMed-Graz, Graz, Austria, ⁴Clinical Institute of Medical and Chemical Laboratory Diagnostics, Medical University of

Abbildung zu Studie 7



Graz, Graz, Austria, ⁵Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, University of California San Diego, San Diego, California, United States. **Background:** T2Candida enables detection of five Candida species in whole blood within approximately 5 hours. T2Candida was compared to diagnostic blood and sterile site cultures and in samples obtained prior and after collection of index cultures.

Methods: Routinely drawn EDTA blood samples were prospectively stored and tested with T2Candida in patients with invasive candidiasis identified by routine index blood or sterile site cultures. **Results:** T2Candida was performed with 133 samples of 32 patients with candidemia and 22 patients with deep-seated invasive candidiasis. In the candidemic group 28/32 (87.5%) patients had at least one positive T2Candida result at any time point. A total of 17/25 (68%) candidemic patients had a positive T2Candida sample that was drawn concurrently to the index blood culture. In the per patient analysis 17/18 (94.4%) candidemic patients with matched T2Candida samples and peripheral blood cultures at any timepoint had a positive T2Candida test. In a subset, 11/15 (73.3%) candidemic patients with blood samples obtained within two days before the index blood culture was drawn T2Candida was positive. Three days after drawing index cultures 18/21 (85.7%) candidemic patients were still T2Candida positive. T2Candida revealed discordant Candida species identification in 2 candidemic patients. Six of 22 (27.3%) deep-seated IC patients had a positive T2Candida result.

Conclusions: Despite advanced time-to-results the clinical value of T2Candida in diagnosing candidemia seems to be limited by missing blood cul-

ture positive cases. In patients with suspected deep-seated invasive candidiasis T2Candida might act as a blood based adjunct to sterile site cultures.

STUDIE 8 Dopamine is a Siderophore-like Iron Chelator that Promotes Salmonella Typhimurium Virulence in Mice

S. Dichtl¹, E. Demetz¹, D. Haschka¹, P. Tymoszuk¹, V. Petzer¹, M. Nairz¹, M. Seifert¹, A. Hoffmann¹, N. Brigo¹, R. Würzner², I. Theurl¹, J. Karlinsey³, F. Fang³, G. Weiss¹; ¹Innere Medizin II, Innsbruck, Austria, ²Hygiene und medizinische Mikrobiologie, Innsbruck, Austria, ³Departments of Laboratory Medicine and Microbiology, Seattle, United States. We have recently shown that the catecholamine dopamine regulates cellular iron homeostasis in macrophages. As iron is an essential nutrient for microbes, and intracellular iron availability affects the growth of intracellular bacteria, we studied whether dopamine administration impacts the course of Salmonella infections. Dopamine was found to promote the growth of Salmonella both in culture and within bone marrow-derived macrophages, which was dependent on increased bacterial iron acquisition. Dopamine administration to mice infected with Salmonella enterica serovar Typhimurium resulted in significantly in-

creased bacterial burdens in liver and spleen, as well as reduced survival. The promotion of bacterial growth by dopamine was independent of the siderophore-binding host peptide lipocalin-2. Rather, dopamine enhancement of iron uptake requires both the histidine sensor kinase QseC and bacterial iron transporters, in particular SitABC, and may also involve the increased expression of bacterial iron uptake genes. Deletion or pharmacological blockade of QseC reduced but did not abolish the growth-promoting effects of dopamine. Dopamine also modulated systemic iron homeostasis by increasing hepcidin expression and depleting macrophages of the iron exporter ferroportin, which enhanced intracellular bacterial growth. Salmonella lacking all central iron uptake pathways failed to benefit from dopamine treatment. These observations are potentially relevant to critically ill patients, in whom the pharmacological administration of catecholamines to improve circulatory performance may exacerbate the course of infection with siderophilic bacteria.

STUDIE 9 Serum 1,3-beta-D-Glucan values after laparoscopic and open intestinal surgery

A. Szyszkowitz¹, C. Zurp¹, A. Herzeg², A. Berger¹, M. Mitteregger¹, F. Prüller³, J. Prattes², I. Zollner-

Schwetz², T. Valentin², M. Hoenig^{2,4}, R. Krause^{2,5}; ¹Hospital of St. John of God, Marschallgasse, Graz, Austria, ²Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ³Clinical Institute of Medical and Chemical Laboratory Diagnostics, Graz, Austria, ⁴Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, University of California San Diego, San Diego, United States, ⁵Bio-TechMed-Graz, Graz, Austria.

Background: 1,3-beta-D Glucan (BDG) assay has good accuracy for distinguishing patients with invasive fungal infections from patients without. Some procedures and medications affect BDG levels resulting in false positive BDG results. The extent of intestinal surgery on BDG kinetics is unknown. We evaluated the influence of laparoscopic and open intestinal surgery on peri- and post-surgical serum BDG values.

Methods: BDG was determined in 346 samples from 50 patients undergoing laparoscopic (24) or open (26) intestinal surgery at following time points: sample 1, after insertion of arterial but prior to skin incision; sample 2, after skin incision but prior to dissection of intestinal mucosa; sample 3, after completion of anastomosis; sample 4, after completion of skin sutures; sample 5, in the evening after surgery; sample 6, day 2 after surgery; sample 7, 4-5 days after surgery.

Results: BDG was positive (i.e. concentration ≥ 80 pg/ml) in 54% to 61% of patients during laparoscopic and open surgery (highest rates after completion of skin sutures). BDG was still positive in 12% (open) to 17% (laparoscopic) of patients without any suspected or proven fungal infection or anastomotic leakage 4-5 days after surgery. After completion of gut anastomosis BDG increase was higher in open compared to laparoscopic intestinal surgery.

Conclusions: The value of positive BDG tests in the perioperative setting up to 5 days after intestinal surgery seems to be limited due to BDG elevations by intestinal surgical procedures. Figure 1: BDG levels in patients undergoing laparoscopic (blue) or open intestinal surgery (red).

STUDIE 10 Multiplex PCR testing – a clinical evaluation of the potential benefit for patients with febrile syndromes

A. Kariolou, A. Zoufaly, C. Wenisch; Kaiser-Franz-Josef Spital, 4. Med. Abteilung mit Infektions- und Tropenmedizin, Vienna, Austria.

In this retrospective analysis, we aimed to determine the clinical benefit for patients using the Bio-fire® Filmarray® a multiplex polymerase chain reaction testing for the clinical diagnosis of meningitis, respiratory tract and gastrointestinal infections. We evaluated the test results from January to Ju-

ly 2018, in an Infectious Disease Department in Vienna, Austria. 74 patients (60 in- and 14 outpatients) were analyzed, 36 (21 positive) respiratory panels, 29 (19 positive) gastrointestinal panels, and 9 (1 positive) meningitis panels.

In 45 (60,8%) cases an unnecessary therapy was avoided, in 24 (32,4%) cases the diagnosis was definitive, in 24 (32,4%) cases a faster definitive therapy was implemented, additive diagnostic testing was avoided in 20 (27%) cases, and a reduction of the usual length of stay was seen in 19 (31,6%) cases.

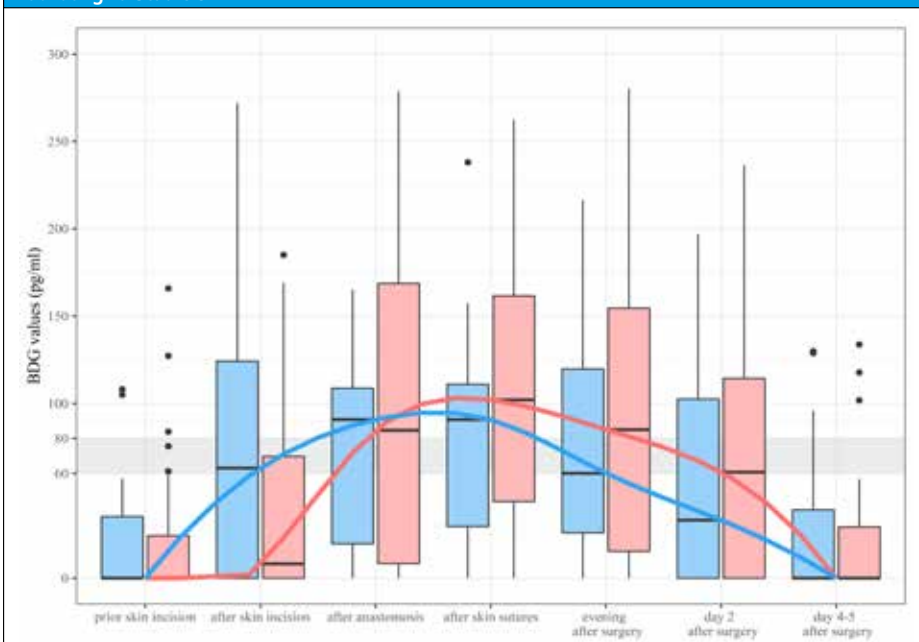
In conclusion these results suggest that molecular bed side diagnosis could lead to better outcomes for patients with clinical diagnosis of meningitis, respiratory tract and gastrointestinal infections.

STUDIE 11 Cell specific expression of Hfe determines the outcome of Salmonella enterica serovar Typhimurium infection in mice

M. Nairz¹, A. Schroll¹, D. Haschka¹, A. Hoffmann^{1,2}, C. Metzendorf^{3,4}, M. Vujic-Spasic^{3,4}, R. Sparla^{3,4}, C. Huck⁵, H. Talasz⁶, M. Muckenthaler^{3,4}, G. Weiss^{1,2}; ¹Department of Internal Medicine II, Infectious Diseases, Immunology, Rheumatology, Pneumology, Innsbruck, Austria, ²Christian Doppler Laboratory for Iron Metabolism and Anemia Research, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria, ³Department of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany, ⁴Molecular Medicine Partnership Unit, Heidelberg, Germany, ⁵Institute for Analytical Chemistry and Radiochemistry, University of Innsbruck, Innsbruck, Austria, ⁶Biocenter, Division of Clinical Biochemistry, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Mutations in HFE cause hereditary hemochromatosis type 1 hallmarked by increased iron absorption, iron accumulation in hepatocytes and iron deficiency in myeloid cells. HFE is an MHC-I like molecule, but its function in the immune responses to infection remains incompletely understood. Here, we investigated putative roles of Hfe in myeloid cells and hepatocytes upon infection with Salmonella Typhimurium, an intracellular bacterium with iron-dependent virulence. We found that constitutive and macrophage-specific deletion of Hfe protected infected mice. The survival of Salmonella in macrophages was reduced due to limited intra-macrophage iron availability for bacterial growth and increased expression of the antimicrobial enzyme nitric oxide synthase-2. By contrast, mice with hepatocyte-specific deletion of Hfe succumbed earlier to Salmonella infection because of unrestricted extracellular bacterial growth associated with high iron availability in the serum and impaired expression of essential

Abbildung zu Studie 9



host defense molecules such as interleukin-6, interferon- γ and nitric oxide synthase-2. Wild-type mice subjected to dietary iron overload phenocopied hepatocyte-specific HFE deficiency suggesting that increased iron availability in the serum is deleterious in Salmonella infection and underlies impaired host immune responses. We conclude that cell specific expression of Hfe in macrophages and hepatocytes impacts on the course of infections with specific pathogens by determining bacterial iron access and the efficacy of anti-microbial immune effector pathways. This may explain the high frequency and evolutionary conservation of human HFE mutations.

STUDIE 12 Ceftazidime-Avibactam: a Reliable Therapeutic Option for non Metallo- β -Lactamase producing Enterobacterales

R. Hartl, H. Kerschner, L. Berning, P. Apfalter; analyse BioLab, National Reference Center for Nosocomial Infections and Antimicrobial Resistance (NRZ), Ordensklinikum Linz Elisabethinen, Linz, Austria.

Background: Avibactam inhibits Ambler class A, C and D β -lactamases. Important to know for its combination with ceftazidime (CZA): 1) it does NOT inhibit class B enzymes, known as metallo- β -lactamases (MBL), and 2) Q-loop mutations in blaKPC-3 have been described, leading to CZA resistance during therapy also in class A type carbapenemase producing Enterobacterales (CPE). Reported here is the CZA susceptibility of CPE collected in Austria, triggered by a recently published ECDC risk assessment on the emergence of CZA resistance in CPE.

Materials and Methods: Antimicrobial susceptibility testing (AST) was done by disc diffusion according to EUCAST 2018 on well-characterized Enterobacterales strains (n=153) collected as part of CARBA-Net in 2018. Isolates harbored Ambler classes A (blaKPC, n=16; blaIMI, n=5), B (blaVIM, n=65; blaNDM, n=34), D (OXA-48, n=32) and one combination (blaVIM with blaOXA-48).

Results: All Ambler class A and D CPE were susceptible to CZA (n=53) and with the exception of two (reproducible) susceptible isolates all 100 Ambler class B CPE were resistant. **Conclusion** Detection of MBL in CPE is mandatory if CZA is administered empirically: 2/3 of the collected isolates in 2018 were MBL and not covered by CZA. AST should be performed since it 1) overcomes genetic background and 2) ensures/monitors susceptibility before/under therapy. CZA neither is a „magic bullet“ for all CPE nor, even worse defined, „4MRGN“. CZA is, however, an excellent option in particular cases and Avibactam itself a very promising combination partner in upcoming antimicrobial products. Uncritical use of CZA needs to be urgently avoided.

**STUDIE 13
Evaluation of the T2MR Candida Panel for the Diagnosis of Candidemia – Preliminary Results of a Prospective Study**
I. Zeller¹, I. Kröckel², K. Kovac², B. Steinlechner², J. Weber³, P. Schellongowski⁴, C. Zauner⁵, H. Burgmann⁶, M. Kundl⁷, B. Willinger¹; ¹Abteilung für klinische Mikrobiologie, Klinisches Institut für Labormedizin, MUW, Wien, Austria, ²Klinische Abteilung für Herz-Thorax-Gefäßchirurgische Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, MUW, Wien, Austria, ³Klinische Abteilung für Allgemeine Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, MUW, Wien, Austria, ⁴Intensivstation 13i2, Universitätsklinik für Innere Medizin I, MUW, Wien, Austria, ⁵Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin III, MUW, Wien, Austria, ⁶Klinische Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, MUW, Wien, Austria, ⁷Abteilung für Umweltmedizin und Umwelthygiene, Zentrum für Public Health, MUW, Wien, Austria.

Different Candida species have distinct susceptibility patterns. Thus, to overcome the high mortality associated with candidemia, rapid species identification is crucial to guide antifungal therapy before susceptibility testing results are available. Blood culture (BC) still is the diagnostic gold standard for the detection of candidemia, even though its sensitivity is low, and the time to positivity often exceeds 48h. Recently, a method utilizing T2 magnetic resonance (T2MR) for the detection of pathogens in whole blood was developed. The aim of our study is to evaluate the T2MR system (T2Bio-systems) for the detection of candidemia in comparison with BC and the SeptiFast (Roche) - a well established molecular test. In addition, serum levels of B-D-Glucan and mannan are quantified to allow interpretation of discordant results.

So far, sample sets from 40 individual blood draws (27 patients with suspected candidemia) were analyzed. In twenty-two sets, all three tests gave negative results. An invalid T2MR result and negative SeptiFast and blood culture were noted in one case. Bacterial pathogens were detected by blood culture and/or SeptiFast in seven episodes. In two cases, Candida was detected by all tests. In five sets, blood cultures remained negative, but Candida was detected by both molecular tests. In two sets, only T2MR gave a positive result, while T2MR remained negative in one sample even though Candida was detected by SeptiFast. This preliminary dataset shows that molecular tests are valuable add-ons to BC; due to the low number samples positive for Candida further conclusions are not yet possible.

STUDIE 14 Water sampling in South India – a pilot study for achieving number six of the UN Sustainable Development goals: Clean water and sanitation

I. Dicker¹, K. Thomas¹, S. Francina², A. Schöpfer¹, J. Pfeiffer¹, A. J. Grisold^{1,3}; ¹Department for Global Health and Development, Medical University Graz, Graz, Austria, ²Doctor Typhagne Memorial Charitable Trust, Salem, India, ³D&F Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Med. Universität, Graz, Austria.

Hintergrund: Qualitativ hochwertiges Wasser ist für die Gesundheit unabhnglich, in vielen Ländern aber nicht überall zugänglich. Im Rahmen einer Kooperation des Department for Global Health and Development der Medizinischen Universität Graz und des Doctor Typhagne Memorial Charitable Trust wurde eine Pilotstudie zur Verbesserung der Wasserqualität eines Krankenhauses in Kakkaveri, Sudindien, durchgeführt. Methoden: Der Projektablauf war gegliedert in eine Untersuchung von Wasserproben des Krankenhauses mittels eines Point-of-Care-Testsystems (3M™ Petrifilm™ E. coli/Coliform Count Plate) und einer Vergleichsuntersuchung der Wasserproben durch ein mikrobiologisches Labor und einen umfangreichen Lokalaugenschein mit Ermittlung von Critical points in der Wasseraufbereitung. Die eingesetzten Point-of-Care-Tests wurden sowohl bei 37° als auch bei 29° Celsius (lokale Umgebungstemperatur) gebrutet. Ergebnisse: Beim verwendeten Point-of-Care-Testsystem fanden sich in 66,6% (4/6; 37°C) und 50,0% (3/6; 29°C) der Fälle Bakterien im Wasser. Die Untersuchungen im bakteriologischen Labor zeigten jedoch in 100 % (15/15) der Proben eine Überschreitung der lokalen Richtwerte. Die Analyse des Wassersystems im Rahmen des Lokalaugenscheins ergab > 5 sog. Critical points, angeführt wurde die bauliche Situation des Brunnens allgemein oder die unbemerkte Fehlfunktion der Umkehrosmoseanlage.

Schlussfolgerungen: In dieser Pilotstudie stimmten die Ergebnisse des verwendeten Point-of-Care-Testsystems mit den Ergebnissen des mikrobiologischen Labors nur unzureichend übereinstimmend und wurde als nicht zielführend zur Detektion einer bakteriellen Kontamination eingestuft. In einer weiteren Studie werden nun die Critical points bearbeitet. Der Zugang zu sauberem Wasser ist in Indien oft ein täglicher Kampf, und die im Rahmen dieser Studie beschlossenen Maßnahmen können zumindest diese Krankenhaus unterstützen, dieses zu erreichen – denn sauberes Wasser bedeutet Leben.

STUDIE 15 Der jährliche Resistenzbericht des Instituts für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin der Medizinischen Universität Graz

G. Feierl, L. Masoud-Landgraf, U. Wagner, A. Badura, E. Leitner-Meyer, J. Luxner, E. Ullrich, T. Mertschnigg, L. Matzkies, W. Buzina, A. Grisold; Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Graz, Austria.

Einleitung: Veränderungen in der Epidemiologie von Krankheitserregern und Darstellung von Resistenzproblemen sind die Basis für Anpassungen in internationalen und nationalen Empfehlungen für die empirische und gezielte antiinfektive Therapie.

Methoden: Seit dem Jahr 2000 erscheint jährlich ein Resistenzbericht aus unserem Labor, der die relevantesten Bereiche der Infektiologie präsentiert und die Resistenzsituation der wichtigsten Infektionserreger dokumentiert. Waren es im Jahr 2000 ca. 57.000, so sind es 2018 über 120.000 Proben, die als Basis für den Bericht dienen.

Ergebnisse: Exemplarisch sei auf die Veränderung der Ursache für akute Durchfallerkrankung hingewiesen: vor 25 Jahren war die Salmonellose dominierend, eine empirische Gabe eines Chinolons war damals gerechtfertigt. Die Epidemie wurde zurückgedrängt, und Campylobacter übernahm die Vorherrschaft. Zeitgleich konnte man einen Anstieg der Chinolonresistenz beobachten, 2018 beträgt die Resistenzrate knapp 80%, und Azithromycin ist heute Mittel der Wahl. 1992 lag die MRSA-Rate bei über 20%, Bewusstmachung des Problems und Etablierung verschiedenster krankenhaushygienischer Maßnahmen haben zu einer Stabilisierung auf unter 5% geführt, 2018 ist es zwar zu einem leichten Anstieg gekommen, aber in der Zwischenzeit sind viele MRSA-wirksame Antibiotika verfügbar. Während sich im Gram-positiven Bereich die Situation entspannt hat, ist im Gram-negativen die Lage bedrohlich. ESBL-Bildner, multiresistente Enterobakterien, 3- und 4MRGN zeigen uns zunehmend unsere therapeutischen Grenzen.

Diskussion: Um Entwicklungen richtig einschätzen zu können, ist es wichtig, auf regionale, nationale und internationale Daten zurückzugreifen zu können. Je standardisierter und regelkonformer erhoben, desto groer ihr Wert. Neben den Fachgesellschaften und Spezialisten ist es allerdings notwendig, jeden Anwender von Antibiotika den korrekten Einsatz zu vermitteln.

STUDIE 16 Resistenz von E. coli aus (vorwiegend steirischen) Harnproben 2018

G. Feierl, U. Wagner, A. Badura, E. Leitner-Meyer, E. Ullrich, T. Mertschnigg, L. Matzkies, L. Masoud-Landgraf; Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Graz, Austria.

Einleitung: Die Darstellung der nationalen und auch lokalen Resistenzsituation ist wesentlich für die Anpassung der empirischen Therapie eines häufigen Krankheitsbildes. Für den unkomplizierten Harnwegsinfekt, vorwiegend von E. coli verursacht, werden derzeit insbesondere Mecillinam, Fosfomycin und Nitrofurantoin empfohlen. Methoden: Im Jahr 2018 wurden insgesamt 27.227 Harnproben von 18.766 vorwiegend steirischer Patienten untersucht, davon wurde bei 8.613 ein E. coli nachgewiesen (Nachweisrate 45,9%). Die Resistenztestung von 6.288 Erstisolaten wurde analysiert und die Ergebnisse hinsichtlich Veränderungen zu 2017, Unterschiede zwischen stationären/niedergelassenen Bereich, männlich/weiblich bzw. in verschiedenen Altersgruppen ausgearbeitet.

Ergebnisse: Die Resistenzsituation im stationären und niedergelassenen Bereich hat sich weitgehend angeglichen, die ESBL Rate liegt bei knapp 7% und hat sich gegenüber 2017 nicht verschlechtert. Je älter allerdings der Patient, desto höher die ES-

BL-Rate, die bei älteren Männern noch deutlicher ausgeprägt ist. Auch die Chinolonresistenz ist besonders altersabhängig, steigt von ca. 5% am Lebensbeginn auf 10-12% bei den 10- bis 50-Jährigen bis auf 37,6% bei den über 90-Jährigen. Bei ESBL-Isolaten liegt diese sogar bei 75%. Die Trimethoprim-Resistenz liegt seit mehreren Jahren deutlich über 20% und ist generell bei Frauen höher. Die Raten von Mecillinam mit 4,5% (2017: 3,2%), Fosfomycin mit 1,3% (0,7%) und Nitrofurantoin mit 0,7% (0,5%) sind gegenüber dem Vorjahr zwar etwas angestiegen, aber weiterhin beruhigend.

Diskussion: Die nationale und lokale Resistenzsituation muss genau beobachtet werden, um möglichst rasch auf Veränderungen reagieren zu können. Eine genaue Darstellung der erhobenen Daten mit Berücksichtigung verschiedener Aspekte hilft bei der richtigen Einschätzung.

STUDIE 17 Erste Erfahrungen mit Letermovir bei pädiatrischen hämato-/onkologischen Patienten

V. Strenger¹, D. Sperl¹, K. Kubesch², J. Donnerer³, W. Schwinger¹, K. Zach¹, H. Lackner¹, M. Benesch¹; ¹Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz, Austria, ²pharm-analyt Labor GmbH, Baden, Austria, ³Otto-Loewi-Forschungszentrum, Institut für Pharmakologie, Graz, Austria.

Abbildung zu Studie 17

	Patient 1	Patient 2
Alter / Geschlecht / Körpergewicht	6a / m / 21 kg	11,5a / m / 25kg
Grunderkrankung	Sichelzell-Erkrankung	ALL-Rezidiv
Indikation für den Wechsel von Ganciclovir zu Letermovir	Sichelzell-Nephropathie	Refraktäre CMV-Virämie
Beginn LTV (Tag nach alloHSCT)	d +11	D +120
CMV-Last vor/zum LTV-Start	wiederholt schwach positiv <1.5*10 ² cp/ml	mehrere Wochen positiv >10 ⁴ cp/ml
CMV-Last vor/zum LTV-Ende	konstant negativ	konstant negativ
Dauer der LTV-Behandlung	10 Tage	24 Tage
AST / ALT / GGT (U/L) / Bilirubin (mg/dL) zum LTV-Ende	252 / 275 / 63 / 0,22	48 / 24 / 249 / 1,38

Hintergrund: Das Cytomegalovirus (CMV) kann schwere Komplikationen nach allogener haematoopoetischer Stammzelltransplantation (alloHSCT) verursachen. Letermovir (LTV, 480mg tgl.) wurde kürzlich zur CMV-Prophylaxe bei erwachsenen alloHSCT-Empfängern zugelassen. Pädiatrische Daten fehlen derzeit.

Material und Methoden: Wir verabreichten 240mg Letermovir oral 1x tgl. (ohne Co-Medikation von Cyclosporin A) an 2 pädiatrische Patienten nach alloHSCT. EDTA-Plasma wurde wiederholt zu verschiedenen Zeitpunkten nach Medikation gewonnen und bis zur Letermovir-Spiegel-Messung mittels Flüssig-Chromatographie/Massenspektrometrie eingefroren.

Ergebnisse: Details zu Patienten, Therapie und CMV Last siehe Tabelle 1.

Nach kurzer Letermovir-Behandlungsphase konnte bei beiden Patienten keine CMV-Virämie mehr nachgewiesen werden. Aufgrund der fehlenden pädiatrischen Sicherheitsdaten beendeten wir die Letermovir-Therapie bei beiden Patienten wegen steigender Leberparameter. Bei Patient 1 konnte die Hepatopathie schließlich auf eine histologisch verifizierte Graft-versus-Host-Disease (GvHD) zurückgeführt werden. Bei Patient 2 stiegen die Leberparameter trotz Absetzen von Letermovir weiter, die Hepatopathie war jedoch mild und nach 4 Wochen selbstlimitierend. Beide Patienten erhielten zusätzlich andere hepatotoxische Substanzen. Die Letermovir-Plasma-Spiegel waren 11.900ng/mL (2h), 11.600ng/mL (12h), 1.640-2.190ng/mL (median 1.790ng/mL, n=3, 24h) und 1.050 ng/mL (36h nach Letermovir-Medikation).

Schlussfolgerung: Unter kurzer Letermovir-Behandlung beobachteten wir ein Verschwinden der CMV-Virämie sowie steigende Leberparameter. Diese waren bei einem Patienten auf eine GvHD zurückzuführen, beim anderen Patienten könnte ein Zusammenhang mit Letermovir bestehen. Letermovir-Spitzenpiegel nach Gabe von 240mg waren im Bereich der bei Erwachsenen nach Gabe

von 480mg berichteten Spiegel, während die Talspiegel deutlich höher lagen, was auf Unterschiede in der Pharmakokinetik zwischen Kindern und Erwachsenen hinweist. Letermovir ist – auch therapeutisch - vielversprechend. Weitere pädiatrische Daten werden dringend erwartet.

STUDIE 18 Resistance-rates of antibiotics of last resort in 4MRGN Pseudomonas aeruginosa in 2018 in South-east Austria

L. Matzkies, E. Leitner, A. Badura, L. Masoud-Landgraf, T. Mertschnigg, U. Wagner-Eibel, E. Ullrich, G. Feierl; Diagnostic & Research Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Graz, Austria.

Background: Rates of multidrug-resistant 4MRGN P. aeruginosa classified according to KRINKO guidelines are increasing. Infections with 4MRGN P. aeruginosa are difficult to treat since there are only a few antimicrobial agents left. Aim of this study was to investigate the resistance situation of reserve antibiotics in 4MRGN P. aeruginosa infections in 2018.

Methods: The database was retrospectively searched for 4MRGN P. aeruginosa, their susceptibility profile and, if available, minimal inhibitory concentration (MIC) of probably effective antibiotics: Ceftazidime/Avibactam (CAZ/AVI), Ceftolozane/Tazobactam (C/T), Aminoglycosides and Colistin. Additionally, information about metallo-beta-lactamase (MBL) production was collected.

Results: In 2018, a total of 56 non-duplicate 4MRGN P. aeruginosa isolates were identified at the Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Medical University of Graz. Highest resistance-rates were detected for CAZ/AVI in 60% (27/45) followed by C/T in 51% (23/45) (table 1). Lowest resistance-rate showed Colistin 7% (3/43). MBL production was found in 44% (20/45). All isolates of MBL-producers were resistant to CAZ/AVI and C/T. Of the non-MBL producing isolates 6 showed resistance against CAZ/

Tabelle 1 zu Studie 18

	tested (n)	susceptible in % (n)	intermediate in % (n)	resistant in % (n)
Ceftazidime/Avibactam	45	40% (18)	-	60% (27)
Ceftolozane/Tazobactam	45	49% (22)	-	51% (23)
Gentamicin	55	56% (31)	-	44% (24)
Tobramycin	48	60% (29)	-	40% (19)
Amikacin	50	40% (20)	18% (9)	42% (21)
Colistin	43	93% (40)	-	7 % (3)

Resistance-rates in numbers and percentages (%) from antibiotics of last resort in 4MRGN P. aeruginosa in 2018 in South-East Austria

AVI and 2 against C/T, respectively.

Conclusion: Colistin still shows high susceptibility-rates in 4MRGN *P. aeruginosa*. According to literature, resistance of CAZ/AVI and C/T mainly is due to MBL-production, which seems to have a high prevalence in 4MRGN *P. aeruginosa* in South-east Austria.

STUDIE 19

Neurological complications associated to influenza in season 2017-2018 – a retrospective single center study

Mylonaki E.¹, Harrer A.¹, Pilz G.¹, Stalzer P.², Otto F.¹, Trinka E.¹, Wipfler P.¹; ¹Department of Neurology, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria; ²Department of Infection Control and Hospital Epidemiology, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria

Background: There are a few studies of seasonal influenza-associated neurological complications and even fewer concerning adults. During the season 2017/2018, there was an increased incidence of influenza cases showing neurological manifestations, admitted in both out- and inpatient wards in the Department of Neurology, Paracelsus Medical University, Salzburg. In the present work we describe the clinical characteristics, laboratory results (including CSF), neuroimaging, and short-term outcome of these cases.

Methods: In this single center retrospective case series study, we included 39 adults with laboratory-confirmed influenza A/B infection and associated neurological complications admitted to our Department from December 2017 until March 2018.

We collected demographic data, presenting clinical features, intensive care unit (ICU) admission, duration of stay, laboratory results including CSF analysis, imaging results and outcome.

Results: From the 39 cases, aged from 38 to 88

years old, 4 (10%) of them were influenza A and 35 (90%) influenza B positive.

Regarding the clinical characteristics, 25 cases (64%) had a qualitative or quantitative disturbance of consciousness (somnia, confusion, hallucinations, delirium etc.) and were retrospectively classified as influenza-associated encephalopathies (IAE). Lumbar puncture was performed in 7 of the IAE cases. After excluding other possible causes, only two could be diagnosed as influenza associated (meningo)encephalitis, based on the CSF pleocytosis. From the patients with encephalopathy, 2 had abnormal cerebral MRIs (PRES, hemorrhagic encephalopathy) which were completely reversible.

Epileptic seizures (including NCSE) occurred in 10 (26%) patients, with 4 of them without a prior history of epilepsy. Two (5%) patients showed manifestations of the peripheral nervous system (polyradiculitis, Miller Fischer syndrome). Both recovered completely. Six (15%) cases were also recorded with infection-associated stroke.

Five (13%) of all cases developed a severe course with admittance at the intensive care unit, leading to lethal outcome in one patient.

Conclusion: The above results suggest a high incidence of neurological manifestation of influenza infections in adults in season 2017/2018, including encephalopathy or encephalitis, seizures, radiculitis, cranial nerves deficit or stroke. These complications tend to be under-diagnosed even in a specified neurological center, due to both the inadequacy of available knowledge and the lack of conclusive publications (mainly case reports or case series).

The data support the necessity for health education, concerning vaccination of patients and health care providers, in order to prevent infections and potential neurological manifestations.

Für die Präsentation im Rahmen des Symposiums „Infektiologische Forschung in Österreich“ zugelassene Studien

STUDIE 20

Predictors of mortality in hospitalized patients with influenza virus infection in Vienna during the season 2017/18

M. Karolyi, E. Pawelka, H. Laferl, I. Niculescu, A. Zoufaly, C. Wenzel; 4. Med. Abteilung mit Infektions- und Tropenmedizin, Wien, Austria.

Background: Seasonal influenza outbreaks are associated with increased mortality and hospitalisation rates. Herein we try to identify predictors of mortality in hospitalised patients with influenza virus infection.

Materials/methods: In this exploratory retrospective observational single-centre-study we included all influenza positive patients older than 18 years who were hospitalised and treated at the flu-isolation-ward during the influenza season 2017/18. Diagnosis was based on point-of-care-test with the Alere™. First we performed χ^2 -tests and Mann-Whitney-U-tests to identify predictors for mortality. Significant variables were used in a stepwise forward logistic regression model to predict in-hospital and 90-day-mortality.

Results: Of the 396 patients who tested positive for influenza 96 (24.2%) had influenza A and 300 (75.8%) influenza B. Twenty-two (5.6%) died in hospital and the 90-day-mortality-rate was 14.4% (within the 222 patients who were followed up). In the stepwise logistic regression older age (OR 1.1 per year 95%CI 1.03-1.17), history of atrial fibrillation (hAF) (OR 5.91 95%CI 1.91-18.34), dementia (OR 3.98 95%CI 1.24-12.78), leucocyte count (OR 1.11 per G/l 95%CI 1.03-1.20), pneumonia (OR 4.39 95%CI 1.44-13.39) and acute heart failure (OR 23.15 95%CI 4.33-123.76) increased the risk of in-hospital-mortality. The risk for 90-day-mortality was increased by older age (OR 1.06 per year 95%CI 1.01-1.1), hAF (OR 5.49, 95%CI 2.13-14.12), leucocyte count (OR 1.14 per G/l 95%CI 1.05-1.24), acute heart failure (OR 7.7 95%CI 2.2-29.34) and decreased by statin use (OR 0.22 95%CI 0.07-0.75).

Conclusions: Older age, hAF, leucocyte count and acute heart failure are associated with increased risk of influenza associated in-hospital and 90-day-mortality.

STUDIE 21

An isolate-based surveillance system for Bordetella pertussis in Austria

A. Cabal Rosel^{1,2}, D. Schmid¹, M. Hell³, E. Mustafa-Korninger³, J. Möst⁴, E. Leitner⁵, F. Allerberger¹, W. Ruppitsch¹; ¹Austrian Agency for Health and Food Safety, Vienna, Austria, Wien, Austria, ²European Public Health Microbiology training programme (EUPHEM), European Centre for Disease Preven-

tion and Control (ECDC), Stockholm, Sweden, ³Medizinisch-chemisches Labor Medilab, Clinical microbiology and hygiene-dep., Teaching Lab of the Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria, ⁴MB-LAB, Mikrobiologisches Labor, Innsbruck, Austria, ⁵Diagnostic & Research Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria.

Bordetella pertussis is the causative agent of the reemerging respiratory disease whooping cough. One of the reasons discussed is the emergence of strains different from the vaccine strain. In Austria, a multicomponent acellular vaccine (Ptx, FHA and prn) is used for priming and boosting. The aim of the study was to characterize and compare clinical *B. pertussis* isolates with the vaccine strain by core genome Multi Locus Sequence Typing (cgMLST) and virulence genes typing, which are vaccine targets. An isolate-based surveillance system for *Bordetella* was set up, consisting of three pilot clinical microbiology laboratories that serve GPs and pediatricians Salzburg, Tyrol and Styria. Nasopharyngeal swabs for PCR and culture were collected from patients with clinically suspected whooping cough. Recovered isolates were sequenced and typed using a new cgMLST comprising 2.938 core genes and a virulence genes (ptxP, ptxS1, prn, fim2, fim3 and fhaB) schemes, both created with RIDOM SeqSphere® software. Thirty-nine isolates were recovered between May 2018 and January 2019 from clinical cases. Thirty-four were ST2, ptxP3/ptxS1A/prn2/fim2-1/fim3-1/fhaB1 while the present vaccine strain is ST1, ptxP1/ptxS1D/prn1/fim2-1/fim3-1, fhaB1. With a preliminary cluster threshold for *B. pertussis* (not yet internationally determined) of ≤ 6 allelic differences, we identified 5 clusters, some of which initiated epidemiological investigations that are still ongoing. Our preliminary results showed that the currently circulating strains in Austria are different from the vaccine strain. Whether these findings may explain the reemergence of whooping cough needs to be investigated at a broader scale.

STUDIE 22

A retrospective analysis of ECG alterations in patients with gastroenteritis

D. Kresse, D. Haschka, M. Asshoff, A. Pizzini, G. Weiss, I. Tancevski; Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Background: Gastroenteritis is a common cause for medical consultation. Physicians have noticed ECG alterations in gastroenteritis patients seen at the emergency department. To our knowledge this phenomenon has not been described and ana-

lyzed systematically. We therefore aimed to describe ECG alterations in a retrospective gastroenteritis population seen at the emergency department of the Medical University of Innsbruck.

Methods: As a first step we identified 10039 cases seen between 12.12.2001 and 31.12.2015 with the discharge diagnosis ICD-10 A09 'infectious gastroenteritis'. For this population we analyzed epidemiologic data as for example age and sex, relevant electrolytes, cardiac markers and inflammation markers. For the last 158 cases seen between 11.10.2015 and 31.12.2015 we analyzed the ECG by defined criteria.

Results: Median age of patients with gastroenteritis was 41 years with 6115 females (60.9 %) and 3924 males (39.1 %). Of the analyzed 158 ECG 83 cases (52.5 %) showed an alteration in their ECG and 52 (34.2 %) alterations were seen in the repolarization. The latter were correlated to selected laboratory criteria and age. We found a significant difference between patients with ECG alterations and higher creatinine in comparison to patients without ECG alterations.

Conclusion: ECG alterations are common in patients with the diagnosis A09. The moderate elevation in serum creatinine in patients with ECG alterations is probably due to dehydration. So far underlying pathologic mechanisms remain unclear and may be multifactorial. Further research is needed to describe ECG changes in the course of time, association to pathogens, risk factors and prognosis.

STUDIE 23 Multicenter clinical experience of real life Dalbavancin use in gram-positive infections

S. Wunsch¹, R. Krause¹, T. Valentini¹, J. Prattes¹, O. Janata², A. Lenger², R. Bellmann-Weiler³, G. Weiss³, I. Zollner-Schwetz¹; ¹Abteilung für Infektiologie und Tropenmedizin, Graz, Austria, ²Krankenhaushygiene, Donauespital SMZ Ost, Wien, Austria, ³Klinische Infektiologie und Immunologie, Univ.-Klinik für Innere Medizin I, Innsbruck, Austria.

Introduction Dalbavancin, a lipoglycopeptide with prolonged half-life approved for the treatment of acute bacterial skin and skin structure infections (ABSSSI), can be used for the treatment of infections caused by gram-positive bacteria requiring long term treatment such as endocarditis, prosthetic joint infections (PJI) or osteomyelitis. Clinical data is limited in these settings. Objective of the study was the evaluation of indications, safety, tolerability and long-term outcomes of dalbavancin-treated patients. **Methods** We conducted a retrospective multicenter study at the Medical University of Graz, the Danube Hospital Vienna and the Medical University of Innsbruck. All pa-

tients receiving dalbavancin between September 2016 and March 2018 were screened. 90-day outcomes and tolerability were determined. The study was approved by all ethics committees. Results A total of 101 patients were included (57 % male, median age 65 years). Treated infections were PJI (31%), osteomyelitis (29%), endocarditis (25%) and ABSSSI (12%). The most frequently isolated pathogens were coagulase-negative staphylococci (33%, n=28), methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* (16%, n=14), methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) (9%, n=8), enterococci (8%, n=7), streptococci (6%, n=5) and *Propionibacterium acnes* (5%, n=4). Concomitant use of other antimicrobial substances was common (63%). The mean total cumulative dose of dalbavancin was 3,357mg (\pm 2,283mg). Clinical success rate was 89%. Side effects occurred in 3/101 patients. **Conclusion** In this real-life study dalbavancin was primarily used in off-label indications for treatment of PJI, osteomyelitis and endocarditis. Success rate was high (89%), tolerability and safety were excellent. Dalbavancin may therefore be used in these off-label indications as alternative treatment approach.

STUDIE 24 Chlamydia trachomatis serovars in urogenital and ocular samples from Austrian patients.

I. Lesiak-Markowicz, A. Schötta, H. Stockinger, G. Stanek, M. Markowicz; Institute for Hygiene and Applied Immunology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

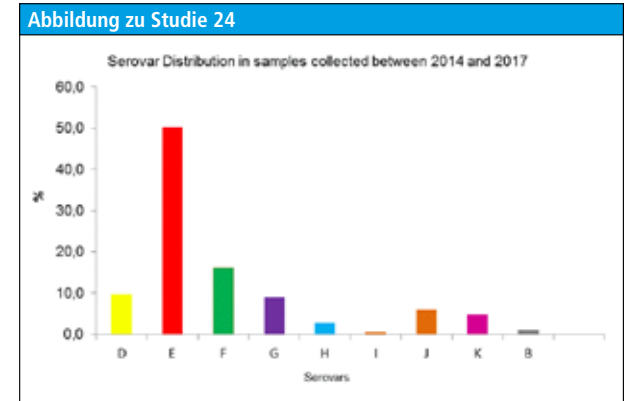
Background: *Chlamydia trachomatis* is an intracellular bacterial pathogen, known as the etiological agent of trachoma, oculogenital infectious disease, and lympho-granuloma venereum (LGV), linked to the serovars A-C, D-K, and L1-3, respectively. Actually, 19 human serovars and related variants of *C. trachomatis* have been identified. The aim of the study was to determine the serovars in DNA extracts of original specimens which have been tested positive for *C. trachomatis* in the diagnostic laboratory of the Institute for Hygiene and Applied Immunology, Medical University of Vienna, Austria.

Materials and Methods: DNA extracts of original specimens (cervical and urethral swabs, urine or genital secretions) tested positive for *C. trachomatis* between 2014 and 2017 were used for serovar determination, using a method based on sequence analysis of the *omp1* gene, encoding major outer-membrane protein (MOMP).

Results: Our results show that among 401 *C. trachomatis* positive samples (originating from 360 female and 18 male patients), serovar E was the most common one (50.1%), followed by serovars F (16.2%), D (9.7%), G (9.0%), J (6.0%), K (4.7%),

H (2.7%), B (1.0%), and serovar I (0.5%) (figure). In 19 patients repeat detection of the pathogen was found. The mean time interval between the first and the last positive test was 298 days (range 19 - 919 days).

Conclusions: Because of high number of samples from different parts of Austria we believe that the study gives a reliable insight into the distribution of *C. trachomatis* serovars in our country. Our data confirm observations from other European countries.



Für die Posterausstellung und für die „Posterbegehung“ zugelassene Fälle

FALL 1 Molecular diagnosis of human anaplasmosis in a patient with double infection with borrelia burgdorferi.

W. Hoepfer¹, R. Thell¹, G. Stanek², A. Zoufaly¹, C. Wenisch¹; ¹Kaiser Franz Josef Spital Wien, Vienna, Austria, ²Medizinische Universität Wien, Vienna, Austria.

Wir berichten den Fall eines 74-jährigen Mannes ohne relevante Vorerkrankungen, der zunächst auf eine Stroke Unit wegen Erbrechens, Vertigo und Doppelbildern aufgenommen wurde. Ein Insult wurde ausgeschlossen. Der Patient entwickelte hohes Fieber, Schüttelfrost, erhöhte laborchemische Entzündungszeichen ohne Besserung auf die empirische antibiotische Therapie und im Verlauf eine milde Anämie und eine ausgeprägte Thrombo- und Leukopenie. Alle Blutkulturen blieben ohne Keimwachstum. Nach Transfer auf unsere infektiologische Abteilung wurde eine Therapie mit Doxycyclin gestartet und serologisch die Diagnose einer Borreliose sowie per PCR einer Infektion mit *Anaplasma phagocytophila* gestellt. Nach Abschluss der Therapie mit Ceftriaxon und Doxycyclin konnte der Patient komplett beschwerdefrei wieder entlassen werden.

Die molekulare Diagnostik der Anaplasmosis ist eine neue und vielversprechende Technik, die eine zielgerichtete Therapie einer vermutlich unterschätzten Infektionskrankheit erlaubt.

FALL 2 Tendovaginitis des Daumens und V.a. granulomatöse Polyangiitis entpuppen sich als Linksherz-Endokarditis mit Rechtsherzbeteiligung bei Ventrikel-Septum-Defekt (VSD) durch Anaerococcus prevotii nach Zahnbehandlung bei Karies.

M. Lindermuth, K. Mach, G. Gratzke; Allgem. öffentl. Krankenhaus Oberwart, Oberwart, Austria. Eine 43-jährige Patientin mit angeborenem VSD wird aufgrund von Leistungsknick, Nachtschweiß seit 4 Wochen, tagsüber bestehendem Schüttelfrost, nicht schmerzhaften Knöchelödemen beidseits, aufsteigenden, rötlichen Hautveränderungen an beiden unteren Extremitäten – sowie einem schmerzhaften Daumengrundgelenk, und einer Eisenmangel-Anämie auf unserer Zentralaufnahmeambulanz (ZAE) vorstellig.

Bei V.a. granulomatöser Polyangiitis wird die Patientin initial mit Fortecortin und in Folge mit Prednisolon p.o. behandelt, wobei zur Diagnosesicherung durchgeführte Untersuchungen (wie beispielsweise, positive PR3-ANCA u. c-ANCA oder ein Shine-through-Zeichen im MRT d. Neurocraniums) als Bestätigungen der Verdachtsdiagnose interpretiert werden.

Eine asymptomatische Bakteriurie wird zusätzlich mit Levofloxacin behandelt. Die Eisenmangel-Anämie wird ohne weitere Abklärung mit Monofer i.v.

ausgeglichen. Nach initialer klinischer Besserung zeigte sich nach Absetzen der Cortison-Therapie eine deutliche Verschlechterung der Symptomatik der Patientin und nächtliche Fieberspitzen bis 40°C.

4 von 4 Blutkulturen weisen jeweils Anaerococcus prevotii nach. Es erfolgt das Hinziehen des ABS-Teams unseres Hauses. Levofloxacin wird abgesetzt und eine empirische Therapie gegen Anaerococcus prevotii mit Penicillin G u. Dalacin i.v. etabliert, da zu diesem Zeitpunkt noch kein Antibiogramm vorliegt.

Mit dieser Therapieumstellung bessert sich die Symptomatik der Patientin. Zur weiteren Diagnostik u. Therapie der Bakteriämie u. des dringenden V.a. Rechtsherz-Endokarditis bei fortgeschrittener MINS u. TRINS erfolgt der Transfer der Pat. an das AKH Wien - Abteilung für Infektiologie, wo bei Persistenz einer Absiedelung an der Aortenklappe, eine operative Sanierung des VSD und ein Aortenklappenersatz durchgeführt wird.

FALL 3 Fallvorstellung einer Patientin mit invasiver Aspergillose als Komplikation einer Influenza.

T. Seitz, S. Neuhold, C. Wenisch; 4. Medizinische Abteilung, SMZ Süd, Wien, Wien, Austria.

Wir möchten einen Patientenfall einer 53-jährigen Patientin ohne Vorerkrankungen vorstellen, welche aufgrund eines respiratorischen Versagens bei Influenza A und Pneumokokken- und Staph. aureus-Bakteriämie bei Pneumonie auf unsere Intensivstation aufgenommen wurde. Nach initialer klinischer Besserung unter Therapie verschlechterte sich der Zustand der Patientin massiv. Im CT Thorax zeigten sich bilaterale Kavernen. Der Galactomannan-Test aus der BAL war positiv, ein Aspergillus fumigatus konnte kultiviert werden. Guidelinekonform wurde eine Therapie mit Voriconazol i.v. begonnen. Intermittierend musste auf Isavuconazol gewechselt werden, da aufgrund eines akuten Nierenversagens im Rahmen eines septischen Schocks kurzfristig eine CRRT indiziert war. Die Patientin entwickelte im Verlauf als Komplikation der invasiven Aspergillose mehrmals Lungenblutungen. Diese konnten mit konservativen Maßnahmen, u.a. Gabe von Transexamsäure, beherrscht werden.

Im weiteren Verlauf besserte sich der klinische Zustand der Patientin zunehmend. Ein Absinken des quantitativen Wertes des Galactomannan-Tests aus der BAL sprach für ein gutes Ansprechen auf die Therapie. Regelmäßige Kontrollen mittels thorakaler CT zeigen zunächst eine Größenregression der Kavernen und nach 3 Monaten antimykotischer Therapie eine -persistenz.

Die Patientin wurde nach 109 Tagen auf der Intensivstation unter oraler Therapie mit Voriconazol auf

eine Rehabilitationsstation transferiert. Nach Wiedererlangen eines guten Allgemeinzustands wurde eine Resektion der Kavernen des linken Oberlappens durchgeführt, die der rechten ist geplant. Kürzlich publizierte Untersuchungen identifizieren Influenza als unabhängigen Risikofaktor für die akute invasive Aspergillose. Bei PatientInnen mit Influenza auf Intensivstationen wird die Prävalenz mit 19% angegeben. Da diese mit einer hohen Mortalität einhergeht, ist das Verständnis über die Häufigkeit der Erkrankung, Diagnostik, Therapie und Therapiemonitoring essenziell.

FALL 4 STSS plus Endokarditis.

W. Hoepfer, T. Seitz, H. Laferl, A. Grasnek, S. Neuhold, C. Wenisch; Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien, Vienna, Austria.

Eine 37-jährige Frau mit aktivem i.v. Drogenabusus wurde wegen Somnolenz und einem pustulös-bullösen Exanthem an beiden Beinen mit Akrozyanose auf unsere Intensivstation gebracht. Die Hausärztin hatte 2 Tage zuvor unter dem V.a. eine allergische Reaktion Kortison i.m. verabreicht. Laborchemisch zeigten sich neben einer Laktatazidose eine Panzytopenie mit nicht messbar erniedrigter Thrombozytenzahl ohne Fragmentozyten bei nicht verbrauchtem Haptoglobin sowie ein akutes Nierenversagen. Im CT fanden sich beidseits multiple intrapulmonale Verdichtungsareale und eine deutliche Hepatosplenomegalie, im Grampräparat aus Pustelinhalt reichlich grampositive Kokken. Unter dem V.a. ein streptococcal toxic shock syndrome erhielt die Patientin Katecholaminsupport, Hämodiafiltration, 2 Erythrozyten- und ein Thrombozytenkonzentrat sowie Clindamycin und Ceftriaxon iv.

Nach Verständigung über Wachstum von Staphylococcus aureus wurde die antibiotische Therapie angepasst auf Floxapen plus Clindamycin.

In der transthorakalen Echokardiographie zeigte sich eine Trikuspidalklappenendokarditis mit 2 Vegetationen. Die Herzchirurgen lehnten wiederholt eine operative Klappensanierung ab. Bei deutlichem erneutem CRP-Anstieg wurde die antibiotische Therapie auf Meropenem plus Linezolid eskaliert, letzteres kurz darauf wegen der weiter bestehenden substituitionspflichtigen Thrombopenie durch Fosfomycin ersetzt.

Wegen weiterhin positiver surveillance Blutkulturen auch 6 Tage nach Start der antibiotischen Therapie wurde additiv Daptomycin verabreicht, worunter es schließlich zur Sterilisierung der Blutbahn kam. Auch die Nierenfunktion normalisierte sich. In Folge besserten sich auch die Thrombopenie und der Allgemeinzustand der Patientin. Dramatisch blieb der Hautzustand, es zeigten sich großflächige Nekrosen und Hautablösungen insbesondere an den Beinen, aber auch plantar.

Zum aktuellen Zeitpunkt befindet sich die Patientin weiterhin in Betreuung an unserer Überwachungsstation und ist derzeit kardiorespiratorisch stabil.

FALL 5 Recurrent fever and neck pain after treatment of malaria

S. Wunsch, I. Zollner-Schwetz, T. Valentin, J. Prates, R. Krause; Abteilung für Infektiologie und Tropenmedizin, Graz, Austria.

Background A 35-year old woman presented at our outpatient clinic with neck pain, headache, fever and vertigo. She had returned from a three-month work trip to Ruanda the day before. Two months ago she had shown the same symptoms and had been diagnosed with malaria back then. After therapy with artemether-lumefantrine the symptoms diminished initially, yet had returned the other week. The patient had further developed fatigue, alopecia and vesicular lesions in the oral mucosa. **Diagnostik work-up and clinical course** Physical examination was inconspicuous. Laboratory findings were unremarkable except for eosinophilia (31%). Upon request, the patient reported about bathing in freshwater. Serologic testing was negative for Filariasis, Trichinellosis, Ascariasis, Toxocariasis, Cysticercosis, Echinococcosis and Fascioliasis. Schistosomiasis serology revealed a borderline result (IHA 1:80), though Western Blot was negative. Malaria microscopy was repeatedly negative, blood cultures were sterile. Dengue rapid test was negative. Two weeks later the patient clinically improved, however the eosinophils were further rising to 51%. Serology was repeated and showed positive Trichinella IgG (ELISA 2,94 OD) and Western Blot. Schistosomiasis serology was weakly positive, predominantly as a result of cross reaction. The patient received antiparasitic therapy with albendazole 2x400mg po for 10 days. One week after discontinuation of therapy eosinophils decreased to 40%. Two months later the patient took the remaining six doses of albendazole independently due to recurrent neck pain and fatigue. The latest blood test showed only slightly elevated eosinophils (8%).

FALL 6 Thrombotische Mikroangiopathie – Folge einer Pneumocystis-jirovecii-Pneumonie?

T. Seitz, W. Höpfer, G. Placher-Sorko, S. Neuhold, C. Wenisch; 4. Medizinische Abteilung, SMZ Süd, Wien, Wien, Austria.

Wir berichten von einer 75-jährigen Patientin mit einer mittelgradigen Demenz und einer rheumatoïden Arthritis als Grunderkrankungen, unter Immunsuppression mit Methotrexat und Tocilizumab, welche aufgrund von Fieber und Dyspnoe auf-

genommen wurde. Im Lungenröntgen wurden beidseitige Infiltrate beschrieben, laborchemisch zeigten sich ein moderat erhöhtes CRP und eine Panzytopenie mit einer Neutrophilenzahl <500 G/L. Es wurde eine empirische antiinfektive Therapie mit Cefepime und Azithromycin gestartet. Die Patientin verschlechterte sich respiratorisch und neurologisch zunehmend, entwickelte ein akutes Nierenversagen, so dass die antiinfektive Therapie auf Meropenem, Levofloxacin und Micafungin eskaliert wurde. Die Patientin präsentierte sich mit hypertonen Blutdruckwerten. Im CT sah man eine Zunahme der Infiltrate sowie eine exsudative Pancreatitis. Im Labor kam es zu einem deutlichen Abfall der Thrombozyten, einer hämolytischen Anämie mit Nachweis von Fragmentozyten, einer stark erhöhten LDH und vermindertem Haptoglobin bei normalen Gerinnungsparametern. Somit ergab sich die Diagnose einer thrombotischen Mikroangiopathie und eine Therapie mit hochdosiertem Kortison sowie Gabe von Fresh Frozen Plasma wurde eingeleitet.

In einer BAL konnte ein Pneumocystis jirovecii nachgewiesen werden, das Beta-D-Glucan im Serum war hoch positiv, so dass eine Therapie mit Sulfametrol/Trimethoprim etabliert wurde. Eine HIV-Infektion wurde ausgeschlossen. Darunter besserten sich sowohl der klinische und neurologische Zustand als auch das Blutbild und die Nierenfunktionsparameter zunehmend. Als Ursache der TMA sind u.a. Autoimmunerkrankungen, z.B.: die rheumatoïde Arthritis, beschrieben. Wir haben zudem zwei Case Reports gefunden, in denen eine Infektion mit Pneumocystis jirovecii als Ursache postuliert wird.

FALL 7 Gefährliches Mittelmeer: Bakteriämie mit Vibrio alginolyticus bei einem Reiserückkehrer aus Kroatien

B. Steger, W. Prammer, K. Rigler-Hohenwarter, R. Gattringer; Klinikum Wels-Grieskirchen, Wels, Austria.

Ein 65-jähriger Patient kommt wegen Fieber, Schüttelfrost und Dyspnoe an die zentrale Notaufnahme des Klinikums. Auffällig sind neben beidseitigen kralen Ödemen und Fieber bis 39° mehrere große hämorrhagische Bullae am rechten Unterschenkel mit deutlicher Rötung und Überwärmung der Extremität. Der Patient gibt an, gerade aus dem Kroatien-Urlaub zurückgekehrt zu sein, und berichtet über eine kleine Verletzung während des Schwimmens am rechten Unterschenkel.

Laborchemisch zeigen sich deutlich erhöhte Entzündungswerte (CRP 266mg/L, Leuko 24,6g/L). Aus den Nieren-Parametern kann ein akut chronisches Nierenversagen abgeleitet werden. Weiters wird eine kardiale Dekompensation diagnosti-

ziert. Die abgenommenen Blutkulturen ergeben den Nachweis von *Vibrio alginolyticus* (Identifikation durch MALDI-TOF). Auch in den Wundabstrichen zeigt sich ein kulturelles Wachstum von *V. alginolyticus*. Eine empirische Therapie mit Tazonom wird begonnen und nach Erregeridentifikation auf Cefotaxim und Doxycyclin umgestellt. Unter dieser Therapie fiebert der Patient ab, die klinische Symptomatik ist regredient. *Vibrio alginolyticus* ist Teil des Mikrobioms in salzhaltigen, warmen Gewässern. Oberflächliche Vibrioneninfektionen sind vereinzelt auch in salzhaltigen Binnenseen in Österreich beschrieben (z.B. Neusiedlersee). Bei Wundinfektionen nach Kontakt mit salzhaltigen Gewässern sollte v.a. in der warmen Jahreszeit eine Infektion durch Vibrionen gedacht werden. Unseres Wissens nach ist dies der erste Fall einer invasiven Infektion durch *Vibrio alginolyticus* in Europa, der beschrieben wurde.

FALL 8 **A HIV-positive male patient with Pneumocystis-jirovecii-Pneumonia-Immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS) and Mb.-Kaposi-IRIS**

D. Dewasurendra, M. Gisinger, M. Sarletti, M. Kitchen; Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Innsbruck, Austria.

Introduction: Immune reconstitution inflammatory syndrome is a deterioration or unmasking of an opportunistic infection (OI) caused by dysregulated immune response after initiation of antiretroviral therapy (ART) in HIV-positive individuals with high HIV viral load and low CD4+T-cell count.

We present a 40-year old HIV-positive man with weight loss, diarrhoea and 156/μl CD4+T-cells who was diagnosed with *Pneumocystis-jirovecii*-Pneumonia and suffered from two IRIS. CT-Scan showed an interstitial pneumonia; Calcofluor-White-staining and PCR was positive for *Pneumocystis jirovecii* in the bronchoalveolar lavage. We administered Trimethoprim-Sulfamethoxazole without Methylprednisolone (pO2 89%) and started HIV-ART at day 15 of PjP-therapy. 6 days later he developed fever (maximum 40°C), malaise and dyspnoea. PET-CT-Scan showed increase of ground-glass attenuation consistent with an Immune reconstitution inflammatory syndrome. With adding Methylprednisolone symptoms improved. We switched to secondary prophylaxis with Atovaquone 750mg bid on day 21 of PjP-treatment. On day 9 of ART, additionally to PjP-IRIS, the patient showed bluish-purple nodules of the skin, which were histopathologically confirmed as Mb. Kaposi (HHV 8 positive). With HIV-ART continuation he developed further lesions at 6-month follow-up and showed involvement of

the upper gastrointestinal tract in gastroscopy. We started 6 cycles chemotherapy with liposomal Doxorubicin, which resulted in diminishing of the lesions.

Conclusion: IRIS-risk is associated with the pathogen involved and correlates with the initial CD4+T-cell count and increases with further delay of the HIV-ART. Our case underlines the importance of early diagnosis and treatment to avoid complications of immunodeficiency and opportunistic infections.

FALL 9 **First successful outpatient Intervention with Bezlotoxumab and Fidaxomicin of severe recurrent CDI in a young patient in Austria**

M. Hell¹, A. Wojna¹, G. Wolkersdorfer², A. Indra³;
¹MEDILAB Mikrobiologie und Hygiene, Lehrlabor der Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Austria, ²First internal medical department, university hospital Salzburg, Paracelsus Medical university, Salzburg, Austria, ³Institut für Mikrobiologie und Hygiene, Austrian Agency for Health and Food safety - AGES, Wien, Austria.

Background: Changing epidemiology of CDI from in- to outpatient setting is observed, also in young patient without underlying diseases. We report the first outpatient with recurrent severe CDI who was treated with Fidaxomicin and Bezlotoxumab to stop further recurrences. Case Report: A 33 year old female previously healthy patient was treated with Amoxicillin/clavulanic acid for acute sinusitis at the end of march 2018. At day 9 of treatment she developed diarrhoea. CDI was diagnosed by Toxin B PCR plus confirmation of free toxins A and B in a liquid stool sample. Repeated application of Metronidazol 3x500mg per day was not successful. A second relapse of severe CDI with a high frequency (5 to 6 per 24 hours) of liquid stools occurred four weeks later. Stool diagnostic revealed again *Clostridioides difficile* and PCR-Ribotyping confirmed a Ribotype 001, binary toxin negative strain. An intervention with Fidaxomicin 2x200mg per day for 10 days and a single dose of Bezlotoxumab on day 6 of antibiotic therapy was successful and lead to consecutive restoration of the gut flora over weeks. In a 6 months follow up with repeated patient contacts and stool diagnostics no further recurrences of CDI were observed. Conclusions: Diagnostics, therapeutic and prevention strategies have more to be focused also in the area of the outpatient setting to intervene early for severe recurrent CDI to avoid hospitalization. Furthermore a possible Fecal Microbiota Transfer could be avoided by this intervention.

FALL 10 **Outbreak of vancomycin- and linezolid-resistant Enterococcus faecium (LVRE) on an intermediate care unit**

M. Berkoldt¹, D. Orth-Höller¹, A. Mayr¹, P. Decristoforo¹, S. Fuchs¹, A. Obwegeser², B. Brunner³, C. Lass-Flörl¹;
¹Division of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria, ²Department of Neurosurgery, University Hospital Innsbruck, Innsbruck, Austria, ³Infection Control Team, University Hospital Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Enterococcus faecium with resistance to vancomycin (VRE) are well-known in intensive care and transplant units. Linezolid is frequently used in therapy of VRE-infections. Recently, enterococci with resistance to vancomycin and linezolid (LVRE) have been observed. We describe an outbreak caused by *E. faecium* / LVRE on a surgical intermediate care unit, which lasted from October to November 2018 involving 4 patients. LVRE were diagnosed by cultivating clinical samples on blood agar, followed by incubation overnight at 37 °C. Environmental samples were taken using contact agar plates. Minimal inhibitory concentrations (MICs) were determined using Epsilonometer-test. Within 5 days two patients with LVRE were identified, the index patient has been positive since two years. Outbreak management team contacted the ward and found both patients isolated adequately. Environmental sampling revealed LVRE at a clean surface in a disposal room. Proper disinfection of all surfaces of the ward was performed; following controls could not identify LVRE. However, two additional patients were diagnosed with LVRE. Environmental sampling and extensive disinfection of the ward was repeated. Screening of contact patients revealed no additional positives. LVRE strains of the patients (n=4) and the environment (n=1) showed identical pulsed-field-gel-electrophoresis patterns, indicating local transmission of the outbreak strain. LVRE allow limited therapeutic options, thus outbreaks may cause severe problems. The reported outbreak shows transmission of LVRE despite of adequate isolation of the index patient. This may implicate shortcomings in disinfection regimes and emphasizes the importance of adequate surface disinfection.

FALL 11 **Sigmakarzinom bei ausgeprägter Darmbilharziose**

B. V. Eder¹, H. Bösmüller², C. Köhler¹, P. G. Kremsner¹, A. L. Bissinger¹;
¹Institut für Tropenmedizin, Reisemedizin und Humanparasitologie, Kompetenzzentrum Baden-Württemberg, Tübingen, Germany, ²Institut für Pathologie und Neuropathologie, Abteilung Allgemeine und Molekulare Patho-

logie und Pathologische Anatomie, Tübingen, Germany.

Fall: Eine 76-jährige Patientin stellte sich mit amnestisch seit mehreren Monaten bestehendem blutigem Stuhlgang und abdominalen Schmerzen vor. Nach Koloskopie und konsekutiver Sigmaresektion zeigte sich histologisch ein hochgradig stenosierendes mittelgradig differenziertes Adenokarzinom (3,5cmx3cm) pTNM: pT4a, G2, L0, pN0, V0, R0. Ungewöhnlich waren hierbei multiple Fremdkörper (70x50μm), parasitologisch als Eier von *Schistosoma japonicum* identifiziert. Die Patientin wuchs in Mindanao, Philippinen auf und emigrierte in den 70er Jahren als Pflegefachkraft nach Deutschland. In der Kindheit und Jugend bestand enger Kontakt mit Süßgewässern. Eine Diagnostik oder antihelminthische Therapie war nie durchgeführt worden. Seither lebte die Patientin durchgängig in Deutschland, mit lediglich kurzen Besuchen in der alten Heimat. Auf Nachfrage berichtete sie von weiteren Bilharziose Fällen in der nahen Verwandtschaft.

Epidemiologie: Global gesehen ist Schistosomiasis eine der wichtigsten Helmintheninfektionen. In Endemiegebieten leben mehr als 800 Millionen Menschen. Schätzungen liegen bei insgesamt 230 Millionen Infizierten. Es gibt fünf humanpathogene Typen mit unterschiedlicher weltweiter Distribution. Das Vorkommen von *S. japonicum* ist auf Ostasien beschränkt, insbesondere entlang des Yangtze-Flusses, auf Zentralasien und die Philippinen, einschließlich Mindanao. Die Korrelation zwischen *S. japonicum* und kolorektaler Malignität wird seit langem diskutiert. In einer Case-Control-Studie zeigten *S. japonicum* infizierte Patienten ein dreimal erhöhtes Risiko für ein kolorektales Karzinom.

Schlussfolgerung: Vermehrte Mobilität und Migration kann zur Zunahme von Fällen jahrzehntelang asymptomatischer Patienten durch bisher nicht nachgewiesene, latente Infektionen führen, mit dadurch gravierenden Folgeerkrankungen. Awareness und rechtzeitige Vorsorgeuntersuchungen durch den behandelnden Arzt können hier die Krankheitsentstehung verhindern.

FALL 12 **Erythrozytenkonzentrat-Paravasat bei uropetischer Patientin als „Blutagar“ für E.-coli-Infektion des kontralateralen Schultergelenks.**

M. Lindermuth, K. Mach, G. Gratzel; Allgem. öffentl. Krankenhaus Oberwart, Oberwart, Austria. Die 83-jährige Frau B. wird am 11.12.2018 zur elektiven Erythrozytenkonzentrat-Verabreichung bei v.a. MDS aufgenommen. Bei der Aufnahme ist die Patientin subfebril (Aufnahme-Temperatur: 37°C) - 2 Erythrozytenkonzentrate werden verabreicht, und bei einem positiven Harnstatus und er-

höher Temperatur nach Transfusion, wird eine Blutkultur abgenommen und eine Antibiose mittels Piperacillin und Tazobactam 4.0/0.5g eingeleitet.

Am 12.12.2018 zeigt sich am Transfusionsarm ein schmerzhaftes Paravasat cubital. Nach erfolgter Antibiose wird die Patientin am 18.12. aus der stationären Pflege entlassen. Am 19.12.2018 wird Frau B. erneut in unserer Zentralfunktionsambulanz (ZAE) aufgrund von Ruhedyspnoe bei 2l/min O₂ über die Nasenbrille, Rückenschmerzen, Oberbauchschmerzen und Übelkeit sowie zunehmender Verwirrtheit und Aggressivität vorstellig. Zusätzlich präsentiert sich die Patientin mit einem geröteten, überwärmt und geschwellenen Transfusionsarm mit dunklen Maculae. Es erfolgt die stationäre Aufnahme bei septischem Zustandsbild und die Fortsetzung der Antibiose mit Piperacillin und Tazobactam, 2x 4.0/0.5g/d. Aufgrund der schlechten Venensituation erhält die Patientin an der rechten Schulter eine Venen-Verweilkanüle, über die sie erneut eine Erythrozytenkonzentrat-Transfusion erhält. Bei persistierenden Schmerzen und Rötung an dieser Schulter erfolgt die Gelenkpunktion am 27. 12. 2018. Im Punktat wird E. coli nachgewiesen. Pathogenetisch wird von einer Urosepsis mit sekundärer Superinfektion eines Erythrozytenkonzentrat-Paravasats im Bereich des linken Oberarms ausgegangen. Letztere dürfte ursächlich durch die unzureichende Dosierung der vorangegangenen Antibiose entstanden sein und daher für die subklinische Bakteriämie mit tertiärer - wahrscheinlich Venen-Verweilkanüle-assoziiertes Superinfektion des kontralateralen Schultergelenks verantwortlich zeichnen. Nur die neu aufgetretene und therapierefraktäre Verwirrtheit und Agitation kann retrospektiv als Hinweis auf die schleichende Bakteriämie gedeutet werden.

FALL 13 Monatlich grüßt die Pneumonie

S. Koppelstaetter, R. Bellmann-Weiler, G. Weiss; Innere Medizin II, Innsbruck, Austria.
Eine 76-jährige Patientin wird mit Dyspnoe und Fieber seit 2 Wochen in der internistischen Notaufnahme vorstellig. Der Infekt wurde bereits antibiotisch im ambulanten Bereich anbehandelt. Dennoch zeigen sich deutlich erhöhte Entzündungszeichen (CRP 23mg/dl). In der stationären Behandlung kommt es trotz Erweiterung der antibiotischen Therapie zu keiner wesentlichen Besserung, sodass ein HR Thorax CT veranlasst wird. Hierbei zeigen sich konfluierende bipulmonale Herde im Sinne einer COP oder sekundär organisierenden Pneumonie. In der Vergangenheit zeigten sich bei der Patientin rezidivierende Pneumonien (2005/2016/2017/2018) bei bekannter COPD und bereits 2005 bildgebend geringe bipulmonale Veränderungen bei Bronchiektasien. Un-

ter der Therapie mit Kortison zeigte sich initial eine nur geringe klinische Besserung. Die mikrobiologische Aufarbeitung einer BAL ergab in der Flüssigkultur Mycobacterium chimaera, aus der Gruppe von Mycobacterium avium complex (MAC). Hierauf erfolgte die Anpassung der Therapie mit Azithromycin, Rifampicin und Ethambutol, worunter sich die Patientin rasch erholte. Bildgebend kommt es zur deutlichen Regredienz der Infiltrationen. Mycobacterium chimaera, ein Umweltkeim, hat eine geringe Virulenz und kann als Biofilmbildner über Jahre symptomlos persistieren. Die meisten publizierten Fälle in den letzten Jahren standen in Zusammenhang mit Operationen und dem Einsatz von kontaminierten Temperaturregulationsgeräten in Herz-Lungen Maschinen. Seltener wurden Fälle beschrieben, die in Zusammenhang mit Lungenerkrankungen (COPD und vor allem Bronchiektasien) stehen.

FALL 14 Human Anaplasmosis in West-Austria

F. Burkert, D. Baumgartner, S. Koppelstätter, M. Schäfer, I. Theurl, G. Weiss, R. Bellmann-Weiler; Department of Internal Medicine II, Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria.
We report the case of a 60-year-old Austrian male who checked into the emergency room reporting high fever, night sweats, fatigue and weight loss in the last week. His general practitioner had already prescribed an antibiotic therapy with amoxicillin/clavulanic acid. The patient was instructed to continue the antibiotic course and to return if the symptoms persisted. Four days later the patient was admitted to the infectious diseases ward because of sustained fever. The patient reported that he had several tick bites in his recent history and he is owning a cat. Upon laboratory testing, leukocytopenia, thrombocytopenia and an increase of liver function tests were detected. Prompted by the patient's history and laboratory findings, we performed serologic testing for tick-borne pathogens, which revealed a positive result for IgG and IgM antibodies against Anaplasmatidae. The result was confirmed by RT-PCR. We began a three-week treatment course with doxycycline. Defervescence occurred within 3 days after onset of therapy, and the patient recovered and remained afebrile and symptom-free during follow up. Human anaplasmosis, while being rarely reported in Europe, should be included in the differential diagnosis of any patient presenting with seasonal fever of unknown origin, a history or high risk for tick exposure and pancytopenia.

FALL 15 Granulomatöse Entzündung bei einem Krankind nach Radio-/Chemotherapie eines Rhabdomyosarkoms der Vagina

K. Zach¹, R. Marterer², L. Masoud-Landgraf³, S. Pleininger⁴, A. Indra⁴, G. Gorkiewicz⁵, H. Lackner¹, M. Benesch¹, V. Strenger¹; ¹Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz, Austria, ²Universitätsklinik für Radiologie, Graz, Austria, ³Diagnostik und Forschungsinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Graz, Austria, ⁴Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene, AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, Wien, Austria, ⁵Institut für Pathologie, Graz, Austria.

Fallbericht: Etwa 1,5 Jahre nach Ende der Radio-/Chemotherapie eines Rhabdomyosarkoms der Vagina entwickelte eine 6-jährige Patientin Bauchschmerzen, rezidivierendes Fieber und eine CRP-Erhöhung bis 80 mg/l. Während eine vaginoskopische Biopsie keinen Hinweis auf ein Rezidiv zeigte, fand sich im MRT eine stark Kontrastmittel-aufnehmende, plaqueförmige Verbreiterung des abdominoperitonealen Peritoneums, hochverdächtig auf ein Lokalrezidiv. Eine mittels Laparotomie entnommene Biopsie zeigte keinen Hinweis auf ein Rezidiv, jedoch eine granulomatöse Entzündung. Die kulturelle und molekularbiologische mikrobiologische Diagnostik (incl. Pan-bakterieller und Mycobakterien-PCR) des intraoperativ gewonnenen Materials blieb vorerst negativ, sodass die Verdachtsdiagnose einer „sterilen“, postradiogenen, granulomatösen Entzündung gestellt wurde. Nach Umstellung der antibiotischen Therapie auf eine antiinflammatorische Therapie (Aprednison) waren CRP und Fieber rückläufig. Nach 10 Tagen zeigte die Mycobakterien-Kultur jedoch ein Wachstum von non-tuberkulösen Mykobakterien (NTM, M. fortuitum complex). Die antiinflammatorische Therapie wurde daher auf Ibuprofen umgestellt und eine empirische antimikrobielle Therapie (Amikacin+ Cotrimoxazol) eingeleitet. Daraufhin stieg jedoch das CRP wieder an. Die Resistenztestung, deren Ergebnis 3 Wochen später vorlag, zeigte eine Resistenz auf die eingeleitete Antibiotikatherapie sowie auf zahlreiche weitere Substanzen. Die weitere (perorale) Therapie wurde unter Abwägung der relativen pädiatrischen Kontraindikationen und unter regelmäßigen MRT-Verlaufskontrollen mit Moxifloxacin in Kombination mit Doxycyclin bzw. Azithromycin für insgesamt 7,5 Monate fortgeführt. Die MRT-Kontrollen nach Therapie-Ende zeigen nur mehr minimale, gleichbleibende Veränderungen im Sinne von Narbengewebe.

Schlussfolgerung: Bei neuauftretenden Raumforderungen nach Radio-/Chemotherapie kommen neben Rezidiven und Bestrahlungsfolgen auch spezifische Infektionen in Betracht. Beim in der Literatur beschriebenen Krankheitsbild der „ster-

ilen“, postradiogenen, granulomatösen Entzündungen kann über eine mycobakterielle Genese spekuliert werden.

FALL 16 Brucella melitensis – a rare pathogen for spondylitis in Austria

A. Lenger¹, A. Dopita², E. Zeitlberger¹, O. Janata¹; ¹Infection Control, Donauespital -SMZO, Wien, Austria, ²Institute for Pathology and Microbiology, Donauespital -SMZO, Wien, Austria.

Brucellosis is a zoonotic disease transmissible to humans by exposure to fluids or tissues of infected animals (goats, sheep, cattle, pigs,...) or by food products such as unpasteurized milk or cheese. It is one of the most widespread zoonoses worldwide, major endemic areas in Europe include the Balkan and the Mediterranean area. Increased occupational risk exists for farmers, ranchers, veterinarians, abattoir workers and laboratory personnel. In the lab special safety practices and equipment according to the rules for handling of biological threats of risk group 3 are required. Special recommendations for surveillance and postexposure prophylaxis for laboratories have been published. The incubation period is usually 1 - 4 weeks, occasionally up to several months. Clinical manifestations include a broad spectrum: acute febrile illness with night sweats, arthralgia, myalgia, low back pain, headache, malaise, but also dyspepsia, abdominal pain and cough. Hepatosplenomegaly and/or lymphadenopathy can be found. Brucellosis is one of the causes of fever of unknown origin. Focal infection occurs in about 30% of cases: osteoarticular involvement, especially the sacroiliac joints, the lower limbs and the lumbar vertebrae are the main focuses - with spondylitis as a serious complication. We report the case of a 62 year old woman of Bosnian origin who contracted the disease by drinking raw goat milk in the mountains around Tuzla during her holidays in September. The clinical course, microbiological work up and the risk management for the exposed laboratory personnel in cooperation with the AGES will be shown.

FALL 17 Systemische Kryptokokkose nach Leber- transplantation

A. Simeon¹, A. Mehic-Yagdi¹, R. Beer², M. Gisinger³, R. Bellmann⁴, M. Aigner⁵, C. Lass-Flörl⁶, G. Weiss¹, R. Bellmann-Weiler¹; ¹Universitätsklinik für Innere Medizin II / Universitätskliniken Innsbruck, 6020 Innsbruck, Austria, ²Universitätsklinik für Neurologie / Universitätskliniken Innsbruck, 6020 Innsbruck, Austria, ³Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie/ Universitätskliniken Innsbruck, 6020 Innsbruck, Austria, ⁴Universitätsklinik für Innere Medizin I / Uni-

versitätskliniken Innsbruck, 6020 Innsbruck, Austria, ⁵Sektion für Hygiene und Mikrobiologie / Medizinische Universität Innsbruck, 6020 Innsbruck, Austria.

Ein immunsupprimierter 59-jähriger Patient entwickelte acht Monate nach Lebertransplantation einen protrahierten Atemwegsinfekt mit unproduktivem Husten. Im Körperstamm-CT bestanden bilaterale pulmonale teils kavernöse Infiltrationen sowie Streuherde hepatolienal. Eine Abklärung auf Tuberkulose blieb negativ. Aufgrund zunehmender Kopfschmerzen und rezidivierendem Erbrechen wurde eine Liquorpunktion durchgeführt. Im Punktat fanden sich mikroskopisch zahlreiche Hefezellen. Kulturell und molekularbiologisch wurde *Cryptococcus neoformans* var. *grubii* nachgewiesen, der Kryptokokken-Antigen-Titer betrug 1:640. Ein Schädel-MRT ergab blasige Läsionen capsulostratial. Klinisch imponierten zusätzlich multiple, bis zu 2cm durchmessende dellwarzenartige Effloreszenzen. Eine i.v. Therapie mit liposomalem Amphotericin B und Flucytosin wurde eingeleitet und die immunsuppressive Medikation pausiert. Bei anhaltender Hirndrucksymptomatik waren weitere entlastende Liquorpunktionen notwendig. Nach radiologischer und klinischer Besserung erfolgte eine Therapieumstellung auf hochdosiertes Fluconazol oral. Die Kryptokokkose wird in Europa durch den weltweit verbreiteten Hefepilz *Cryptococcus neoformans* ausgelöst - im Gegensatz zum in den Tropen/Subtropen endemischen *Cryptococcus gattii* kommt es dabei normalerweise nur bei immunsupprimierten Patienten zu klinisch manifesten Erkrankungen. Hauptmanifestationsort nach Inhalation der Pilzsporen ist die Lunge. Hämatogen ist eine Streuung in sämtliche andere Organe, bevorzugt die Meningen möglich. Goldstandard der Diagnostik ist die Kultur, zusätzlich sind molekularbiologische Verfahren und ein Antigenachweis aus Serum und Liquor möglich. Die Therapieentscheidung ist abhängig vom Immunstatus des Patienten und ob eine zerebrale Beteiligung vorliegt - daher ist bei jedem Patienten eine Liquorpunktion durchzuführen. Bei zerebraler Beteiligung wird eine Kombinationstherapie mit liposomalem Amphotericin B und Flucytosin und anschließend eine Sekundärbehandlung mit Fluconazol über Monate empfohlen.

FALL 18 **Ungewöhnliche Manifestation einer Infektion mit *Coxiella burnetii***

M. Fille¹, I. Heller¹, M. Nogler²; ¹Sektion f. Hygiene u. Mikrobiologie, INNSBRUCK, Austria, ²Universitätsklinik f. Orthopädie, INNSBRUCK, Austria. Eine 78-jährige Patientin mit bekannter primär chronischer Polyarthrit, Diabetes mellitus Typ II und Z.n. Blasenkarzinom 2007 wird im Juli 2017 aufgrund einer Schwellung der Tuberositas tibiae

rechts bei Zustand nach Sturz im Juni 2017 stationär aufgenommen. 1993 wurde der Patientin erstmals eine Knie-Totalendoprothese rechts eingebaut, seither wurden mehrfache Prothesenrevisionen 2015 und 2016 vorgenommen. Bei laufender Immunsuppression und Zustand nach mehrfachen Prothesenrevisionen wird die Indikation zur Kniegelenkspunktion gestellt und das Punktat zur mikrobiologischen Untersuchung eingeschickt. Bei der Aufnahme besteht ein geringgradig erhöhtes CRP (1,5mg/dl) bei diskreter Leukozytose. Ergebnisse der mikrobiologischen Diagnostik: Aus dem Kniegelenkspunktat wurden kulturell *Staph. hominis* und *Candida albicans* gezüchtet. Eine gleich- zeitig durchgeführte kommerzielle panbakterielle PCR (SepsisTest[®] Molzym, Bremen, Deutschland) aus dem gleichen Untersuchungsmaterial ergab den Nachweis von *Coxiella burnetii*, diese wurde molekularbiologisch noch in zwei weiteren Gewebeproben nachgewiesen. Eine serologische Untersuchung mittels KBR ergab einen erhöhten Titer gegen *Coxiella* (1:80). Daraufhin wird der Patientin die Gabe von Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o., Hydroxychloroquin 200mg 1x tgl. p.o. (nach Ausschluss von Kontraindikationen) für die Dauer von 18 Monaten, weiters Fluconazol 400mg für 6 Monate verordnet. Die Patientin wird am 1.09.2017 aus der stationären Pflege entlassen. Im Dezember 2018 muss bei der Patientin wegen einer Lockerung des Femurteiles die Prothese revidiert werden. Coxiellen werden dabei nicht mehr nachgewiesen. Die Patientin befindet sich derzeit in Rekonvaleszenz. Periprothetische Infektionen treten nach Gelenkersatz in 2–3% auf. Dies ist der erste in Österreich beschriebene Fall einer Infektion mit Beteiligung von *Coxiella burnetii*, der nur mithilfe molekularbiologischer Methoden nachgewiesen werden konnte. Anamnestisch war kein direkter Kontakt mit Kühen oder Schafen eruierbar.

FALL 19 **Traveler returning from Uganda**

A. Schroll, G. Weiss, R. Bellmann-Weiler; Department of Internal Medicine II, Infectious Diseases, Immunology, Rheumatology, Pneumology, Innsbruck, Austria.

A 28-year-old social worker presented with fever, headache and an exanthema on his trunk. He reported that he was living in Mpigi a community in Uganda for 5 years. The fever started ten days ago when he was still in Uganda. Because of his symptoms, he went to the hospital in Ampala to rule out malaria. There they supposed a viral infection. He arrived in Innsbruck for a congress three days ago. He complained about fever and headache especially in the night. Additionally, he reported a weight loss of 3 kg, dry cough, sore throat, a swollen nuchal lymph node and an exanthema on his trunk. He denied any tick bites or

similar cases in his community or family. On physical examination, the most apparent sign was a rash on his trunk and a lymph node on the left nuchal side and ulceration on the left tonsil. An eschar could neither be detected on physical examination nor remembered by the patient. Laboratory testing showed decreased leukocyte and thrombocyte numbers. Sonography showed hepatosplenomegaly. Malaria, dengue and EBV virus infection was ruled out. Serology was tested positive for *Rickettsia typhi*. Symptoms resolved completely within 3 days after treatment with doxycycline. Murine typhus is acute zoonotic infection caused by *Rickettsia Typhi*. Murine typhus has a worldwide distribution, with the majority of cases occurring in the coastal tropical and subtropical regions. The major sources of human infection are flea bites and the contamination of the respiratory tract or excoriated skin with infected flea feces.

FALL 20 **Rickettsial infection in Mediterranean countries**

A. Schroll, G. Weiss, R. Bellmann-Weiler; Department of Internal Medicine II, Infectious Diseases, Immunology, Rheumatology, Pneumology, Innsbruck, Austria.

A 40-year-old patient was presented at the outpatient department for infectious diseases to rule out chronic EBV infection. The patient reported an eczematous exanthema for about 9 months which was currently treated with cortisone. Additionally he complained about strong tiredness and lack of concentration. He also suffered from recurrent urticaria and diarrhea. He reported travels to Croatia, Portugal and Gran Canaria and he had no pets and no allergies. The abdominal sonography and echocardiography did not show any pathology. Laboratory tests revealed negative for EBV PCR, leukocyte counts were normal. Because of elevated IgE, exanthema and gastrointestinal symptoms serology for parasites, worms, and rickettsia were performed. IgG antibodies against *Rickettsia typhi* were tested positive, therefore we started an antimicrobial therapy with doxycycline. Rickettsioses are a worldwide zoonosis caused by obligate intracellular gram-negative bacteria of the Genera *Rickettsia* and *Orientia*. Murine typhus or endemic typhus caused by *Rickettsia typhi* is one of the most widely distributed arthropod-borne infection. It is primarily transmitted to humans from rodents through fleas, although other reservoirs are also reported. This infection is common in Mediterranean countries with important series from Spain, Croatia, Greece and Cyprus. Due to its non-specific clinical presentation the disease often evades suspicion. Available evidence suggests that the classic triad of fever, headache and rash is encountered in only one-third of patients. The most

common administered antibiotics were tetracyclines, either as monotherapy, or combined with chloramphenicol, fluorquinolones.

FALL 21 **Multiple ZNS-Abszesse und pulmonale Infiltrate durch *Nocardia abscessus***

J. Ebner, B. Ströbele, J. Berger, I. Pap, C. Aspöck; Klinisches Institut für Hygiene und Mikrobiologie, St. Pölten, Austria.

Ein 51-jähriger Patient wird in der Notaufnahme eines peripheren Krankenhauses vorstellig, nachdem einige Stunden zuvor Parästhesien sowie eine Feinmotorikstörung der rechten oberen Extremität aufgetreten waren. In der klinischen Untersuchung fällt eine Parese des rechten Armes auf, der sonstige neurologische Status ist unauffällig. In der CT des Schädels zeigen sich multiple ringförmige Läsionen, die auf sekundärblastomartige Raumforderungen schließen lassen. In der Bildgebung des Thorax besteht zudem das Bild einer atypischen Pneumonie mit einer malignomsuspekten Raumforderung im Bereich des linken Unterlappens. Der Patient wird an das Universitätsklinikum St. Pölten transferiert, wo zur weiterführenden Abklärung eine MRT erfolgt. Bildgebend besteht weiterhin der hochgradige Verdacht auf ein malignes Geschehen, differentialdiagnostisch wird an Abszessformationen gedacht, sodass eine antimikrobielle Therapie mit Meropenem und Fosfomycin eingeleitet wird. Bei einer osteoplastischen Schädelreparation entleert sich aus einer der Läsionen reichlich putrides Sekret. Histologisch ergibt sich kein eindeutiger Tumornachweis. Nach 4 Tagen Berührungsdauer fällt kulturelles Wachstum auf kalkweißen Kolonien von 1–2mm Durchmesser auf Kochblutagar auf. Das Grampräparat zeigt verzweigte grampositive Stäbchenbakterien. Mittels MADLI-TOF kann das Isolat als *Nocardia abscessus* identifiziert werden. Antibiotogrammgerecht erhält der Patient nun Meropenem und Cotrimoxazol intravenös, nach 10 Tagen zeigt sich eine deutliche Besserung der Hemisymptomatik. Nach 6 Wochen ist mit einer oralen Medikation mittels Amoxicillin-Clavulansäure und Cotrimoxazol eine Entlassung in häusliche Pflege möglich. Die erste bildgebende Verlaufskontrolle zeigt nach 2 Monaten eine Größenregredienz der ZNS-Läsionen, die pulmonale Raumforderung ist nicht mehr nachweisbar.

FALL 22 **Connatal CMV infection with hearing loss despite antiviral therapy during pregnancy**

L. Thommes¹, R. Bellmann-Weiler¹, G. Weiss², B. Falkensammer³, M. Zlamy⁴, K. Kurz¹; ¹Universitätsklinik für Innere Medizin II, Infektiologie, Immunologie, Tropenmedizin, Rheumatologie, Pneumologie, Innsbruck, Austria, ²Universitätsklinik für

Innere Medizin II, Infektiologie, Immunologie, Tropenmedizin, Rheumatologie, Pneumologie, Innsbruck, Austria, ³Sektion für Virologie, Department für Hygiene, Mikrobiologie, Sozialmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria, ⁴Universitätsklinik Pädiatrie II, Department für Kinder- und Jugendheilkunde, Innsbruck, Austria. A 31 year old pregnant patient underwent ultrasonography in the 20 th week of pregnancy. The bowel of the fetus was described to be hyper-echogenic, and a borderline oligohydramnion was diagnosed. Further laboratory measurements were performed and the patient was referred to the Department of Gynecology and Obstetrics. Serology was positive for CMV-infection (IgG positive, IgM with borderline values, high avidity) and a low viral load was seen in the blood of the mother (2.5×10^3 copies/ml). In the amniotic fluid 9×10^7 viral copies were detected, and antiviral therapy with valganciclovir was initiated. The mother, who did not have any symptoms, took antiviral medication until spontaneous birth in the 38 th week of pregnancy. CMV DNA was not detectable in the blood of the mother after birth, but unfortunately in the child, which was 46 cm tall and had a weight of 2560g. The ophthalmologic control was inconspicuous, however, initial hearing tests were not unequivocal- but indicated hearing loss. The new-born child was treated with antiviral therapy to prevent further hearing loss. Despite ganciclovir treatment the hearing ability of the left ear of the sibling is still greatly impaired, on the right ear the baby can hear sounds louder than 100 dB. A hearing device will be provided and antiviral therapy will be continued.

FALL 23

Nomen est omen: acute haemolytic anaemia in a patient with persistent Staphylococcus haemolyticus bacteraemia associated with intravascular foreign material

A. Valentin¹, H. Wichmann¹, K. Neugebauer¹, P. Krippel¹, R. Krause², T. Valentin²; ¹Department of Internal Medicine, LKH Fürstenfeld, Krankenhausverbund Feldbach-Fürstenfeld, Austria, Fürstenfeld, Austria, ²Medical University of Graz, Graz, Austria.

A 69-year old patient presented with a two days history of dyspnoea and weakness including inability to walk. His past medical history included a cardiac pacemaker, intravascular stenting of the descending aorta and transapical aortic valve replacement several months prior to admission. He was in bad general condition, clinical examination was otherwise unremarkable. Laboratory on admission showed Coombs-negative normocytic haemolytic anaemia. The patient required several erythrocyte transfusions. Diagnostic workup (TEE,

CT angiography, bone marrow biopsy, etc.) ruled out many causes of haemolytic anaemia including TTP/HUS, mechanic haemolysis at the stent and valve, malignant disease, PNH, lead poisoning, vitamin B12 and folic acid deficiency. Repeated blood cultures obtained at a 48 hours interval grew Staphylococcus haemolyticus. PET scan showed increased tracer uptake in the aortic aneurysm surrounding the stent. Antimicrobial treatment with dalbavancin and rifampin was initiated. This led to a significant increase of haemoglobin and decrease of reticulocytes. The patient quickly reached transfusion independency and general condition rapidly improved. Antimicrobial treatment was continued for 12 weeks. After treatment, reticulocytes slowly increased again and haemoglobin decreased while reticulocytes increased, indicating compensated haemolytic anaemia. Blood cultures remained negative. The indwelling foreign material and PET findings in combination with persistent bacteraemia are indicators of chronic S. haemolyticus foreign body infection leading to symptomatic haemolytic anaemia most likely due to alpha- and delta-haemolysins. We conclude that in patients with indwelling prosthetic material, chronic infection may lead to atypical clinical features and repeated blood cultures may be a useful diagnostic test.

FALL 24

Management einer Herzprothesen-Infektion

S. Schaffellner¹, G. Adelsmayr², E. Jakoby¹; ¹MED Uni /LKH. Graz, Med. Universitätsklinik f. Chirurgie, Klin. Abteilung für Transplantationschirurgie, Graz, Austria, ²MED Uni /LKH. Graz, Med. Universitätsklinik f. Radiologie, Klin. Abteilung für Allgemeine Radiologische Diagnostik, Graz, Austria.

42 a Patient mit St.p mechanische AKE 2004 und Aorta-Ascendensprothese 2013 bekommt im Juli 2017 beim Tennisspielen massive Gliederschmerzen, Schüttelfrost und fieber bis 40°C. Die vorhergehenden Wochen wurde ein altes, ungenutztes Stallgebäude von ihm gereinigt. Der konsultierte Hausarzt gibt ihm Diclofenac-forte. Es kommt nicht zur Beschwerdeverbesserung. Der Patient wird im lokalen LKH vorstellig und nach Blutabnahme unverzügliche Einleitung von Amoxicillin/Clavulansäure 3x2,2g. Laborchemisch besteht eine CRP-Erhöhung von 160mg/dl. Die TEE zeigt eine zarte Aortenklappe. Serologische Untersuchungen sind negativ auch auf eine Puumala oder Leptospirose-Infektion hin. In der Blutkultur findet sich Staphylococcus aureus (MSSA). Unter Antibiose mit Flucloxacillin 4mg 3x1i.v. + Rifoldin 600mg 2x1i.v. kommt es langsam zum Rückgang der Entzündungsparameter auf 35mg/dl. Die Kontroll-TEE bleibt unauffällig. Der Patient kommt an die Kardiologie zur weiteren Endokarditis-Ab-

klärung. Herz-MRT- und PET-CT-Untersuchung zeigen eine paraaortale Flüssigkeitsformation mit verdickter, kontrastmittelaufnehmender Membran und einer Ausdehnung von transversal x sagittal 4,5 x 2,7cm. Infektionen von künstlichen Aorten-Protthesen können sich zu lebensbedrohlichen Komplikationen entwickeln. Die grundsätzliche therapeutische Option besteht in der Entfernung des Fremdmaterials und möglichst homologer oder autologer Rekonstruktion. Therapeutische Optionen in der septischen Phase sind mit hoher Mortalität behaftet. Eine heimische Herzchirurgie würde nur in septischem Zustand operieren wollen. Ein renommiertes ausländisches Herzzentrum akzeptiert den Patienten sofort. Im November 2017 fliegt der Patient, nach Antibiose mit Dalbavancin 1500mg/w (5w); danach Cefalexin 1000mg 3x1p.o. und normalen Entzündungsparametern in das ausländische Zentrum. Die mit einer flriden, phlegmonösen, eingebluteten Entzündung behaftete Ascendensprothese wird dort durch Rinderpericard ersetzt. Peri- und postoperative Antibiose erfolgt mit Gentamycin 240mg 1x1i.v.(14d)/Vancomycin 500mg 4x1i.v.(6w)/Rifoldin 600mg 1x1i.v.(6w). Durch das gute interdisziplinäre, übernationale Management konnte der Herd saniert und der Patient gerettet werden.

FALL 25

Diarrhoea after complicated gastric sleeve surgery and cruise on a luxury liner

D. Wanner, J. Held, P. Unterlechner, G. Weiss, R. Bellmann-Weiler; Innere Medizin II, Innsbruck, Austria.

A 46-year-old female patient was referred to our hospital due to prolonged diarrhea. Anamnestic the patient reported a gastric sleeve surgery in Poland three months before with a post intervention complication caused by a suture insufficiency with an abscess formation that required hospitalization and antibiotic treatment for two weeks. Thereafter she went on a voyage to the far and middle east. Diarrhea started after one week on a cruise between Japan and China. The symptoms deteriorated within days and after a flight to Dubai the patient consulted a doctor. Medical examination in Dubai presumed an infection with E. histolytica, consequently metronidazole was prescribed. Diarrhea suspended during the antibiotic treatment but unfortunately recurred and the patient's condition aggravated. Back home she thus was referred to our center. Immediately conducted infectiological examination exhibited an infection with Cryptosporidium parvum. Given the fact that the recommended first line therapy with nitazoxanide was not available and delivery attended two days, treatment with paromomycine and azithromycin was applied until nitazoxanide

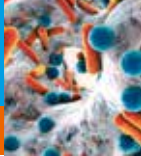
was available. Two days after initiation of treatment symptoms resolved and 5 days later the patient could be discharged. Cryptosporidium is a parasite and a potential intestinal pathogen in humans. Most infections result in an asymptomatic or mild course of disease with self-limiting diarrhea and nausea as major symptoms. Nevertheless, especially in children under two years as well as in immune deficient patients it can cause severe and potential life threatening diarrhea.

FALL 26

Lactococci-Bakteriämie bei einem nicht immunsupprimierten Patienten

M. F. Unterwiesing; Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien, Austria.

Lactococcus garvieae ist ein in der Tierwelt verbreitetes Pathogen, beim Menschen ein seltener Keim, früher oft als Enterokokken-Spezies fehldiagnostiziert. Beim Menschen sind wenige Fälle mit artifizieller/nativer Klappenendokarditis, Osteomyelitis, Leberabszess sowie UTIs bekannt. Ein 82a Mann, Aufnahme über die Aufnahmestation mit Fieber (39,6°C), Kopfschmerzen und Dyspnoe seit einem Tag. An Vorerkrankungen bekannt: CNI, diastolische Dysfunktion, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, paroxysmales VHF, St.p. PM-Implantation bei Sick-Sinus Syndrom, St.p. Stent LAD 1999, KTEP, Bandscheibenoperation mit Installation einer Schmerzpumpe. Zur Aufnahme präsentierte sich der Patient mit minimaler Auslenkung der Entzündungsparameter, Bilirubin 3,4 mg/dL, Kreatinin 1,4mg/dL, gamma-GT 90 U/L. Des Weiteren ein proBNP 1112ng/L bei bekannter Herzinsuffizienz. Da in der Blutkultur (4/4 Flaschen) gram-positive Kokken wuchsen und der Patienten im Jahr zuvor eine S. gallolyticus-Bakteriämie hatte, wurde die Therapie auf Penicillin G deeskaliert. Durch eine Analyse im MALDI-TOF (Bruker) konnte Lactococcus garvieae identifiziert werden. Im durchgeführten CT-Thorax waren geringe Pleuraergüsse bds. feststellbar sowie eine interstitielle Strukturvermehrung dorsobasal und reaktive Lymphknoten. Ein CT-Abdomen zeigte bis auf eine bekannte Cholezystolithiasis einen unauffälligen Befund. Der Patient beserte sich unter Therapie schnell und diese konnte nach 5 Tagen beendet werden. Derzeit befindet er sich unter antibiotischer Prophylaxe bis zur weiteren Diagnostik des Infektionsursprungs. Als unüblicher humanpathogener Keim wurden in letzter Zeit vermehrt Fälle einer Infektion mit Lactococcus garvieae beschrieben. Risikofaktoren sind: Immunsuppression, GIT-Traumata sowie höheres Alter. Bei älteren Patienten mit rez. Fieberschüben ohne offensichtlich erklärbare Ursache, sollte der Gastrointestinaltrakt als Quelle in Betracht gezogen werden. Sowohl S. gallolyticus als auch L. garvieae können in der Nahrung vorkommen.



PROGRAMM

HAUPTSPONSOR



NEBENSPONSOREN



WEITERE SPONSOREN

