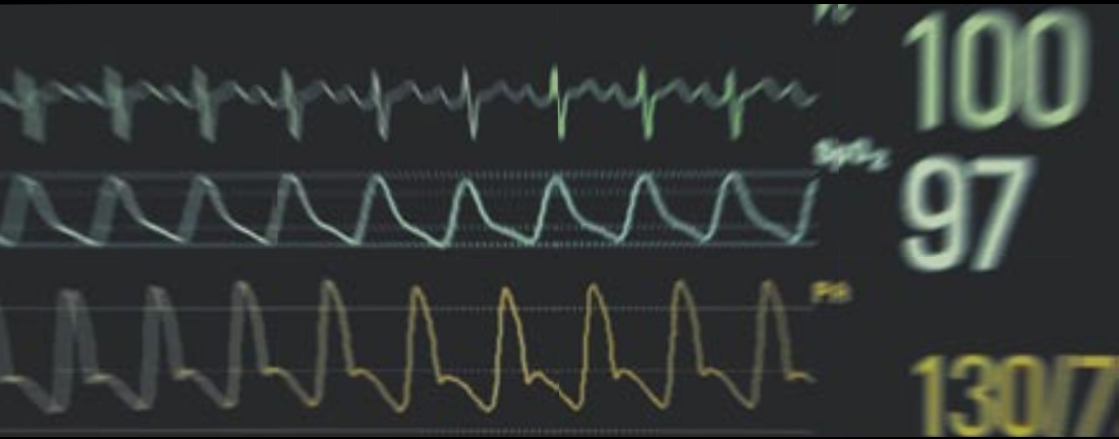


4. ÖSTERREICHISCHER INFEKTIONSKONGRESS

Symposien | Forschung in Österreich | Workshops



INFEKTIONEN BEI KRITISCH KRANKEN

5. bis 8. Mai 2010



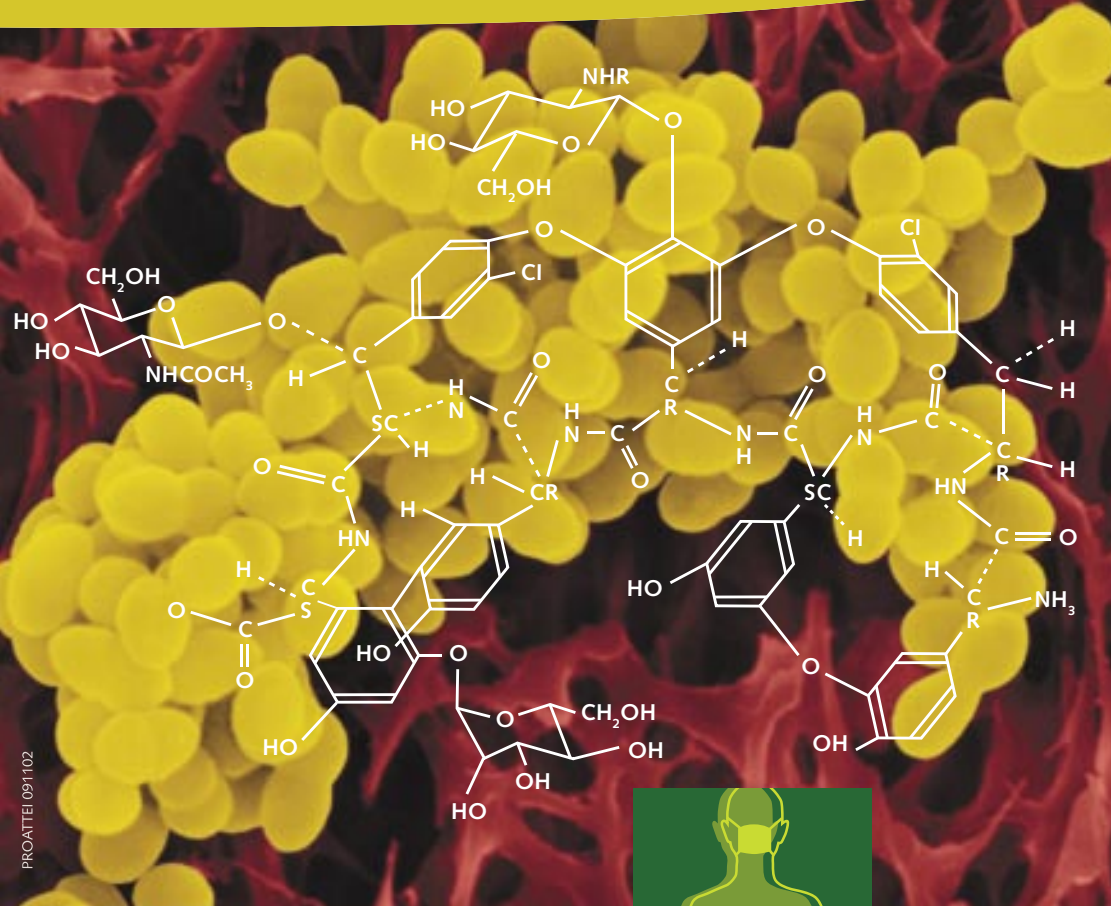
Hotel Gut Brandlhof, Saalfelden

Information & Anmeldung: www.oeginfekt.at

P R O G R A M M

TARGOCID® Vorteile, die zählen.

- Glykopeptid mit deutlich reduzierter Nephrotoxizität¹
- Lange Halbwertszeit – 1 x täglich Gabe
- Möglichkeit der APAT (Endokarditis, Osteomyelitis)²
- Orale Therapie bei pseudomembranöser Enterokolitis (Clostridium difficile)

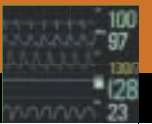


PROATTEI 09/1102



¹ Neville L.O., Bruinfitt W., Hamilton-Miller J.M.T., Harding L. Teicoplanin versus vancomycin for the treatment of serious infections: a randomized trial. Int. J. Antimicrob. Agents 5 (1995) 187-193
² Graninger W, Wenisch C, Wiesinger E, Menschik M, Karimi J, Presterl E. Experience with outpatient intravenous teicoplanin therapy for chronic osteomyelitis. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1995 14(7): 643-647

PROGRAMM



VORWORT

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Der erste Österreichische Infektionskongress fand 2007 statt und konnte sich in kurzer Zeit als landesweite Diskussionsplattform für Infektiologie etablieren. So wie im klinischen Bereich Infektionen in alle Teilgebiete der Medizin hinreichen, so breit ist die Themenvielfalt und – sehr zu unserer großen Freude – auch die Vielfalt der teilnehmenden Fachdisziplinen vertreten durch eine jährlich wachsende Teilnehmerzahl. Der Wechsel der Kongresslokalisation hat sich sehr bezahlt gemacht und die interdisziplinäre Diskussion stark gefördert.

Der heurige Kongress steht unter dem Motto „Der kritisch Kranke“ und soll alle seine infektiologischen Aspekte beleuchten. Wir glauben, dass es uns auch heuer wieder gelungen ist, ein interessantes und vielfältiges Programm zusammenzustellen. Eröffnet wird der Kongress selbstverständlich mit dem Hauptthema Nr. 1 des Jahres 2009/2010 – der Schweinegrippe.

Inzwischen traditionell wird auch der österreichischen Forschung wieder breit Raum gegeben, um hiesige Forschungsergebnisse präsentieren zu können. Entsprechende Preise wurden ausgelobt. Ein vermehrtes Augenmerk wurde den Pro-und-Contra-Diskussionen gewidmet, da sich letztes Jahr gezeigt hat, dass diese Form des wissenschaftlichen Disputes sehr ergiebig und befruchtend war. Für die Unermüdlichen gibt es wieder Workshopangebote zu ganz unterschiedlichen Themen.

ICH DARE NACH HAUSE!

Antibiotika von Pfizer.
Stark. Konsequenz. Erfolgreich.

VORWORT

Trotz widriger wirtschaftlicher Umstände und vorgegebenen Sparzwängen wird der 4. Österreichische Infektionskongress wieder großzügig von der Industrie mit entsprechenden Grants – ohne Einfluss auf das Programm zu nehmen – unterstützt. Den Damen und Herren von der forschenden Pharmaindustrie sei hierfür ein herzliches Dankeschön übermittelt, denn ohne Geld ka Musi. Und von einer anderwertigen – öffentlichen oder persönlichen – Finanzierung sind wir noch weit entfernt.

Wir freuen uns, wenn es gelingt, Sie alle wieder beim 4. Österreichischen Infektionskongress in Saalfelden im Mai 2010 begrüßen zu dürfen. Jene Mitglieder der Gesellschaft, die zeitlich verhindert sind, daran teilzunehmen, werden die Möglichkeit haben, die Folien zu den Vorträgen im Mitgliederbereich unserer Homepage anzusehen.

Mit kollegialen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer
Kongresspräsident

Dr. Judith Leitner
Kongresssekretärin

Vorankündigung

5. Österreichischer Infektionskongress
6.–9. April 2011
„Fremdkörper-assoziierte Infektionen“
Hotel Gut Brandlhof, Saalfelden

ALLGEMEINES

Veranstalter

Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten



In Kooperation mit

Österreichische Gesellschaft für Medizinische Mykologie (ÖGMM)



Österreichische Gesellschaft für
Tropenmedizin und Parasitologie (ÖGTP)



Vorstand

| | |
|---------------------|--|
| Präsident | Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer |
| Vizepräsident | Prim. Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch |
| Sekretär | Dr. Rainer Gattringer |
| Kassier | Dr. Gertrude Seiberl |
| Vorstandsmitglieder | Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Graninger |
| | Univ.-Prof. Dr. Herwig Kollaritsch |
| | Univ.-Prof. Dr. Robert Krause |
| | O. Univ.-Prof. Dr. Günter Krejs |
| | Univ.-Prof. Dr. Cornelia Lass-Flörl |
| | Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss |

Kongressleitung

| | |
|------------|------------------------------------|
| Präsident | Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer |
| Sekretärin | Dr. Judith Leitner |

Gesellschaftssekretariat

Wiener Medizinische Akademie
A-1090 Wien, Alser Straße 4
Tel.: +43-1-4051383-20, Fax: +43-1-4051383-23
E-Mail: office@oeginfekt.at

Kongressbüro

Medical Dialogue
Kommunikations- und PublikationsgmbH
Karl Buresch
A-1080 Wien, Lederergasse 22/16
Tel.: +43-1-4021754
E-Mail: office@medicaldialogue.at



Abstract-Komitee

Univ.-Doz. Dr. Petra Apfalter
Univ.-Prof. Dr. Herbert Auer
Dr. Rosa Bellmann-Weiler
Dr. Rainer Gattringer
Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Graninger
Univ.-Prof. Dr. Robert Krause
O. Univ.-Prof. Dr. Günter Krejs
Univ.-Prof. Dr. Cornelia Lass-Flörl
Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Presterl
Univ.-Prof. Dr. Erich Schmutzhard
Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer
Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss
Prim. Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch
Univ.-Prof. Dr. Stefan Winkler

Für den Kongress werden 17 Fortbildungspunkte im Rahmen der Diplomfortbildung der ÖÄK anerkannt.

Registraturzeiten

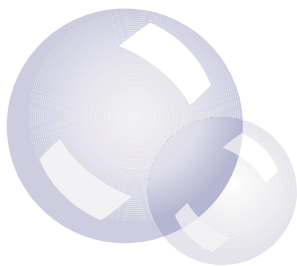
| | | | |
|------------|----------|-------------|-------------|
| Mittwoch | 5.5.2010 | | 16:00–21:30 |
| Donnerstag | 6.5.2010 | 08:00–12:00 | 15:00–17:00 |
| Freitag | 7.5.2010 | 08:00–12:00 | 15:00–17:00 |
| Samstag | 8.5.2010 | 08:00–10:00 | |



Avelox[®]
moxifloxacin

Avelox.[®]

Vorteile in Ihrer Hand.



Avelox 400 mg – Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 400 mg Moxifloxacin als Hydrochlorid. Sonstiger Bestandteil: Die Filmtablette enthält 68 mg Lactose (siehe Abschnitt 4.4). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettkern: Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, mikrokristalline Cellulose. Filmbüchse: Hypromellose, Macrogol 4000, Eisenoxid rot (E 172), Titanoxid (E 171). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Chinolon-Antibiotika, Fluorchinolone, ATC Code J01MA14. **Anwendungsgebiete:** Avelox 400 mg Filmtabletten sind angezeigt zur Behandlung von folgenden bakteriellen Infektionen bei Patienten ab 18 Jahren (siehe Abschnitte 4.4, 4.8 und 5.1): - Akute, bakterielle Sinusitis (ABS), - Akute Exazerbation der chronischen Bronchitis (AECB), Moxifloxacin sollte zur Behandlung von entsprechend diagnostizierter ABS und AECB nur angewendet werden, wenn andere Antibiotika, die für die initiale Behandlung dieser Infektionen üblicherweise empfohlen werden, für ungeeignet erachtet werden oder wenn diese versagt haben, - Ambulant erworbene Pneumonie, ausgenommen schwere Formen, Moxifloxacin sollte nur angewendet werden, wenn andere Antibiotika, die für die initiale Behandlung dieser Infektion üblicherweise empfohlen werden, für ungeeignet erachtet werden, - Leichte bis mäßig schwere entzündliche Erkrankungen des Beckens (d. h. Infektionen des oberen weiblichen Genitaltrakts, einschließlich Salpingitis und Endometritis), ohne einen assoziierten Tuboovarial- oder Beckenabszess, Avelox 400 mg Filmtabletten werden nicht für eine Monotherapie von leicht bis mäßig schweren entzündlichen Erkrankungen des Beckens empfohlen, sondern sind aufgrund steigender Moxifloxacin-Resistenz von Neisseria gonorrhoeae in Kombination mit einem weiteren geeigneten Antibiotikum (z. B. einem Cephalosporin) zu geben, es sei denn Moxifloxacin-resistente Neisseria gonorrhoeae können ausgeschlossen werden (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1). Avelox 400 mg Filmtabletten sind angezeigt zur Behandlung der oben genannten Infektionen soweit sie durch Moxifloxacin-empfindliche Erreger hervorgerufen werden. Offizielle Empfehlungen zum angemessenen Gebrauch von Antibiotika sollten berücksichtigt werden. **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen Moxifloxacin, andere Chinolone oder einen der sonstigen Bestandteile, - Schwangerschaft und Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6), - Patienten unter 18 Jahren, - Sehnerkrankungen/-schäden infolge einer Chinolontherapie in der Anamnese. Sowohl in präklinischen Untersuchungen als auch beim Menschen wurden nach Moxifloxacin-Exposition Veränderungen der Herz-Elektrophysiologie in Form einer QT-Intervallverlängerung beobachtet. Deshalb ist eine therapeutische Anwendung von Moxifloxacin aus Gründen der Arzneimittelsicherheit kontraindiziert bei Patienten mit: - angeborenen oder dokumentierten erworbenen QT-Intervallverlängerungen, - Störungen des Elektrolythaushaltes, insbesondere bei unkorrigierter Hypokaliämie, - klinisch relevanter Bradykardie, - klinisch relevanter Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Auswurfraction, - symptomatischen Herzrhythmusstörungen in der Vorgeschichte. Die gleichzeitige Anwendung von anderen Arzneimitteln, die das QT-Intervall verlängern, sollte nicht erfolgen (siehe auch Abschnitt 4.5). Aufgrund begrenzter klinischer Erfahrung ist Moxifloxacin auch kontraindiziert bei eingeschränkter Leberfunktion (Child-Pugh C) und bei Patienten mit einem Transaminasen-Anstieg > 5fach des oberen Normwertes. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6 – 10, 1160 Wien, Österreich. **Verschreibungs-/ Apothekenpflicht:** NR, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind den veröffentlichten Fachinformationen zu entnehmen. Stand der Information: Oktober 2008

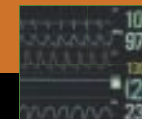
Avelox 400 mg – Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Moxifloxacin 1,6 mg/ml (400 mg/250 ml) als Moxifloxacinhydrochlorid. Die Infusionslösung (250 ml) enthält 34 mmol Natrium (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumchlorid, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Chinolon-Antibiotika, Fluorchinolone, ATC Code J01MA 14. **Anwendungsgebiete:** Avelox 400 mg Infusionslösung ist angezeigt zur Behandlung von: - ambulant erworbener Pneumonie, - komplizierten Haut- und Weichteilinfektionen (siehe Abschnitt 4.4), soweit sie durch Moxifloxacin-empfindliche Erreger hervorgerufen werden und initial eine parenterale Therapie erfordern. Offizielle Empfehlungen zum angemessenen Gebrauch von Antibiotika sollten berücksichtigt werden. **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen Moxifloxacin, andere Chinolone oder einen der sonstigen Bestandteile, - Schwangerschaft und Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6), - Kinder und Jugendliche in der Wachstumsphase, - Sehnerkrankungen/-schäden infolge einer Chinolontherapie in der Anamnese. Sowohl in präklinischen Untersuchungen als auch beim Menschen wurden nach Moxifloxacin-Exposition Veränderungen der Herz-Elektrophysiologie in Form einer QT-Intervall-Verlängerung beobachtet. Deshalb ist eine therapeutische Anwendung von Moxifloxacin aus Gründen der Arzneimittelsicherheit kontraindiziert bei Patienten mit: - angeborenen oder dokumentierten erworbenen QT-Intervall-Verlängerungen, - Störungen des Elektrolythaushaltes, insbesondere bei unkorrigierter Hypokaliämie, - klinisch relevanter Bradykardie, - klinisch relevanter Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Auswurfraction, - symptomatischen Herzrhythmusstörungen in der Vorgeschichte. Die gleichzeitige Anwendung von anderen Arzneimitteln, die das QT-Intervall verlängern, sollte nicht erfolgen (siehe auch Abschnitt 4.5). Aufgrund begrenzter klinischer Erfahrung ist Moxifloxacin auch kontraindiziert bei eingeschränkter Leberfunktion (Child-Pugh C) und bei Patienten mit einem Transaminasen-Anstieg > 5fach des oberen Normwertes. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6 – 10, 1160 Wien, Österreich. **Verschreibungs-/ Apothekenpflicht:** NR, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind den veröffentlichten Fachinformationen zu entnehmen. **Stand der Information:** Juni 2007

Zukünftige Indikationseinschränkung ab Frühjahr 2010
Moxifloxacin sollte nur angewendet werden, wenn andere Antibiotika, die für die initiale Behandlung dieser Infektionen üblicherweise empfohlen werden, für ungeeignet erachtet werden.



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

PROGRAMM



MITTWOCH, 5. MAI 2010

17:30

Eröffnung des Kongresses

F. Thalhammer, J. Leitner

17:45–19:00

Symposium 1

Neurologie

Vorsitz: E. Schmutzhard, S. Winkler

Schwere bakterielle Meningitis – State of the Art
E. Schmutzhard (Innsbruck)

Virusenzephalitis auf der Intensivstation
T. Schober (Graz)

Tuberkulöse Meningitis
R. Rumetshofer (Wien)

19:00

Eröffnungsvortrag

Influenza – in der Vergangenheit und 2009/2010

W. Wunderli, Nationales Zentrum für Influenza, Genf

20:00

Get together

auf Einladung der Österreichischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten

WWW.OEGINFEKT.AT

SEITE 9



DONNERSTAG, 6. MAI 2010

DORIBAX™

The power for nosocomial infections

8:30–9:45

Symposium 2

Immunsuppression

Vorsitz: M. Futter, E. Presterl

Biologicals – ein infektiologisches Inferno?
S. Winkler (Wien)

Der organtransplantierte Patient –
ein Eldorado seltener Infektionen
H. Bonatti (Charlottesville, USA)

Der neutropenische hämato-onkologische Patient
W. R. Sperr (Wien)

9:45–10:15

Pause – Besuch der Poster- und der Industrieausstellung

10:15–11:30

Symposium 3

Pro-und-Contra-Sitzung

Moderation: R. Krause, G. Seiberl

Antibiotika-Stewardship

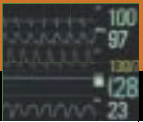
Pro: Der Patient ist im Mittelpunkt
O. Janata (Wien)

Contra: Die wollen sich nur wichtig machen
W. Graninger (Wien)

Mehr Antibiotika – mehr Resistenz

Pro: Ja, das stimmt immer noch
A. Wechsler-Fördös (Wien)

Contra: Nein, das ist Schnee von gestern
E. Presterl (Wien)



PROGRAMM

DONNERSTAG, 6. MAI 2010

Mikrobiologie auf der ICU
 Pro: Isolate as much as you can
 P. Apfalter (Linz)
 Contra: Isolate on demand
 T. Welte (Hannover)

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

12:00–13:15 **Launchsymposium**
Micafungin
 Programm siehe Seite 17

13:15–14:15 Mittagspause – Japanisches Buffet
 mit freundlicher Unterstützung
 der Firma Astellas



14:15–15:15 **Workshops I & II & III (fakultativ)**

I Nebenwirkungen von Antibiotika
 F. Thalhammer (Wien) – Raum 11

II Katheterinfektionen
 R. Krause (Graz) – Raum 8

III Bildgebung auf der Intensivstation
 E. Eisenhuber (Wien) – Raum 9

Hinweis: Beschränkte Teilnehmerzahl,
 Anmeldung bei der Registrierung vor Ort notwendig!



Erwarten Sie mehr von Ihrer Lebenserwartung.

Wir von MSD glauben, dass Wohlbefinden ein Grundbedürfnis des Menschen ist.

Deshalb arbeiten wir daran, Lösungen für Krankheiten wie Diabetes, Schlaganfall oder Alzheimer zu finden. Und: Wir sind stolz darauf, Medikamente anbieten zu können, die Millionen Menschen zu einer höheren Lebenserwartung verhelfen.

Besuchen Sie uns auf www.msd.at



Durchschlagender Erfolg!

Fosfomycin Sandoz®

Zur Therapie schwerer Infektionen

- Haut- / Weichgewebeeinfektionen
- Diabetisches Fußsyndrom
- Knochen- / Gelenkinfektionen
- ZNS-Infektionen



Fachkurzinformation siehe Seite



Aus Österreich. Aus Tirol. Aus Kundl.

SANDOZ
Eine gesunde Entscheidung

PROGRAMM

DONNERSTAG, 6. MAI 2010

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

15:45–17:00 **Symposium 4**
Interessante klinische Fälle – Best Abstracts
Vorsitz: C. Wenisch

15:45 W. Pöpl (Wien)
16:00 R. Helbok (Wien)
16:15 T. Valentin (Graz)
16:30 P. Pongratz (Wien)
16:45 R. Haberl (Wien)

17:00–17:30 Pause – Besuch der Poster- und der Industrieausstellung

17:30–18:45 **Symposium 5**
Tropenmedizin – veranstaltet von der ÖGPT
Vorsitz: H. Aspöck, U. Wiedermann-Schmidt



Schwere Malaria tropica
M. Ramharter (Wien)

Virushämorrhagisches Fieber
E. Schmutzhard (Innsbruck)

Rabies
B. Pfäusler (Innsbruck)

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

NEU IN ÖSTERREICH!

 **MYCAMINE®**
micafungin
Breitspektrum-Candidid



FACHKURZINFORMATION

1. Bezeichnung Mycamine 50 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung; Mycamine 100 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung
2. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge) 1 Durchstechflasche enthält 50 mg Micafungin als Natrium-Salz. Nach Rekonstitution enthält jeder Milliliter 10 mg Micafungin als Natrium-Salz. Sonstige Bestandteile: Jede 50-mg-Durchstechflasche enthält 200 mg Lactose. 1 Durchstechflasche enthält 100 mg Micafungin als Natrium-Salz. Nach Rekonstitution enthält jeder Milliliter 20 mg Micafungin als Natrium-Salz. Sonstige Bestandteile: Jede 100-mg-Durchstechflasche enthält 200 mg Lactose. Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1.
3. Anwendungsgebiete Mycamine ist indiziert bei: Erwachsenen, Jugendlichen ≥ 16 Jahre und älteren Patienten zur Behandlung einer invasiven Candidose, zur Behandlung der ösophagealen Candidose bei Patienten, für die eine intravenöse Behandlung angebracht ist, sowie zur Prophylaxe von *Candida*-Infektionen bei Patienten, die sich einer allogenen, hämatopoetischen Stammzelltransplantation unterziehen oder wenn eine Neutropenie (absolute Neutrophilenzahl $< 500/\mu\text{l}$) von mindestens 10 oder mehr Tagen zu erwarten ist; Kindern (einschließlich Neugeborener) und Jugendlichen < 16 Jahre zur Behandlung einer invasiven Candidose sowie zur Prophylaxe von *Candida*-Infektionen bei Patienten, die sich einer allogenen, hämatopoetischen Stammzelltransplantation unterziehen, oder wenn eine Neutropenie (absolute Neutrophilenzahl < 500 Zellen/ μl) von mindestens 10 oder mehr Tagen zu erwarten ist. Die Entscheidung, Mycamine anzuwenden, sollte in Betracht ziehen, dass ein mögliches Risiko zur Lebertumorbildung besteht. Mycamine ist daher nur anzuwenden, wenn andere Antimykotika nicht adäquat sind.
4. Gegenanzeigen Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile.
5. Pharmakologische Eigenschaften Pharmakotherapeutische Gruppe: Andere Antimykotika zur systemischen Anwendung, ATC-Code: J02AX05
6. Pharmazeutische Angaben (Hilfsstoffe) 6.1 Liste der sonstigen Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Citronensäure (zur Einstellung des pH-Werts), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Werts)
7. Pharmazeutischer Unternehmer Astellas Pharma Europe B.V., Elisabethhof 19, 2353 EW Leiderdorp, Niederlande
8. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht Rezept- und apothekenpflichtig 11/2009 „Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.“

PROGRAMM

DONNERSTAG, 6. MAI 2010

12:00–13:15 Launchsymposium

Micafungin – ein neues Echinocandin für die Klinik

Vorsitz: F. Thalhammer, C. Wenisch

Echinocandine – pro & contra

Pro: O. Janata (Wien)

Contra: C. Lass-Flörl (Innsbruck)

Antimykotische Therapie in der Pädiatrie

A. Berger (Wien)

Echinocandine – laut Fachinfo alle gleich?

Ein juristischer Abriss

H. Ofner (Wien)

13:15–14:15 Japanisches Buffet

Mit freundlicher Unterstützung
der Firma Astellas Pharma



Effektiv von
Anfang an

Colistin Grünenthal

Zur inhalativen Therapie
von Erstinfektionen und
Dauertherapie einer
chronischen Infektion mit
Pseudomonas aeruginosa

Umfassende
Pseudomonas
Therapie

Colistin Grünenthal
Trockenstechampulle mit Lösungsm.

Effektiv von Anfang an

FREITAG, 7. MAI 2010

8:30–9:45

Symposium 6

Pro-und-Contra-Sitzung

Procalcitonin

Pro: Hilfreich und kostensparend bei Infektionen
T. Welte (Hannover)

Contra: Sinnlos und teuer
M. Födinger (Wien)

Protein C

Pro: Ergebnis rechtfertigt den finanziellen Aufwand
H. Burgmann (Wien)

Contra: Kosten & Nutzen stehen nicht im Einklang
C. Wiedermann (Bozen)

Aminoglykoside

Pro: Haben ihren Stellenwert beim kritisch Kranken
A. Egle (Salzburg)

Contra: Wirken nicht und verursachen nur ein ANV
W. Graninger (Wien)

9:45–10:15

Pause – Besuch der Poster- und der Industrieausstellung

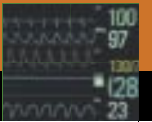
10:45–12:15

Symposium 7

Infektiologische Forschung & Best Abstracts

Vorsitz: S. Knapp, G. Weiss

Tiermodelle für Sepsis – auf den Menschen übertragbar?
S. Knapp (Wien)



FREITAG, 7. MAI 2010

Best Abstracts

- 11:00 A. Zivkovic (Wien)
 11:15 I. Stelzmüller (Klagenfurt)
 11:30 S. Mair (Innsbruck)
 11:45 U. Matt (Wien)
 12:00 J. Warszawska (Wien)

- 12:15–12:45** Pause – Besuch der Poster- und der
 Industrieausstellung
 Mit freundlicher Unterstützung
 der Firma Sanofi-Aventis



- 12:45–14:00 Symposium 8**
PK/PD-Aspekte beim kritisch kranken Patienten
 Vorsitz: H. Burgmann, M. Zeitlinger

PK/PD von Antibiotika in der Sepsis
 M. Zeitlinger (Wien)

Antibiotikatherapie bei Organersatzverfahren
 F. Thalhammer (Wien)

Antibiotikadosierung vom Neugeborenen
 bis zum Jugendlichen
 H. J. Dornbusch (Graz)

- 14:00–14:30** Pause – Besuch der Poster- und der Industrieausstellung

FREITAG, 7. MAI 2010

- 14:30–15:30 Workshops IV & V & VI (fakultativ)**

IV Fieber auf der Intensivstation

R. Haberl, G. Seiberl, F. Thaller, C. Wenisch
 (alle Wien) – Raum 11

V Diaklinik – Infektionen der Haut

R. Müllegger (Wiener Neustadt) – Raum 8

VI Nosokomiale Endokarditis

E. Presterl (Wien) – Raum 9

Hinweis: Beschränkte Teilnehmerzahl,
 Anmeldung bei der Registrierung vor Ort notwendig!

- 15:30–16:45 Symposium 9**

Pro-und-Contra-Sitzung

Moderation: S. Knapp, C. Wiedermann

Selektive Darmkontamination

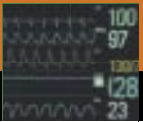
Pro: SDD verhindert VAP
 C. Madl (Wien)

Contra: Auf die richtige Ernährung kommt es an
 F. Längle (Wiener Neustadt)

Inhalative Antibiotikatherapie

Pro: Präventiv und therapeutisch etabliert
 M. Futter (St. Pölten)

Contra: Kosten und Nebenwirkungen etabliert
 S. Winkler (Wien)



Starke Hilfe für Ihre Patienten

- **flexibles Dosierungsregime**
 - angepasst an das individuelle Patientenrisiko ^{1,2,3}
- **breites Wirkungsspektrum mit fungizider Wirkweise** ^{4,5}
 - belegte Effektivität auch bei Aspergillosen und Candidosen ^{6,7,1,8}
- **geringes Resistenzpotential**
 - ungeachtet der klinischen Anwendung seit über 10 Jahren ⁵
- **Überlegenheit gegenüber konventionellem Amphotericin B**
 - in Bezug auf Verträglichkeit und Sicherheit der Therapie ^{6,7,1}

Kein zusätzliches Risiko eingehen ...



Referenzen
 1. A. Leoniers, S. Danne, R.L.H. Jansen et al. Br. J. Haematol. 1998; 103: 205-212. 2. H.G. Prentice, I.M. Hanna, R. Herbrecht et al. Br. J. Haematol. 1997; 98:711-718. 3. T.C. Walsh, R.W. Finberg, C. Arndt et al. N. Engl. J. Med. 1999; 340: 764-771. 4. E. Anaissie, V. Pechnick, R. Puffitt, J. Killeen, G. B. Bodey. J. Antimicrob. Chemother. 2002; 49(suppl 5): 7-10. 5. D. Ellis, J. Antimicrob. Chemother. 2002; 49(suppl 5): 7-10. 6. W. Mills, R. Chopra, D.C. Lindh, A.H. Goldstone, Br. J. Haematol. 1994; 86: 754-760. 7. M. Ellis, D. Spence, B. de Pauw et al. Clin. Infect. Dis. 1998; 27: 1406-1412. 8. A. Juster-Reicher et al., Infection 28 2000; 4: 223-226.

AmBisome® 50 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung
 Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung, Antibiotika. ATC-Code: J02A A01. **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. **Sonstige Bestandteile:** Hydrogeniertes Sesquiphosphatidylcholin, Cholesterin, Distearoylphosphatidylglycerol, Saccharose, Dinatriumsuccinat-Hexahydrat, Tocopherol, Natriumhydroxid (zur pH-Einstellung), Salzsäure (zur pH-Einstellung). **Anwendungsgebiete:** AmBisome ist indiziert zur Behandlung von schweren systemischen und/oder tiefen Mykosen bei Patienten, bei denen konventionelles Amphotericin B auf Grund eines Nierenschadens oder anderer Unverträglichkeiten kontraindiziert ist. Zu den erfolgreich mit AmBisome behandelten Mykosen gehören disseminierte Candidosen, Aspergillose, Kryptokokkenmeningitis, Mukormykose und chronisches Myzetom. **empirische Behandlung von vermuteten Pilzinfektionen bei Patienten mit febriler Neutropenie. 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 International Limited, Granton Park, Abingdon, Cambridge CB21 6GI, Großbritannien. **NR, apothekenpflichtig. Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekte sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



FREITAG, 7. MAI 2010

Impfungen auf der Intensivstation
 Pro: Die Methode der Wahl 2025
 H. Burgmann (Wien)
 Contra: Alles graue Theorie
 U. Wiedermann-Schmidt (Wien)

16:45–17:45 Posterbegehung mit Brezln und Bier
 Moderation: R. Krause, G. Weiss

17:45–19:00 Symposium 10
Beatmungspneumonie
 Vorsitz: W. R. Sperr, A. Wechsler-Fördös

Sinnvolle Diagnostik – welche Keime zählen?
 R. Gattlinger (Linz)

Deeskalation erwünscht – aber wie?
 T. Welte (Hannover)

Supportive Therapie und Prophylaxe
 T. Staudinger (Wien)

19:00–20:00 Mitgliederversammlung der ÖGI

ab 20:00 Gemeinsames Abendessen
 für alle KongressteilnehmerInnen im Brandlhof



Optinem[®] das Carbapenem meropenem

Die Antibiotikatherapie bei schweren bakteriellen Infektionen



SAMSTAG, 8. MAI 2010

8:30–9:45

Symposium 11

Antimykotische Therapie

veranstaltet von der ÖGMM

Vorsitz: R. Gattringer, B. Willinger



Update moderner Diagnosemöglichkeiten
bei Pilzinfektionen

B. Willinger (Wien)

Therapie der Candidainfektionen –
von einfach bis kompliziert

R. Bellmann (Innsbruck)

Aspergillus, Zygomyceten und andere seltene
Pilzinfektionen

R. Krause (Graz)

9:45–10:15

Pause – Besuch der Poster- und der
Industrierausstellung

Mit freundlicher Unterstützung
der Firma Astellas



10:15–11:45

Symposium 12

Sepsis – supportive Therapie

Vorsitz: F. Thalhammer, H. Bonatti

Immunmodulation und Antikörpertherapie
G. Weiss, (Innsbruck)



EINFACH STARK!



STARK IN DER WIRKUNG, EINFACH IN DER ANWENDUNG

PROGRAMM

SAMSTAG, 8. MAI 2010

Kortison, Gerinnung, Blutzucker -
was ist aktuell, was ist obsolet?
H. Burgmann (Wien)

Nierenersatztherapie bei Sepsis
S. Schmaldienst (Wien)

11:45–12:00 Vergabe der Poster- und Präsentationspreise 2010

12:00 Verabschiedung & Ausblick 2011
F. Thalhammer, R. Krause

Vorankündigung

5. Österreichischer Infektionskongress
6.–9. April 2011
„Fremdkörper-assoziierte Infektionen“
Hotel Gut Brandlhof, Saalfelden

ABSTRACT-EINREICHUNGEN

Wissenschaftliche Poster- und Präsentations-Preise der ÖGI 2010

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

Poster-Format:

Die maximale Größe eines Posters kann 170 cm (Höhe) 140 cm (Breite) betragen.

Einreichschluss für Abstracts ist der 31. Jänner 2010

Die Poster-Preise der ÖGI sind mit einem Preisgeld von insgesamt EUR 2.000,- dotiert.

Die Abstracts werden von einer Jury bewertet. Die fünf besten Abstracts werden zu einer mündlichen Präsentation am Freitag, den 7. Mai 2010 eingeladen. Die Poster- und Präsentationspreise werden auf der Basis des wissenschaftlichen Wertes und der Präsentation (Vortrag oder Poster) vergeben.

ALLGEMEINE TAGUNGSMITTEILUNGEN

Tagungsort

Hotel Gut Brandlhof
Hohlwegen 4
A-5760 Saalfelden
Tel.: +43 6582 7800-0 • Fax: +43 6582 7800 598
Mail: office@brandlhof.com
www.brandlhof.com

Last Exit:
Piperacillin / Tazobactam Sandoz®
Kompetenz aus Österreich

Mittel der Wahl bei schweren

- Intraabdominellen Infektionen
- Atemwegsinfektionen
- Haut- / Weichgewebeinfektionen
- Infektionen in der Hämatonkologie



Fachkurzinformation siehe Seite

 **SANDOZ**
Eine gesunde Entscheidung

FACHKURZINFORMATIONEN

Doribax 500 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung. Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält Doripenem-Monohydrat (entsprechend 500 mg Doripenem). Das Arzneimittel enthält keine sonstigen Bestandteile. Anwendungsgebiete: Doribax ist für die Behandlung folgender Infektionen bei Erwachsenen indiziert: Nosokomiale Pneumonie (einschließlich Beatmungspneumonie), Komplizierte intraabdominale Infektionen, Komplizierte Harnwegsinfektionen. Offizielle Empfehlungen für den angemessenen Gebrauch von Antibiotika sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, Überempfindlichkeit gegen andere Antibiotika vom Carbapenem-Typ, schwere Überempfindlichkeit (z. B. anaphylaktische Reaktion, schwere Hautreaktion) gegen jegliche Art eines Beta-Laktam-Antibiotikums (z. B. Penicilline oder Cephalosporine). ATC-Code: J01DH04. Rezept- und apothekenpflichtig. Inhaber der Zulassung: Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg, 30, B-2340 Beerse, Belgien. Vertrieb für Österreich: JANSSEN-CILAG Pharma, Pfarrgasse 75, A-1232 Wien. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: 07/2008

ECALTA 100 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung eines Konzentrats zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Durchstechflasche enthält 100 mg Anidulafungin. Die rekonstituierte Lösung enthält 3,33 mg Anidulafungin pro Milliliter und die verdünnte Lösung enthält 0,36 mg Anidulafungin pro Milliliter. Sonstige Bestandteile: 102,5 mg Fructose pro Durchstechflasche, 6 g Ethanol pro Durchstechflasche. Liste der sonstigen Bestandteile: Pulver: Fructose (Ph.Eur.), Mannitol (Ph.Eur.), Polysorbit 80, Weinsäure (Ph.Eur.), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Salzsäure 36 % (zur Einstellung des pH-Wertes). Lösungsmittel: Wasserfreies Ethanol (Ph.Eur.), Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Zur Behandlung von invasiver Candidiasis bei erwachsenen, nicht neutropenischen Patienten. ECALTA wurde hauptsächlich bei Patienten mit Candidämie untersucht und nur bei einer begrenzten Anzahl von Patienten mit tiefen Candida-Infektionen oder Abszessen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen andere Arzneimittel aus der Klasse der Echinocandine. Pharmakotherapeutische Gruppe: Andere Antimykotika zur systemischen Anwendung; ATC-Code: J02AX06. Inhaber der Zulassung: Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. Stand der Information: Juli 2009. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: NR, apothekenpflichtig. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Fosfomycin® Sandoz 1 g i.v., 4 g i.v. und 8 g i.v. - Trockensubstanz zur Infusionsbereitung Zusammensetzung 1 Infusionsflasche Fosfomycin® "Sandoz" 1 g i.v., 4 g i.v. bzw. 8 g i.v. - Trockensubstanz zur Infusionsbereitung enthält 1,32 g Fosfomycin® Dinatrium entsprechend 1 g Fosfomycin® bzw. 5,28 g Fosfomycin® Dinatrium entsprechend 4 g Fosfomycin® bzw. 10,56 g Fosfomycin® Dinatrium entsprechend 8 g Fosfomycin®. Sonstige Bestandteile: Fosfomycin® "Sandoz" 1 g i.v.: 14,5 mmol Natrium und 0,025 g Bernsteinsäure, Fosfomycin® "Sandoz" 4 g i.v.: 58 mmol Natrium und 0,1 g Bernsteinsäure, Fosfomycin® "Sandoz" 8 g i.v.: 116 mmol Natrium und 0,2 g Bernsteinsäure. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung. Anwendungsgebiete Fosfomycin® "Sandoz" ist nur angezeigt zur gezielten Therapie von Infektionen bei nachgewiesener Fosfomycin®-Empfindlichkeit der Erreger, insbesondere bei Vorliegen einer Allergie gegen Penicilline und Cephalosporine, bei multiresistenten Keimen, speziell bei multiresistenten Staphylokokken, Escherichia coli sowie bei einigen Stämmen von Pseudomonas aeruginosa und Serratia marcescens. Bei schweren Verläufen ist eine Kombination mit einem β -Laktam-Antibiotikum oder einem Aminoglykosid angezeigt. Es ergeben sich folgende klinische Anwendungsgebiete: Im Bereich des zentralen Nervensystems: Meningitis, Meningoencephalitis, Hirnabszess, Subduralempyem. In der Chirurgie: postoperative Infektionen, Begleitinfektionen bei Nephrolithiasis, Hydronephrosen, Tumoren sowie Prostatitis. In der Orthopädie und Traumatologie: postoperative Knocheninfektionen (infizierte Osteosynthese, Endoprothese), Osteomyelitis, purulente Arthritis, Abszesse, Phlegmone. In der Dermatologie: Pyodermien, Verbrennungen, im Bereich des Respirationstraktes: Bronchopneumonie, Lungenabszess, Nasennebenhöhlenentzündung, Sepsis. Weitere mögliche Indikationsgebiete sind Gallenwegsinfekte, Endokarditis, Infektionen im HNO-Bereich, am Auge, in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Banale Infektionen sind keine Indikationen für eine Therapie mit Fosfomycin®. Gegenanzeigen Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Fosfomycin® oder einen der sonstigen Bestandteile und/oder bestehende Hypernatriämie. Inhaber der Zulassung Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Austria. Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, zu Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu den Nebenwirkungen sowie betreffend die Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Optinem i.v. 500 mg - Trockenstechampullen; Optinem i.v. 1 g - Trockenstechampullen. Pharmakotherapeutische Gruppe: Beta-Laktam - Antibiotika, Carbapeneme; Qualitative und quantitative Zusammensetzung, Optinem i.v. 500 mg: 1 Trockenstechampulle zu 20 ml enthält 570 mg Meropenem-Trihydrat (entsprechend 500 mg Meropenem) und 104 mg wasserfreies Natriumcarbonat. Optinem i.v. 1 g: 1 Trockenstechampulle zu 30 ml enthält 1140 mg Meropenem-Trihydrat (entsprechend 1000 mg Meropenem) und 208 mg wasserfreies Natriumcarbonat. Anwendungsgebiete: Optinem ist indiziert zur Behandlung der folgenden Infektionen, verursacht durch einzelne oder mehrere empfindliche Bakterien, sowie als empirische Therapie vor der Identifizierung der Infektionserreger: Infektionen der unteren Atemwege, Harnwegsinfektionen, einschließlich komplizierter Infektionen, Intraabdominale Infektionen, Gynäkologische Infektionen, einschließlich Infektionen nach der Geburt, Infektionen der Haut und des Weichteilgewebes, Septikämie, Meningitis, Empirische Behandlung, einschließlich initialer Monotherapie bei Verdacht auf bakterielle Infektionen in immungeschwächten Patienten mit Neutropenie. Polymikrobielle Infektionen; aufgrund seines breiten bakteriziden Wirkungsspektrums gegen grampositive und gramnegative aerobe und anaerobe Keime bietet Meropenem bei polymikrobiellen Infektionen eine wirksame Behandlung. Intravenöses Meropenem war bei Patienten mit zystischer Fibrose und chronischen Infektionen der unteren Atemwege wirksam, sei es als Monotherapie oder in Kombination mit anderen antibakteriellen Mitteln. Die Abtötung des Erregers wurde nicht in allen Fällen nachgewiesen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen andere Carbapeneme, Penicilline, Cephalosporine oder sehr ähnliche Wirkstoffe (Parallellallergie möglich). Durch Methicillin-resistente Staphylokokken verursachte Infektionen. Kinder unter 3 Monaten. Vorsicht ist geboten bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko, bei Kindern mit Neutropenie, bei primärer oder sekundärer Immunschwäche, bei eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion, bei Arzneimitteln mit nephrotoxischem Potential. Pharmazeutischer Unternehmer: AstraZeneca Österreich GmbH, Schwarzenbergplatz 7, A-1037 Wien, Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht, NR, apothekenpflichtig. Informationen zu den Abschnitten „Nebenwirkungen“, „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“ und „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ sind der veröffentlichten Fachinformation (z.B. Austria Codex) zu entnehmen.

Piperacillin/Tazobactam Sandoz 4,0 g/0,5 g - Pulver zur Herstellung einer Injektions- oder Infusionslösung. Zusammensetzung: Eine Flasche enthält 4 g Piperacillin (als Natriumsalz) und 0,5 g Tazobactam (als Natriumsalz). Der Natriumgehalt pro Flasche beträgt 9,44 mmol (entsprechend 217 mg). Nach Auflösen mit 20 ml Lösungsmittel enthält die Lösung Piperacillin 200 mg/ml und Tazobactam 25 mg/ml. Pharmakotherapeutische Gruppe: Kombinationen von Penicillinen, inklusive Betalaktamase-Inhibitoren. Anwendungsgebiete: Piperacillin/ Tazobactam Sandoz ist zur Behandlung mittelschwerer bis schwerer systemischer und/oder lokaler bakterieller Infektionen angezeigt, die vermutlich oder nachweislich durch Betalaktamase produzierende Bakterien hervorgerufen werden, wie: Erwachsene/Jugendliche und ältere Patienten: Nosokomiale Pneumonien, komplizierte Harnwegsinfektionen (einschließlich Pyelonephritis), intraabdominale Infektionen, Haut- und Weichteilinfektionen, bakterielle Infektionen bei neutropenischen Erwachsenen. Kinder (2 bis 12 Jahre): Bakterielle Infektionen bei neutropenischen Kindern. Die offiziellen Richtlinien zur sachgerechten Anwendung von Antibiotika sind zu beachten. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Piperacillin oder andere Betalaktam-Antibiotika sowie gegen Tazobactam oder andere Betalaktamase-Inhibitoren. Inhaber der Zulassung: Sandoz GmbH, A-6250 Kundl, NR, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, zu Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu den Nebenwirkungen sowie betreffend die Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

ALLGEMEINE TAGUNGSINFORMATIONEN

Tagungsgebühren

| | Gesamte Tagung | Tageskarte |
|-------------------------------|----------------|------------|
| ÖGI-, ÖGHMP-, ÖGTP-Mitglieder | € 200,- | € 90,- |
| Nicht-Mitglieder | € 250,- | € 120,- |

Hinweis: Ihre Kongressanmeldung wird erst durch die Bezahlung der „Reservierungsgebühr“ von 100,- Euro gültig. Diese ist von den Kongressteilnehmern selbst auf das Konto der ÖGI einzuzahlen und kann nicht von Dritten übernommen werden.

Zahlungsmodalitäten

- Banküberweisung, spesenfrei für den Empfänger, auf das Konto der ÖGI, Bank Austria, BLZ: 12000 (BA-CA), Konto-Nummer: 762 986 800
- Bar vor Ort (es werden keine Kreditkarten akzeptiert)

Bestätigung der Bezahlung der Tagungsgebühr

Nach Erhalt Ihrer Anmeldung und Zahlung senden wir Ihnen eine Bestätigung per E-Mail zu.

Stornobedingungen für die Tagungsgebühr

- Stornierungen sind schriftlich an ÖGI c/o Medical Dialogue, Lederergasse 22/16, 1080 Wien, zu richten (office@medicdialogue.at).
- Die Durchführung von Refundierungen erfolgt nach dem Kongress:
 - bei Stornierungen bis zum 31. März 2010 werden 50% der einbezahlten Gebühr rückerstattet;
 - bei Stornierungen nach dem 31. März 2010 ist keine Refundierung möglich.

Abstract Nr. 1

Extracellular concentrations of the anti-MRSA and anti-ESBL drug fosfomycin in lung of septic patients

V. Matzi¹, J. Lindenmann¹, C. Porubsky¹, A. Maier¹, S. A. Kugler², P. Dittrich³, F. M. Smolle-Jüttner¹, C. Joukhadar^{4,2}; ¹Division of Thoracic and Hyperbaric Surgery, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²J&P MEDICAL RESEARCH LTD., Vienna, Austria, ³Institute of Pharmacology and Toxicology, Karl-Franzens University, Graz, Austria, ⁴Harvard Medical School, Boston 02215, United States.

Objective: Fosfomycin (FOM), a broad-spectrum antibiotic agent, is widely used in distinct EU-member states for the therapy of severe infections including those associated with methicillin-resistant or methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* (MRSA, MSSA) or extended-spectrum beta-lactamase (ESBL) producing bacteria. In light of increasing resistance rates of MSSA, MRSA and ESBL producing bacteria against traditional anti-staphylococcal and anti-ESBL antibiotics, we carried out the present investigation and explored FOM's ability to penetrate human lung tissue.

Patients and methods: Extracellular concentrations of FOM in lung tissue of eight patients scheduled to undergo elective lung surgery due to severe pulmonary infection were investigated. Plasma and healthy lung served as reference tissues.

Results: After a single intravenous dose of 4 g of FOM, the mean C_{max} , T_{max} , AUC_{0-4} and $AUC_{0-infinity}$ for healthy lung were 131.6 ± 110.6 mg/L, 1.1 ± 0.4 h, 242.4 ± 101.6 mg*h/L and 367.6 ± 111.9 mg*h/L, respectively. The corresponding values for infected lung were 107.5 ± 60.2 mg/L, 1.4 ± 0.5 h, 203.5 ± 118.4 mg*h/L and 315.1 ± 151.2 mg*h/L. FOM's half-lives ranged from 2.2 to 2.7 h between compartments. The magnitude of lung tissue penetration, as determined by the ratios of the $AUC_{0-infinity}$ for lung to the $AUC_{0-infinity}$ for plasma, was 0.63 ± 0.31 and 0.53 ± 0.31 for healthy and infected lung, respectively.

Conclusion: Based on pharmacokinetic-pharmacodynamic (PK-PD) calculations derived from lung tissue and plasma, we conclude that FOM may be considered an effective antibiotic for the treatment of severe lung infections caused by problematic pathogens like MSSA, MRSA and ESBL producing strains. However, clinically well tolerated doses of up to 8 g of FOM given 2-3 times a day may be necessary in some individuals to account for large inter-subject differences in tissue- and plasma pharmacokinetic profiles of FOM in patients suffering from severe infections and sepsis.

Abstract Nr. 2

From global to regional: Antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* in South-east Austria: analysis of 10 years

A. J. Grisold¹, M. Hoenig¹, G. Zarfl¹, G. Feierl¹, E. Leitner¹, L. Masoud¹, U. Wagner-Eibel¹, E. Marth¹; ¹Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Hygiene, Medical University, Graz, Austria, ²Division of Infectious Diseases, Dept. of Med., Medical University, Graz, Austria.

Background: *Streptococcus pneumoniae* is a leading cause of morbidity and mortality worldwide. It is the most common cause of (community-acquired) pneumonia, acute otitis media, bacterial meningitis, bacteraemia and bacterial sepsis. Reports of an increase in the prevalence of infections attributed to drug-resistant pneumococci appeared from a wide geographic area during the past ten years, suggesting that drug resistance is spreading rapidly. Therefore a retrospective analysis of resistance in *S. pneumoniae* in South-east Austria over a period of ten years was conducted.

Methods: From 1997 to 2006, a total of 1439 non-duplicated *S. pneumoniae* isolates was identified at the Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Medical University of Graz, Austria, and subsequently tested for antibiotic susceptibility.

Results: For penicillin resistance rates (MIC ≥ 2 mg/L) were found to be consistently low at 0.3 % (2.7% of *S. pneumoniae* isolates were non susceptible pneumococci (MIC 0.125 mg/L to 1.0 mg/L). But increase of resistance was remarkable for erythromycin (3.5 % in 1997; 12.2 % in 2006) and clindamycin (1.8 % in 1997; 5.4% in 2006). For tetracycline resistance increased from 4.5 % in 2000 to 8.8 % in 2006 and for trimethoprim/sulfamethoxazole from 7.1 % in 1998 to 9.5 % in 2006. No increase of resistance was found for chinolones, with an overall resistance rate of 0.3% over the study period.

Conclusions: Contrary to international published data resistance for penicillin remained at a constant low level over the study period. In accordance to global trends an increase of resistance to erythromycin, clindamycin, tetracycline and trimethoprim/sulfamethoxazole was found whereas resistance for chinolones persisted on a very low level. For appropriate antibiotic therapy resistance testing *S. pneumoniae* is essential, and careful monitoring of local and global antimicrobial susceptibility of *S. pneumoniae* must be continued.

Abstract Nr. 3

Zehn Jahre Resistenzberichterstattung am Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin der MUG

G. Feierl, A. Grisold, U. Wagner, E. Leitner, L. Ma-

soud, W. Buzina, E. Marth; Institute of Hygiene, Graz, Austria.

Hintergrund: Die Behandlung von Infektionskrankheiten ist in den letzten Jahren zunehmend schwieriger geworden, da resistente und multi-resistente Mikroorganismen zur Unwirksamkeit gängiger Antibiostatika geführt haben. Empfehlungen zur empirischen Therapie stützen sich meist auf internationale Daten, die aber nicht immer die lokale Situation widerspiegeln.

Methodik: Seit zehn Jahren wird am Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin ein jährlicher Resistenzbericht erstellt. Das Probenmaterial stammt sowohl aus dem niedergelassenen als auch dem klinischen Bereich. Die Analyse der Daten berücksichtigt verschiedene Krankheitsbilder (z.B. Infektionen des Respirationstraktes, des Gastrointestinaltraktes oder Wundinfektionen). Außerdem erfolgt eine Aufschlüsselung bei Problemkeimen, wie MRSA oder ESBL.

Ergebnisse: Als Besonderheiten in der lokalen Resistenzsituation zeigen sich folgende Entwicklungen:

- 1) Die Penicillinresistenz bei Pneumokokken ist gering und bleibt seit Jahren stabil.
- 2) Die Makrolidresistenz bei Pneumokokken ist auf nunmehr 15% gestiegen.
- 3) Bei *E. coli* gibt es zunehmende Resistenz gegen Amoxicillin, 3.-Generationscephalosporine und Chinolone.
- 4) Anstieg bei *E. coli* an ESBL-Bildnern besonders im niedergelassenen Bereich bei Harnwegsinfektionen.
- 5) Carbapeneme und Piperacillin/Tazobactam bleiben auf unseren Intensivstationen stabil wirksam.
- 6) Vancomycin resistente Enterokokken (VRE) sind Raritäten.
- 7) Die MRSA-Rate ist seit über zehn Jahren konstant und liegt unter 5%.
- 8) Vereinzelt Auftreten von ca-MRSA und la-MRSA.
- 9) Kein Anstieg von Non-albicans-Candida-Arten.
- 10) Zunahme der Fluconazol-Resistenz bei *Candida glabrata*.

Schlussfolgerungen: Das Wissen um die Resistenzsituation ist eine grundlegende Voraussetzung für eine optimale empirische Therapie der meisten bakteriell bedingten Infektionskrankheiten. Lokale Resistenzberichte stellen ein wertvolles Instrumentarium für die Erstellung regionaler Therapieempfehlungen dar und können frühzeitig auf entstehende Resistenzprobleme hinweisen.

Abstract Nr. 4

Monochloramine has higher microbicidal activity than chloramine T despite its lower oxidative activity

R. Arnitz, M. Nagl, W. Gottardi; Sektion für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, Innsbruck, Austria. Chloramine T (CAT) and monochloramine (NH₂Cl)

are active chlorine compounds and well-known antiseptics. CAT has stronger oxidative activity than NH₂Cl, while the latter one is a smaller molecule and more lipophilic. The question arose if lower oxidative activity can be compensated by higher lipophilicity regarding effectiveness. Therefore we subjected different bacteria and fungi to quantitative killing assays at 20°C and pH 7.1 in equimolar solutions of CAT or NH₂Cl. At a concentration of 0.036 mM, NH₂Cl reduced cfu of *Escherichia coli* (*Staphylococcus aureus*) by 3 log₁₀ within 1 min (5 min), while CAT needed 120 min (30 min) for the same effect. At 0.107 mM, by NH₂Cl a 3 log₁₀ reduction of *Pseudomonas aeruginosa* was achieved after 5 min compared to 20 min by CAT. NH₂Cl (0.355 mM) caused a 2 log₁₀ reduction of *Candida albicans* within 30 sec, while 60 min were necessary for the same reduction in cfu for 0.355 mM CAT. The difference between both antiseptics was even more pronounced in aspergilli. The results show a significantly stronger bactericidal and fungicidal activity of monochloramine compared to chloramine T despite its lower oxidative activity. This phenomenon can be attributed to its lipophilicity and smaller bulk and it should be taken into account upon application and development of chloramine antiseptics. Furthermore, it is in accordance with the good activity of the combination of N-chlorotaurine and ammonium chloride, which forms NH₂Cl in equilibrium.

Abstract Nr. 5

Exotoxin-profiling of Pantone-Valentine Leukocidin positive MSSA versus MRSA

H. Lagler¹, K. Krziwanek², I. Elbau¹, K. Stichl¹, R. Gattlinger², W. Graninger¹, S. Knapp^{3,1}; ¹Div. of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Dept. of Internal Medicine 1, Medical University of Vienna, Vienna, Austria, ²Dept. of Hygiene, Microbiology and Tropical Medicine, Elisabethinen Hospital, Linz, Austria, ³Center for Molecular Medicine of the Austrian Academy of Sciences, Vienna, Austria.

The pathogenicity of *S. aureus* depends on the synergistic interaction of bacterial virulence factors. Accordingly, the emergence of virulent strains is frequently associated with the acquisition of genes encoding diverse virulence factors. As such, the recent spread of CA-MRSA was found associated with the presence of Pantone Valentine (PVL) toxin. However, the exotoxin profile of PVL-positive MRSA versus MSSA is not known. Methods: We analyzed a collection of 79 clinical isolates of PVL-positive MRSA and MSSA for the presence of genes encoding 22 exotoxins, including enterotoxins (ET) (sea - see, seg - ser, set), toxic shock syndrome toxin (TSST)-1 (tst), exfoliative toxins (EF) (eta, etb) and hemolysins (HL) (hla) using PCR. Furthermore, MRSA genes (mecA,

SCCmec) and agr-locus were investigated by PCR. **Results:** In total we studied 61 MRSA and 18 MSSA strains. More than 90% of mecA positive MRSA harboured the SCCmec cassette IV (71%) and V (21%), indicating the high incidence of CA-MRSA in the investigated collection. While agr3 was present in most MRSA and MSSA altogether (52%), agr4 was surprisingly only found in MSSA (56% of MSSA). Overall, MRSA harboured significantly fewer toxin genes as compared to MSSA. This holds true for enterotoxins, among which the genes for seg - seo and seu (= enterotoxin gene cluster = egc) were the most prevalent ones (on average 30% of MRSA and 95% of MSSA tested positive for respective genes). Rather surprising, and in contrast to published studies from PVL-negative MRSA, we only discovered 12% of PVL-positive MRSA to express enterotoxin A (sea). **Conclusions:** This exotoxin-profiling study revealed that the majority of PVL-positive *S. aureus* are CA-MRSA. Furthermore, the absolute number of expressed exotoxin genes was higher in PVL-positive MSSA versus MRSA, while 'common' MRSA-associated toxins such as enterotoxin A, were found in relative low frequency in PVL-positive MRSA.

Abstract Nr. 6 Linezolid concentrations in osteomyelitic bone and infected soft tissue after repetitive doses in diabetic patients with bacterial foot infections

F. Traunmüller^{1,2}, M. V. Schintler², S. Spende², M. Popovic^{2,1}, O. Mauric¹, E. Schamag², C. Joukhadar^{4,1}; ¹J&P MEDICAL RESEARCH LTD., Vienna, Austria, ²Department of Surgery, Division of Plastic Surgery, Medical University of Graz, Graz, Austria, ³Department of Radiology, Division of Cardiovascular and Interventional Radiology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria, ⁴Harvard Medical School, Boston 02215, United States.

Objectives: Methicillin- and glycopeptide-resistant cocci are increasingly isolated from diabetic foot ulcers and associated osteomyelitic lesions. Due to its favorable antimicrobial spectrum, linezolid is presently considered as an alternative to the class of glycopeptides for the treatment of soft tissue and bone infections. However, available clinical studies on the penetration of linezolid into inflamed soft tissues and bone provide mixed data. Hence, the present study aimed at determining unbound concentrations of linezolid derived from inflamed bone tissue of diabetic patients suffering from severe bacterial foot infections.

Patients and methods: Linezolid was administered twice daily at a dosage of 600 mg as an infusion over approximately 30 min. At steady-state conditions, the well established microdialysis technique was utilized to serially sample interstitial space fluid from inflamed subcutaneous adipose

tissue and metatarsal bone from 0 to 8 hours post-dose. The individual plasma protein binding of linezolid was determined by ultrafiltration.

Results: The maximum unbound concentrations of linezolid achieved in plasma, healthy subcutis, inflamed subcutis and cancellous bone were 16.6 ± 3.0 , 15.5 ± 2.5 , 15.8 ± 2.8 and 15.1 ± 4.1 mg/L, respectively. Equilibrium between free tissue and plasma concentrations was achieved approximately 1 h post infusion. The degree of tissue penetration as expressed by the free tissue to plasma ratio of the AUC from 0 to 12 hours (fAUC0-12 tissue/fAUC0-12 plasma) was 1.32 ± 11 , 1.12 ± 0.22 and 1.07 ± 0.10 for healthy subcutis, inflamed subcutis and bone, respectively. The mean fAUC0-24/MIC ratios for MICs of up to 2 mg/L were > 100 in all compartments investigated.

Conclusion: Based on currently available pharmacokinetic-pharmacodynamic targets, we conclude that linezolid given twice daily at standard doses may be considered an effective treatment in diabetic patients suffering from bacterial foot infection complicated by osteomyelitis.

Abstract Nr. 7 Comparable unbound fluconazole levels in plasma, lung and soft tissues of healthy and septic rats

O. Mauric¹, S. Kugler¹, C. Thallinger², S. M. Joukhadar¹, C. Joukhadar^{1,3}, F. Traunmüller¹; ¹J&P Medical Research Ltd., Vienna, Austria, ²Department of Internal Medicine I, Medical University Vienna, Vienna, Austria, ³Harvard Medical School, Boston, United States.

Objective: We investigated the pharmacokinetic profile of fluconazole in the interstitium of healthy lung and skeletal muscle after a single intravenous dose of 6mg/kg. The secondary objective was to explore whether severe experimental inflammation exerts significant effects on the time-concentration course of fluconazole.

Methods: A total of 29 rats were included into this descriptive, controlled pharmacokinetic analysis. In 17 anesthetized healthy rats, thoracotomy, microdialysis probe insertion into lung and skeletal muscle tissue and other study related procedures were performed. In a total of 12 rats, *Escherichia coli* derived lipopolysaccharide (LPS) was injected at an intraperitoneal dose of 250µg and developed clinical symptoms of severe systemic inflammatory response within 4h.

Results: The pharmacokinetic profiles of fluconazole in lung and skeletal muscle tissue were descriptively almost identical to free time-versus-concentration profiles in plasma. No obvious difference in main pharmacokinetic parameters was detected between healthy rats and rats presenting with severe symptoms of systemic inflammatory response. Area under the concentration-vs.-

time curve from 0-6h (AUC0-6; mg*min/L) was 35.2 (n=17) for healthy free and infected plasma, 47.4 (n=8) for healthy lung tissue, 39.1 (n=12) for healthy muscle tissue, 52.9 (n=3) for inflamed lung tissue and 41.5 (n=11) for inflamed muscle tissue. Corresponding values for Cmax (mg/L) were 8.4 for healthy free plasma, 11.0 for healthy lung tissue, 8.8 for healthy muscle tissue, 9.2 for inflamed free plasma, 11.8 for inflamed lung and 9.4 for inflamed muscle tissue. Half-lives ranged between 12.3-22.4h for all compartments tested.

Conclusions: In summary, we demonstrated that free time-vs.-concentration profiles of fluconazole in plasma are almost identical to interstitial time-vs.-concentration profiles of the ventilated lung and skeletal muscle in healthy and inflamed conditions. Therefore the concentration of fluconazole in plasma may serve as an estimate for appraising the fluconazole concentration of the interstitial fluid in lung tissue and skeletal muscle.

Abstract Nr. 8 The Lambaréné-Organ-Dysfunction Score (LODS) is a simple clinical predictor for fatal malaria in African children

R. Helbok¹, E. Kendjo², S. Issifou², P. Lackner¹, C. R. Newton³, M. Kombila⁴, T. Agbenyega⁵, K. Bojang⁶, K. Dietz⁷, E. Schmutzhard⁸, P. G. Kremsner⁸; ¹Medizinische Universität Innsbruck, Abteilung für Neurologie, Neurologische Intensivstation, Innsbruck, Austria, ²Institute of Tropical Medicine, University of Tübingen, Tübingen, Germany, ³Centre for Geographical Medicine, Kenya Medical Research Institute Kilifi, Kilifi, Kenya, ⁴Department of Parasitology, Mycology and Tropical Medicine, Faculty of Medicine University of Health Sciences Libreville, Libreville, Gabon, ⁵University of Science and Technology, School of Medical Science, Kumasi, Ghana, ⁶Medical Research Council Laboratories, Banjul, Gambia, ⁷Department of Medical Biometry, University of Tübingen, Tübingen, Germany, ⁸Medical Research Unit, Albert Schweitzer Hospital, Lambaréné, Gabon.

Background. *Plasmodium falciparum* malaria accounts for more than a million deaths annually, mostly among young children in sub-Saharan Africa. Identifying those who are likely to die is crucial. Several factors have been independently associated with mortality. As malaria is a systemic disease, a quantitative score, combining such risk factors may be superior.

Methods. We used both, forward and backward stepwise logistic regression to select the best predictors for death evaluated on in 23,890 African children with severe *Plasmodium falciparum* malaria. The study was conducted from December 2000 to May 2005 in six hospital-based research units (Banjul in The Gambia, Blantyre in Malawi, Kilifi in Kenya, Kumasi in Ghana and Lambaréné and Libreville in Gabon) in a network established

to study severe malaria in African children (SMAC). **Results.** The Lambaréné-Organ-Dysfunction-Score (LODS) combines three variables: coma, prostration and deep breathing. A LODS > 0 (OR = 9.6; 95%CI 8.0-11.4) has a sensitivity of 85% to predict death and a LODS < 3 is highly specific for survival (98%). **Conclusions.** The LODS is a simple clinical predictor for fatal malaria in African children. This score provides an accurate and rapid identification of children needing either referral or increased attention.

**Abstract Nr. 9
Iron metabolic changes and immune activation in patients with HIV 1 infection before and after antiretroviral therapy**
K. Kurz¹, M. Seifert¹, M. Sarclett², D. Fuchs³, R. Zangerle², G. Weiss¹; ¹Department of Internal Medicine I, 6020 Innsbruck, Austria, ²Department of Dermatology and Venerology, 6020 Innsbruck, Austria, ³Department of Biological Chemistry, 6020 Innsbruck, Austria.

Introduction. Anaemia is frequently encountered in patients suffering from HIV infection, several studies have shown that anaemia is a major prognostic marker in HIV infection. Cytokine-mediated suppression of haematopoiesis and disturbed iron metabolism appear to play a key role in the development of HIV-related anaemia.

Objective. In this study we examined markers of immune activation and iron metabolism in patients with HIV infection undergoing antiretroviral therapy (ART).

Patients and Methods. 105 patients with HIV-infection were recruited from the department of Dermatology and Venerology (Innsbruck). 25 patients received B-vitamins before ART, 30 patients were B-vitamin supplemented during ART, while 40 did not take vitamins. Neopterin, iron, transferrin, ferritin and GDF-15 were measured by ELISA, tryptophan and kynurenine were determined by HPLC. Viral load was quantified by real time PCR.

Results. Thirty-two HIV-infected patients suffered from anaemia before ART (25 with anaemia of chronic disease), 12 patients were anaemic after ART. Significant correlations existed between markers of immune activation (neopterin, tryptophan degradation) and parameters of iron metabolism (ferritin, GDF-15) before ART. ART was very effective to decrease viral load, slow down immune activation and modulate iron metabolism: Neopterin, kynurenine and ferritin concentrations decreased significantly, while tryptophan and GDF-15 concentrations raised. Differences were encountered between patients who received vitamin supplementation and those who did not: Only patients, who received vitamin supplementation during ART, showed a significant increase of haemoglobin levels. **Conclusions.** Disturbed iron metabolism coinci-

des with immune activation in patients with HIV-infection. B vitamin supplementation during ART is beneficial for patients with anaemia.

Abstract Nr. 10

Candida Species in the Lower Respiratory Tract of Healthy Individuals

H. J. Salzer¹, R. B. Raggam², I. Zollner-Schwetz¹, T. Valentin¹, M. Hoenigl¹, R. Krause¹; ¹Section of Infectious Diseases, Division of Pulmonology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Clinical Institute of Medical and Chemical Laboratory Diagnostics, University Hospital of Graz, Austria, Graz, Austria.

Background: *Candida* species (spp.) are frequently isolated from lower respiratory tract secretions in patients with pulmonary infiltrates, whereas in healthy individuals the prevalence is unknown and the pathogenetic relevance is difficult to assess.

Methods: 71 healthy individuals without clinical, laboratory or radiological evidence of respiratory tract infections or any other lung diseases undergoing general anaesthesia due to elective surgery were enrolled. The presence of *Candida* spp. in the lower respiratory tract was investigated in endotracheal aspirate (EA) samples cultivated on *Candida* CHROMagar and were further cultivated on selective agars for bacterial growth. *Candida* colonies were differentiated as *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. tropicalis* or others according to the color of colonies and by Bio Merieux API Aux test. In addition, oral swabs were obtained and cultured on *Candida* CHROMagar.

Results: A total of 88 microorganisms were isolated from 41 of the 71 EA samples containing 1 yeast (*C. krusei*) 62 Gram-positive and 25 Gram-negative bacterial species including the indigenous oral flora. In 30 EA samples neither a bacterial nor a mycological growth was observed. A total of 24 *Candida* spp. were isolated from 21 of the 71 oral swabs containing 18 *C. albicans*, 2 *C. glabrata* and 1 *C. krusei* isolates. *C. krusei* isolated from the EA sample was also present in the oral cavity of the same individual.

Conclusions: The colonization of the lower respiratory tract with *Candida* spp. in healthy individuals seems to be uncommon, despite a relative frequent *Candida* spp. colonization of the oral cavity.

Abstract Nr. 11

Aspects of needlestick injuries among medical students: Reported or not?

H. J. Salzer¹, F. Stigler², H. Langmann³, M. Sprenger⁴, M. Hoenigl¹, T. Valentin¹, I. Zollner-Schwetz¹, R. Krause¹; ¹Section of Infectious Diseases, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²International Federation of Medical Students' Associations, Ferny-Voltaire, France, ³Institute of Health Promotion and

Prevention GmbH, Graz, Austria, ⁴Postgraduate Public Health Programm, Graz, Austria.

Background: Medical students (MS) are at high risk for needlestick injuries (NSI) and hence of transmission of blood borne pathogens. Reporting of NSI's is essential for initiating post-exposure prophylaxis and therapy.

Methods: A questionnaire was distributed to 81 MS during an international students meeting on public health. The questionnaire consisted of 21 questions covering topics including the frequency and reporting of NSI's as well as policy and post-exposure experiences. The study served as a pretest for an international multicentre study on NSI among MS.

Results: A total of 32 MS completed the questionnaire giving a response rate of 40 %. Twenty-five per cent (8/32) reported that they had at least one NSI during their studies, whereas 50% (4/8) did not report the most recent NSI. The main reasons for underreporting were due to an injury with a clean needle, little or no perception of risk as well as shame of having a NSI. Sixty-nine per cent (22/32) reported that their facility has a clear policy concerning NSI's, whereas 13% were unaware of that. Another 16% reported that their facility has no clear policy concerning NSI's. More than a third (8/22) were not familiar with this policy. Those who acquired an accidental NSI were comfortable with the post-exposure medical attendance by their facility.

Conclusions: The experience of NSI's and underreporting seems to be frequent among MS. Therefore improved education and reporting strategies are needed to encourage the awareness of MS for an effective prevention of NSI's.

Abstract Nr. 12

Molecular detection and characterization of fungal heat shock protein 60

H. J. Salzer¹, R. B. Raggam², E. Marth³, B. Heiling³, A. H. Paulitsch³, W. Buzina³, T. Valentin¹, M. Hoenigl¹, I. Zollner-Schwetz¹, R. Krause¹; ¹Section of Infectious Diseases, Division of Pulmonology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Clinical Institute of Medical and Chemical Laboratory Diagnostics, University Hospital of Graz, Graz, Austria, ³Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria.

Background: Heat shock proteins (Hsp) are highly conserved molecules which are both constitutively expressed and up-regulated in response to various stress conditions. In particular fungal Hsp60 can act as immunodominant antigens and facilitate powerful immunological properties. However, detection and temperature dependent characterization of fungal Hsp60 has not been fully elucidated.

Methods: A possible cellular heat shock response was investigated in eight fungi of medical interest (*Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus terreus*, *Penicillium chrysogenum*, *Cladosporium cladosporioides*, *Scedosporium apiospermum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Candida albicans* and *Saccharomyces cerevisiae*). Fully automated RNA extraction was followed by quantitative real-time RT-PCR targeting fungus-specific Hsp60 mRNA and sequencing of the amplicon. Levels of temperature dependent gene expression were evaluated and rates of similarity and identity were compared.

Results: While Hsp60 mRNA was constitutively expressed in all samples tested, a temperature dependent induction was not shown in *C. cladosporioides*. In a fragment from the hypothetical protein of 80 amino acids 66% were identical, 20% showed a conserved and 8% a semi-conserved substitution. Using the amino acid sequences it was even possible to create a rough phylogenetic tree, whereas the three species of the Eurotiales *A. fumigatus*, *A. terreus* and *P. chrysogenum* clustered as well as the two Dothideomycetes *A. alternata* and *C. cladosporioides* and the Saccharomycetales *C. albicans* and *S. cerevisiae*.

Conclusion: Our findings should contribute to a better understanding of host-pathogen relationship and may suggest that the induction of fungal Hsp60 under temperature related stress conditions have the potential to act as immunogenic triggers in orchestrating fungi-related diseases.

Abstract Nr. 13

Antimicrobial Stewardship to enhance fluoroquinolone sequential therapy

T. Valentin¹, I. Zollner-Schwetz¹, M. Hoenigl¹, H. J. Salzer¹, R. Krause¹; Section of Infectious Diseases, Division of Pulmonology, Department of Internal Medicine, Medical University Graz, Graz, Austria.

Introduction: The importance of antimicrobial stewardship is increasingly recognised. The adequate sequential therapy of antimicrobial substances with high bioavailability after oral intake, like fluoroquinolones is an important quality indicator for stewardship programs.

Methods: To observe the effect of direct intervention by infectious disease specialists on prescribing practice concerning fluoroquinolone sequential therapy data was collected prospectively on two wards at the department of internal medicine. Over the first four months, data were collected without intervention (observation period). After that, a lecture was given to the ward team underlining the benefits of sequential therapy. Over the following four months the wards were visited twice to three times a week and patients receiving fluoroquinolones were evaluated concerning the optimal timing for switching from intravenous to oral formulation. The cases were

discussed with the attending physician and written recommendations were given.

Results: One-hundred ninety-five patients received fluoroquinolones during the observation period, 212 during the intervention phase. The number of intravenous fluoroquinolone doses was significantly reduced from 915 to 554 during the intervention period whereas oral doses were increased from 985 to 1264. The mean duration of hospital stay was 12.25 days in the observation phase and 10.89 days in the intervention phase (p=0.09). Avoidable IV-doses (according to published guidelines) were reduced from 490 to 140 (-71%). Intravenous doses per patient were also significantly reduced. There was no difference in adverse events or re-admissions within 30 days.

Discussion: Direct intervention by infectious disease specialists on the ward has led to a significant improvement of prescribing practices, reduced avoidable intravenous fluoroquinolones and has shown a tendency of earlier discharge of patients.

Abstract Nr. 14

Rifaximin intake leads to development of rifampicin-resistant staphylococci in healthy volunteers

T. Valentin¹, E. Leitner², A. Rohn³, I. Zollner-Schwetz¹, M. Hoenigl¹, H. J. Salzer¹, R. Krause¹; ¹Section of Infectious Diseases, Division of Pulmonology, Department of Internal Medicine, Medical University Graz, Graz, Austria, ²Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ³Division of Haematology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria.

Background: Rifaximin is a virtually non-absorbable antimicrobial and closely related to rifampicin, which is used in combination therapy for staphylococcal foreign body infections. Monotherapy with rifampicin leads to rapid development of resistance in staphylococci. Levels of rifaximin excreted with the stool may be well below the MIC or MPC (mutant prevention concentration) of human skin staphylococci. Thus, staphylococci resistant to rifaximin and rifampicin may emerge. The aim of our study was to determine whether rifaximin intake leads to development of rifampicin resistant staphylococci in healthy volunteers.

Methods: Eleven volunteers completed the study. Swabs from the hands, lower arms and perianal skin were obtained on days 0, 2, 8, 14, 21, 35 and 70. From day 1 to 7 the volunteers took rifaximin 400mg q12h. Staphylococci from the swabs were tested for their rifampicin MIC.

Results: Seven hundred and thirty-nine staphylococcal isolates were obtained during the study. No rifampicin-resistant isolates were found on days 0, 2 and 8. Eleven isolates with rifampicin

MIC > 32mg/L were found in seven out of eleven volunteers from day 14 to 70. All rifampicin-resistant isolates were also resistant to rifaximin. Until day 35, resistant isolates were mainly from perianal swabs, on day 70, three out of four isolates came from the upper extremities.

Discussion: Our findings indicate that rifampicin-resistant staphylococci emerge after intake of rifaximin. We conclude that rifaximin should be used with caution in patients at risk for foreign body infections (e.g. patients with long term central venous catheters, cardiac pacemakers, prosthetic heart valves or prosthetic joints).

Abstract Nr. 15

Nramp1 induces Lipocalin-2 production leading to enhanced killing of *S. typhimurium*

G. Fritsche, M. Nairz, G. Weiss; *Innere Medizin I, Klinische Infektiologie und Immunologie, Innsbruck, Austria.*

In mice, the expression of the phagolysosomal protein Nramp1 (natural resistance associated macrophage protein 1, Slc11a1) confers host resistance to several intracellular pathogens, such as *Salmonellae*, *Mycobacteria* and *Leishmania*. Nramp1 is expressed in phagocytic cells and acts as a transporter for protons, iron and other divalent cations. The expression of Nramp1 is associated with enhanced activity of pro-inflammatory pathways (such as the formation of nitric oxide) as well as down-regulation of the anti-inflammatory cytokine interleukin-10. Lipocalin-2 (Lcn2) is a small antimicrobial peptide, which exerts bacteriostatic effects by depriving bacteria of the essential nutrient iron. Lcn-2 binds and contains iron laden bacterial siderophores, the most important iron source for these microorganisms. Using RAW264.7 murine macrophages stably transfected with functional (RAW-37) or non-functional (RAW-21) Nramp1, we investigated the influence of Nramp1 expression on Lcn2 production. We found that Nramp1 function leads to up-regulation of both, mRNA and protein levels, of Lcn2 upon stimulation of macrophages with IFN-gamma and LPS. Upon infection of macrophages with *S. typhimurium* addition of a neutralising anti-Lcn2-antibody abolished the ability of Nramp1-expressing cells to control bacterial growth. Furthermore, Lcn2 (Nramp1 expression) did not affect the growth of intramacrophage *Salmonellae* car-

rying a mutation of the siderophore enterobactin. Taken together, Nramp1 exerts a novel anti-microbial function via induction of lipocalin-2 production and deprivation of the essential nutrient iron for intracellular pathogens.

Abstract Nr. 16

Bactericidal Effects of Fosfomycin Against Daptomycin Resistant Strains of *Staphylococcus aureus*

C. Joukhadar¹, S. Pilla², S. Kugler³, C. Weners-ten², R. Moellering Jr.², G. Eliopoulos²; ¹Harvard Medical School/J&P MEDICAL RESEARCH LTD., Boston 02215, United States, ²Harvard Medical School / BIDMC, Boston 02215, United States, ³J&P MEDICAL RESEARCH LTD., Vienna, Austria.

Background: Fosfomycin (FOM) and daptomycin (DAP) are two bactericidal antimicrobial agents, which inhibit different steps in the peptidoglycan synthesis and are frequently used in the therapy of serious *Staph. aureus* infections. However, recent literature references evidence of increasing rates of *Staph. aureus* resistance against DAP in the US and elsewhere. This development has been linked to the extensive or prolonged administration of vancomycin or other glycopeptide antibiotics to patients with deep-seated infections, to the critically ill or prosthetic implant recipients.

Methods: In the present in vitro time-kill experiments, we used three clinical pairs of DAP-susceptible/resistant, methicillin-resistant *Staph. aureus* strains (A6298/A6300, A8819/A8819b, A6224/A6226) and investigated FOM's antimicrobial activity against these pairs of bacteria. Minimum inhibitory concentrations (MICs) were determined before and after completion of the experiments. FOM was used as mono-therapy and in combination with DAP at therapeutic concentrations varying between 10 - 100 µg/ml for FOS, and 1 - 10 µg/mL for unbound DAP. Broth media was supplemented with either 50 mg/L of calcium or 25 mg/L of glucose-6-phosphate.

Results: After an incubation period of 24 hrs FOM was able to reduce bacterial count of DAP-susceptible and DAP-resistant *Staph aureus* pairs by more than 3-log compared to the starting inoculum of approximately 5x10⁷ CFU/mL. DAP's MICs of *Staph. aureus* pairs were ≤0.5 µg/mL for the progenitor strain and ≥4 µg/mL for the DAP-resistant isolate. FOM was highly active against DAP-resistant *Staph. aureus* strains. In the present

setting, the combination of DAP plus FOM did not further improve overall antimicrobial activity, suggesting that a synergistic or additive effect may not be detected for DAP-resistant *Staph. aureus* strains, if FOM and DAP are used in combination. **Conclusion:** At therapeutic concentrations, FOM killed DAP-resistant *Staph. aureus* strains highly effectively. FOM could therefore be considered a therapeutic option in treating these types of infections.

Abstract Nr. 17

Ocular characteristics in Nephropathia epidemica in Austria

G. Theiler¹, B. Langner-Wagscheider², H. Lechner², I. Zollner-Schwetz¹, R. Krause¹; ¹Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Department of Ophthalmology, Medical University of Graz, Graz, Austria.

Background: Nephropathia epidemica (NE) is a mild form of hemorrhagic fever with renal syndrome caused by Puumala virus which is carried by the bank vole. Apart from renal involvement ocular manifestations such as transient myopia are reported. There is no epidemiological data concerning Nephropathia epidemica and ocular manifestations in Austria so far.

Methods: From April 2003 - March 2009 18 patients treated for Nephropathia epidemica in the university hospital of Graz, Austria underwent ophthalmic examination. Data were analyzed retrospectively regarding myopic shift and conjunctival changes.

Results: In 9 patients (50 %) myopic shift was diagnosed. The average myopic shift was -2,75 diopters (measured in 5 patients) in the right eye and -2,54 diopters (measured in 6 patients) in the left eye. Furthermore, 4 patients without detected myopic shift had blurred vision before ophthalmic examination. 4 of 17 patients (23,5 %) had conjunctival injection, one patient had conjunctival hemorrhages. All patients recovered from the disease, myopia regressed in all cases.

Conclusion: The results show that ocular involvement is not uncommon in Nephropathia epidemica in Austria. Myopic shift and/or conjunctival involvement can be an important hint leading to the diagnosis of Puumala virus infection.

Abstract Nr. 18

Soft tissue and bone penetration abilities of daptomycin in diabetic patients with bacterial foot infections

F. Traunmüller^{1,2}, M. V. Schintler², J. Metzler², S. Spende², O. Mauric¹, M. Popovic^{1,3}, E. Scharnagl², **C. Joukhadar**^{4,1}; ¹J&P Medical Research Ltd., Vienna, Austria, ²Department of Plastic Surgery, Medical University of Graz, Graz, Austria, ³Department of Cardiovascular and Interventional Radiology, Me-

dicinal University of Vienna, Vienna, Austria, ⁴Harvard Medical School, Boston 02215, United States.

Objectives: In the attempt to overcome increasing glycopeptide- and methicillin-resistant soft tissue infections, daptomycin is presently considered as an attractive alternative to the class of glycopeptides. However, daptomycin dosing and its ability to penetrate into inflamed target tissues are still a matter of controversy. Thus, in the present investigation we set out to evaluate daptomycin's ability to penetrate into inflamed subcutaneous adipose tissue and bone in diabetic patients presenting with severe bacterial foot infection.

Patients and methods: The microdialysis technique was utilized to collect interstitial space fluid from inflamed subcutaneous adipose tissue and metatarsal bone. Plasma and unaffected subcutaneous adipose tissue served as reference compartments. Serial sampling of specimens at steady-state was performed from 0 to 8 hours post-dose in five patients (group A) and from 8 to 16 hours after study drug administration in another group of four patients (group B). In all subjects, daptomycin was administered intravenously once daily at a dosage of 6 mg/kg bodyweight for three consecutive days at minimum.

Results: Equilibrium between free tissue and plasma concentrations was achieved approximately 2 h post infusion. At steady-state conditions, the degree of tissue penetration was assessed by the calculation of the ratio of free (f) AUC of daptomycin in plasma to the fAUC in tissues. The mean ratios of the fAUC_{tissue 0-16} to the fAUC_{plasma 0-16} were 1.44, 0.98 and 1.08 for healthy tissue, inflamed subcutaneous adipose tissue and bone, respectively. The corresponding ratios of the fAUCs from 0 to 24 h were 1.54, 1.06 and 1.17, respectively.

Conclusions: With the reservations that PK-PD targets for daptomycin in tissues are currently not established we conclude that daptomycin given at intravenous doses of 6 mg/kg body weight once daily may be considered an effective treatment regimen in diabetic patients suffering from bacterial foot infection and osteomyelitis.

Abstract Nr. 19

Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin (NGAL) promotes Granulocytes Emigration

A. Schroll¹, K. Eller², C. Feistritzer¹, P. Moser³, T. Sonnweber¹, M. Nairz¹, S. M. Mair¹, A. Rosenkranz², I. Theurl¹, G. Weiss¹; ¹Department of Internal Medicine I, Innsbruck, Austria, ²Department of Internal Medicine IV, Innsbruck, Austria, ³Department Pathology, Innsbruck, Austria.

Background: Neutrophil gelatinase-associated lipocalin (NGAL, 24p3 or lipocalin-2, Lcn2) is a 21 kDa protein of the lipocalin superfamily. NGAL has been shown to affect cellular iron homeostasis

| Tabelle 2 (zu Abstract Nr. 14) | d0 | d2 | d8 | d14 | d21 | d35 | d70 | Summe |
|-------------------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| staphylococcal isolates | 110 | 85 | 108 | 95 | 107 | 118 | 116 | 739 |
| rifampicin resistant isolates | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 1 | 4 | 11 |
| perianal skin | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 6 |
| hand or lower arms | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 5 |
| volunteers with resistant isolates* | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 4 | |

* two volunteers had rifampicin resistant isolates on several occasions

transport, cellular apoptosis, and the course of infections with gram negative bacteria via binding of bacterial siderophores. Since lipocalin is produced and released in large quantities by granulocytes, we questioned whether this peptide may affect the immunological function of these cells.

Methods: Human or murine neutrophil granulocytes were purified and attracted *in vitro* with varying concentrations of hIL-8, mL-8 (KC), mLcn2, hLcn2 and/or an anti-mLcn2-Ab. Neutrophil migration assays were performed using a modified 48-well Boyden microchemotaxis chamber. To investigate the adhesion of neutrophils we coated 12-well plates with mouse serum and allowed cells to adhere for 40min. To study neutrophil function upon microbial challenge a single intradermale injection of *Salmonella typhimurium* (300 CFU) was given to wild-type and Lcn2^{-/-} C57BL6 mice. After 24h, the skin at each injection site was excised and fixed in formalin for histological analysis.

Results: We found that the migration of human and murine granulocytes was significantly increased upon the addition of Lcn2, which was not linked to increased formation of IL-8/KC. Mechanistically, this could be traced back to Lcn2 mediated changes of ERK1/2 signalling in these cells. Accordingly, we found significantly reduced neutrophil migration into intradermale bacterial lesions of Lcn2^{-/-} as compared to their wild type littermates. In addition to a reduced chemotactic activity, neutrophils from Lcn2^{-/-} mice also presented with an impaired adherence to surfaces. **Conclusion:** We herein describe a novel role of Lcn2 as an important paracrine chemo-attractant and an indispensable factor for neutrophil function in bacterial infections.

Abstract Nr. 20

Role of Hfe in the regulation of iron homeostasis and immune response in Salmonella infection

M. Nairz, A. Schroll, T. Sonnweber, M. Theurl, S. Mair, A. Mitterstiller, S. Berger, M. Seifert, I. Theurl, G. Weiss; *Clinical Immunology and Infectious Diseases, Innsbruck, Austria.*

Mutations in HFE cause classical hemochromatosis, a hereditary metabolic disorder characterized by parenchymal iron deposition and macrophage iron depletion. The role of HFE in the regulation of iron homeostasis under inflammatory conditions and in the control of infectious agents however, is incompletely understood. Using *Hfe*^{+/+} and congenic *Hfe*^{-/-} mice in a model of *Salmonella enterica* serovar Typhimurium infection, we found animals of either genotype to appropriately induce interleukin-6 and hepcidin following systemic infection resulting in adequate hyposideremia and hyperferritinemia characteristic of the acute-phase response. Of note, *Hfe*^{-/-}

mice displayed reduced spleen and macrophage iron content paralleled by increased production of the siderophore-binding antimicrobial peptide lipocalin (Lcn-2). The increased levels of Lcn-2 detected in *Hfe*^{-/-} mice and macrophages, respectively, were attributable to increased hypoxia inducible factor (HIF)-1 α and nuclear factor (NF) κ B p65 activation and resulted in improved control of WT but not siderophore-deficient *Salmonella* replication. This effect which was abrogated upon inhibition of HIF-1 α and p65, upon ablation/neutralization of Lcn-2 or supplementation of iron to infected macrophages. Moreover, synthetic hepcidin impaired while recombinant Lcn-2 promoted bacterial elimination within macrophages. Our data suggest that *Hfe*^{-/-} mice show appropriate adaptation of iron homeostasis to invasive *Salmonella* infection and produce higher amounts of the iron-capturing peptide Lcn-2 via a HIF- and p65-dependent mechanism. This may result from reduced iron levels within *Hfe*^{-/-} macrophages and appears to harbor an immunological advantage towards infections with *Salmonella*.

Abstract Nr. 21

Staphylococcus aureus lipoproteins affect immune response and body iron homeostasis

T. Sonnweber¹, M. Schmalzer², I. Theurl¹, A. Schroll¹, M. Nairz¹, M. Seifert¹, S. Mair¹, A. Mitterstiller¹, R. Landmann², G. Weiss¹; ¹Medical University Innsbruck, Internal Medicine I, Clinical Immunology and Infectious Diseases, Innsbruck, Austria, ²University Hospital Basel, Division Infection Biology, Basel, Switzerland.

Background: Toll-like receptor 2 (TLR2) is a receptor for lipoproteins (lpp) and signals by the adaptor MyD88. Interactions of TLRs with lpps are known to be crucial for eliciting an adequate host response against bacterial infections. As the impact of lpp on TLR2-MyD88 activation for *Staphylococcus aureus* in systemic infection is unknown, we studied the effects of lpp maturation in two *S. aureus* strains (SA113 and Newman) deficient in the enzyme prolipoprotein diacylglycerol transferase (Δ lgt). **Methods:** C57BL/6 mice were injected either 1×10^6 to 1×10^8 cfu of *S. aureus* 113/Newman wt or *S. aureus* Δ lgt (dissolved in 200 μ L of 0.9% NaCl) or 0.9% NaCl into the lateral tail vein. The animals were sacrificed after 24 hours or 7 days after initiation of the infection. We extracted RNA and protein from spleen and liver and studied the expression of critical genes in iron homeostasis and innate immunity by means of QRT-PCR and Western blots. Iron content of organs was quantified by a colorimetric assay. **Results:** The injection of *Staphylococcus aureus* resulted in a severe sepsis with a stimulation of

pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokine formation. Δ lgt Staphylococcal infection resulted in impaired immune response along with a modulation in the expression of iron homeostasis genes in the liver and most pronounced in the spleen which was most evident when investigating the expression of the iron export protein ferroportin and divalent metal transporter-1. We further observed significant differences of iron content in organs between SA113/Newman wt infected mice and animals exposed to SA113/Newman Δ lgt. **Conclusions:** These results indicate that lpp induction of inflammatory cytokines has an impact on iron transport mechanisms. Changes in iron metabolism are known to influence host immune effector functions as well as bacterial growth rates and survival and may therefore contribute to the disease severity in *S. aureus* sepsis.

Abstract Nr. 22

Antibodies to myelin oligodendrocyte glycoprotein in HIV-1 encephalopathy

P. Lackner¹, B. Kuenz¹, M. Reindl¹, M. M. Morandell¹, T. Berger¹, E. Schmutzhard¹, C. Eggers²; ¹Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria, ²Krankenhaus Barmherzige Brüder, Linz, Austria.

Background: Apart from the virus itself neuroinflammation and demyelination have been suggested as mechanisms causing HIV-1 associated encephalopathy (HIVE). This cross-sectional cohort study explores the potential role of autoimmunity in HIVE pathogenesis, by measuring antibodies to myelin oligodendrocyte glycoprotein (MOG), a putative autoantigen in multiple sclerosis. **Methods:** IgG antibodies against MOG were measured by an ELISA with a validated cut off value in the serum and cerebrospinal fluid (CSF) of 14 patients with HIVE, 25 HIV infected patients with cerebral opportunistic infections (HIVOI), five patients with primary HIV infection (HIVM), 21 HIV-infected asymptomatic patients (HIVasy), 18 HIV-negative patients with bacterial or viral CNS infections and 22 HIV-negative patients with other neurological diseases. **Results:** In serum, HIVE patients showed significantly higher MOG antibodies than OND patients. 50.0% of the HIVE patients were immunopositive for MOG IgG compared to 40.0% (HIVOI), 20.0% (HIVM), 4.8% (HIVasy) 33.3% (OIND) and 4.5% (OND). In the CSF, significantly higher antibody titers were observed in HIVE and HIVOI patients compared to HIVasy and OND patients and in OIND compared to OND patients. HIVE patients who were immunopositive for MOG performed significantly worse on the HIV dementia scale and showed higher HIV viral load in CSF. In longitudinally studied HIVE patients, sustained antibody response was noted despite successful clearance of viral RNA. **Conclusions:** Serum and CSF anti-MOG antibodies

are elevated in a high percentage of HIVE patients. Persistence of antibodies despite viral clearance under HAART suggests ongoing neuroinflammation, possibly preventing recovery from HIVE.

Abstract Nr. 23

Pharmakokinetik von kolloidalem Amphotericin B bei kritisch Kranken mit cholestatischem Leberversagen

S. Weiler, E. Überlacher, R. Bellmann-Weiler, M. Joannidis, R. Bellmann; *Universitätsklinik für Innere Medizin I, Innsbruck, Austria.*

Über den Einfluss der Leberfunktion auf die Pharmakokinetik von Amphotericin-B-Präparaten ist wenig bekannt. Daher wurde die Pharmakokinetik von kolloidalem Amphotericin B (ABCD) bei kritisch-kranken Patienten mit cholestatischem Leberversagen untersucht und mit der kritisch Kranker ohne Leberfunktionsstörung verglichen. Amphotericin-B-Konzentrations-Zeit-Profile wurde nach der ersten Dosis und unter Steady-State-Bedingungen erstellt. Der Lipid-gebundene und der freigesetzte Anteil von Amphotericin B wurden mittels SPE-Festphasenextraktion getrennt und anschließend mit Hochleistungsflüssigkeitschromatographie (HPLC) quantitativ bestimmt. 16 Patienten wurden untersucht: nach der ersten Verabreichung neun mit Leberversagen und vier mit normaler Leberfunktion, unter Gleichgewichtsbedingungen vier mit Leberversagen und zwei mit normaler Leberfunktion. Nach einer einmaligen Standarddosis war das Verteilungsvolumen bei cholestatischem Leberversagen signifikant kleiner (um 53% für freigesetztes Amphotericin B, um 73% für Gesamt-Amphotericin B). Die Spitzenkonzentrationen lagen höher (nicht signifikant). Unter Steady-State-Bedingungen waren keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nachweisbar. Die Clearance von Lipid-gebundenem Amphotericin B war bei Leberversagen vermindert (nicht signifikant), die von freigesetztem Amphotericin B war in beiden Gruppen ähnlich. Ein cholestatisches Leberversagen beeinflusst vorwiegend das Verteilungsvolumen von ABCD unter Single-Dose-Bedingungen, wobei erhöhte Konzentrationen erzielt werden. Unter Steady-State-Bedingungen werden Unterschiede vor allem für die Lipid-formulierte Amphotericin-Fraktion festgestellt, wobei in der Untersuchungsgruppe die Clearance verlangsamt war und die C_{max} und die AUC höher waren. Die pharmakokinetischen Unterschiede waren nach wiederholter Verabreichung klinisch nicht relevant. Aus den vorliegenden pharmakokinetischen Daten erscheint daher eine Dosisanpassung für diese Patientenpopulation nicht notwendig zu sein.

Eingereichte Fälle, die für die Posterausstellung ausgewählt wurden

Fall Nr. 1 Amoebic liver abscess in two Austrian travellers

M. Hoenigl¹, T. Valentin¹, H. Salzer¹, I. Zollner-Schwetz¹, R. Raggam², H. Flick³, S. Scheidel³, R. Wurm³, A. Grisold⁴, R. Krause¹; ¹Div. of Infectious Diseases, Graz, Austria, ²Div. of Laboratory Medicine, Med. Univ. Graz, Graz, Austria, ³Div. of Pulmonology, Med. Univ. Graz, Graz, Austria, ⁴Inst. of Hygiene, Microbiol. and Environmental Med., Med. Univ. of Graz, Graz, Austria.

Although *Entamoeba histolytica* is one of the most common parasitic infections worldwide, invasive disease remains uncommon in industrialized countries. The most frequent manifestations of invasive amoebiasis are colitis and liver abscesses. Metronidazole is the standard of care for uncomplicated amoebic liver abscesses (complicated liver abscesses are localized in left lobe, multiple, and/or pyogenic abscesses). However, a subset of patients with uncomplicated amoebic liver abscesses remains symptomatic, with a significant risk of rupture of the abscess. We report two cases of amoebic liver abscesses in Austrian travellers. Two male patients aged 67 and 43 presented with fever, chills, and fatigue. Patient 2 also had upper abdominal pain and relative eosinophilia (8%). Four months prior to admission both patients travelled together to Goa, India, for 4 weeks. Computed tomography showed uncomplicated liver abscess formations of 6.7x6.3cm in patient 1 and 8.8x7.4cm in patient 2, respectively.

Serology for *E. histolytica* was positive in both patients. Therapy with metronidazol 500mg q6h was initiated. Computed tomography showed an increase in size of liver abscess formations in both patients after 14 and 11 days of metronidazol therapy, respectively. Patient 1 developed pleural effusion and patient 2 additional liver abscess formations.

Therefore CT-guided percutaneous therapeutic aspiration of liver abscess formations was performed in both patients without complications. In patient 1 direct microscopy of aspirate revealed *E. histolytica*, while in patient 2 direct microscopy was unremarkable. Real time PCR of abscess drainage was positive for *E. histolytica* in both patients. After completion of metronidazol, paromomycin 500mg q8h was initiated for 7 days for elimination of cysts and both patients were discharged without further complaints. This report highlights the importance of image-guided percutaneous aspiration in patients with uncomplicated *E. histolytica* liver abscess remaining symptomatic after several days of antibiotic therapy with metronidazol.

Fall Nr. 2 Klebsiella pneumoniae (ESBL) Sepsis unter Therapie mit Tigecyclin

R. Haberl, F. Thaller, C. Wenisch; KfJ-SMZ Süd, 4. Medizinische Abteilung mit Infektions- und Tropenkrankheiten, Vienna, Austria.

Eine 69-jährige Patientin wurde mit multiplen Leberabszessen nach vorangegangener chirurgischer Intervention aufgrund eines Adhäsionsileus an unserer Abteilung stationär aufgenommen. *E. faecium* konnte sowohl in der Blutkultur als auch im Abszessinhalte nachgewiesen werden. Eine antimikrobielle Therapie mit Vancomycin wurde begonnen und multiple Abszessdrainagen CT-gezielt angelegt. Da es zu einer Befundprogression kam, erfolgte die Umstellung auf Tigecyclin. Der klinische Zustand der Patientin besserte sich rasch, und *E. faecium* konnte vom Abszessinhalte nicht mehr nachgewiesen werden. Allerdings wurde die Patientin am Tag 23 der Tigecyclin-Therapie wieder septisch, und eine ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* konnte aus Blut- und Harnkulturen isoliert werden. Die Antibiotikatherapie wurde auf Ertapenem und Linezolid gewechselt. Bei weiterer Befundprogression mit vorwiegend im rechten Leberlappen liegender Leberabszesse erfolgte ultima ratio eine Hemihepatektomie rechts. Zwei Wochen später starb die Patientin auf der Intensivstation.

Konklusion: Das Besondere an diesem Fall ist das Auftreten einer Sepsis mit ESBL-bildender *Klebsiella pneumoniae* unter Therapie mit Tigecyclin, das eigentlich zur Behandlung von demselben Problemkeim eingesetzt wird. Dieser konnte sowohl in der Harn- als auch in der Blutkultur nachgewiesen werden, was zeigt, dass Tigecyclin zwar eine gute Gewebepenetration zeigt, allerdings nur niedrige Serum- und Harnkonzentrationen im Serum und Harn erreicht.

Fall Nr. 3 First case of Bartonella quintana endocarditis reported in Austria

T. Valentin¹, G. Gorkiewicz², M. Hoenigl¹, H. J. Salzer¹, I. Zollner-Schwetz¹, R. Krause¹; ¹Section of Infectious Diseases, Division of Pulmonology, Department of Internal Medicine, Medical University Graz, Graz, Austria, ²Institute of Pathology, Medical University Graz, Graz, Austria.

Case report: A 41-year old caucasian male was admitted because of petechiae on both lower limbs with suspected vasculitis. On admission the patient had high fever, pancytopenia, a reduced prothrombin time, elevated creatinine, but only moderately elevated CRP. Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies were positive and Wegener's disease was suspected. The patient deteriorated, temperature increased and skin lesions progressed.

Transesophageal echocardiography revealed destructive endocarditis of the aortic valve with high grade insufficiency and a perforated aortic root abscess. Subsequently, the patient underwent aortic valve replacement. Surprisingly blood cultures and cultures from the resected aortic valve remained negative. A16S-rDNA analysis was performed on the resected aortic valve and revealed bacterial DNA with 98% homology to *Bartonella quintana*. Thus the diagnosis of infective endocarditis due to *B. quintana* was established. The patient was discharged in excellent clinical condition.

Discussion This is the first reported case of infective endocarditis due to *B. quintana* in Austria. We were thrilled to see that the initial misleading diagnosis of suspected vasculitis with positive antinuclear neutrophil antibodies, has recently been described in another patient with infective endocarditis caused by *B. quintana*. This may indicate that positive antinuclear neutrophil antibodies are an accessory symptom in infective endocarditis caused by *B. quintana* and may be an interesting subject for further investigations. We conclude that 16S-rDNA-PCR of resected cardiac valves should be introduced as routine test in all cases of culture-negative endocarditis.

Fall Nr. 4 HIV in a 40-year old HIV positive chechen refugee

G. Mueller; 4. Med. Abt. fuer Infektiologie und Tropenmedizin SMZ Sued Wien, Vienna, Austria.

Case Report: In October 2009 an otherwise healthy 40-year old refugee from chechenia was transferred from another hospital to our department with non-resolving diarrhea for further diagnosis and treatment. On admission he had cholera like fluid diarrhea of 12 litres per day, prerenal failure with elevated renal laboratory parameters with Creatinine of 2.6 mg/dl, metabolic acidosis with pH of 7,26 and dehydration. A HIV screening test was positive. The patient had been raped in a Russian prison 4 years ago. First therapeutic procedures included volume and electrolyte replacement and symptomatic therapy of metabolic acidosis. In second day of hospitalization AIDS C3 could be proved by serology, FACS analysis with CD4+ count of 197/ul, CD4/CD8-Ratio of 0,26 and positive RNA with 6.6 10(5) cells/L in PCR. Serial stool samples were negative for *Clostridium difficile*, *Campylobacter* sp., *Salmonella* sp., *Yersinia* sp., *Adenovirus*, *Norovirus*. Parasitological determination revealed numerous oocysts of *Isoospora belli*. The patient was treated with sulfamethol-trime-thoprim 960 mg for 3 weeks. Antiretroviral therapy was emtricitabin, tenofovir, and efavirenz. This therapy was well tolerated by the patient, diarrhea persisted and the clinical condition increased consistently. On day 12 of hospitalization the pa-

tient was discharged in perfect clinical condition. **Discussion:** Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection leads to acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and major causes of morbidity and mortality of such patients are opportunistic infections caused by viral, bacterial, fungal and parasitic pathogens. HIV infection modifies both, epidemiology and outcome of parasitic infections. The prevalence of any intestinal parasitic infection is significantly higher among HIV positive patients. Specifically, rate of infection with *Cryptosporidium*, *I. belli*, and *S. stercoralis* are higher, particularly in those with CD4 count less than 200 cells/microl. Diarrhea is more frequent also at the same lower CD4 T-cell counts.

Fall Nr. 5 Mesaortitis Luetica – A Never Ending Story

I. H. Lorenz¹, C. Kolbitsch, MBA², B. Mihalovics³, B. Zelger⁴; ¹Innsbruck Medical University/Dep. of General and Surgical Intensive Care, 6020 Innsbruck, Austria, ²Innsbruck Medical University/Dep. of Anaesthesia and Intensive Care Medicine, 6020 Innsbruck, Austria, ³Innsbruck Medical University/Dep. of General and Surgical Intensive Care, 6020 Innsbruck, Austria, ⁴Innsbruck Medical University/Department of Pathology, 6020 Innsbruck, Austria.

We here report the case of a 43-year-old caribbean female who presented with loss of consciousness and seizures followed by ventricular fibrillation to the paramedic team. Following successful cardiopulmonary resuscitation (CPR) the computed tomography revealed Stanford typ A aortic dissection. Medical history reported a posterior wall myocardial infarction and percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) at six years prior and a combined mitral valve repair and coronary artery bypass graft (CABG) operation at two years prior. Following supracoronary replacement of the ascending aorta the present postoperative course was dominated by infectious complications. Initial pulmonary failure due to pneumonia resolved when broadening the initial preoperative cefuroxime prophylaxis with ciprofloxacin, imipenem and linezolid. At postoperative day 10 sepsis triggered by candida lusitanae in combination with tracheal chlamydia pneumoniae initiated clarithromycin and caspofungin antimicrobial therapy for 21 days. Screening on uncommon pathogens found qualitatively and quantitatively the *Treponema pallidum* particle agglutination test (TPPA) and the rapid plasma reagin card test (RPR) reactive. Subsequently, the *Treponema pallidum*-Western blot was used as a confirmatory test. Besides, a de-novo immuno-histochemical analysis of the paraffin-embedded specimens of the resected ascending aorta showed spirochete pathogens in situ. There after the patient developed symptoms

suspicious of a „man-in-the-barrel“ (MIB) syndrome. Motor evoked potentials (MEP), however, confirmed severe dysfunction of the tractus corticospinalis. Serological tests of the cerebrospinal fluid (CSF) did not confirm the presence of neuro-lues. The patient recovered and was transferred to a rehabilitation unit.

Fall Nr. 6

Erstbeschreibung erfolgreich behandel-ter multiresistenter typhöser Salmonel-losen mit Tigecyclin

P. Pongratz¹, H. Laferl¹, J. Leitner², C. Wenisch¹; ¹SMZ-Süd, KFJ Spital, 4. Med. Abteilung mit Infek-tions- und Tropenmedizin, Wien, Austria, ²AKH-Wien, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Wien, Austria.

Typhöse Salmonellen (Salmonella enterica, serovar typhi und paratyphi A, B, C) sind meist resistent gegen Chloramphenicol, Ampicillin, Trimethoprim-Sulfamethoxazole, Extended-spec-trum-Cephalosporine und Chinolone. Auch Azi-thromycin- und Carbenem-resistente Stämme wurde bereits beschrieben. Wir berichten von fünf Fällen, durch Reisen importierter typhöser Salmo-nellen, die für 14–21 Tage mit 1x150mg Tigecy-clin behandelt wurden. Alle Patienten wiesen zumindest einen der folgenden mit einem schwe-ren Verlauf einhergehenden Risikofaktor auf: per-sistierendes Erbrechen, massive Diarrhöe oder ein aufgetriebenes Abdomen. Wir präsentieren die demografischen und klinischen Charakteristika der fünf an unserer Abteilung behandelten Pati-enten. Für multiresistente typhöse Salmonellen könnte Tigecyclin 1x150mg i.v. eine sichere und effektive Therapiealternative darstellen.

Fall Nr. 7

Breakthrough zygomycosis by Rhizopus microsporus in an immunocompetent intensive care patient after cardiotho-racic surgery

C. Kratzer¹, S. Tobudic¹, A. Lassnigg², A. Schiferer², M. Selzer², W. Graninger¹, B. Willinger², E. Presterl¹; ¹Department of Internal Medicine I, 1090 Vienna, Austria, ²Department of Anaesthesiology, 1090 Vienna, Austria, ³Clinical Institute for Hygiene and Medical Microbiology, 1090 Vienna, Austria.

The incidence of invasive fungal infections in the critical care setting has substantially increased in recent years. Following candidiasis and aspergil-losis, zygomycosis is recognized as the third most common opportunistic mycosis. A 69-year-old pa-tient with diabetes, hypertension and chronic obs-tructive pulmonary disease who underwent aortic valve replacement and triple coronary artery by-pass grafting, was admitted to the cardiothoracic intensive care unit (ICU) of the Medical University of Vienna in 2007. Due to fever and high leuko-

cytosis under broad spectrum antibiotic therapy with meropenem and linezolid and severe *Candi-da* colonization with positive growth of *Candida albicans* on central venous catheter, preemptive antifungal treatment with caspofungin 70 mg was started on day 8 of ICU admission. However, two weeks later instead of *Candida* spp. a mould pathogen was cultured from material of the tho-rax drainage. The zygomycete *Rhizopus microspo-rus* could be identified as the causative pathogen. After diagnosis of zygomycosis the antifungal re-gime was broadened to liposomal amphotericin B. However, the patient died two days later due to acute thoracic bleeding. By autopsy, pulmonary abscess and invasive fungal growth with infiltra-tion of pericard and mediastinum was proven.

Fall Nr. 8

Prosthetic valve Endocarditis caused by Actinobaculum schaalii

M. Hoenigl¹, T. Valentin¹, E. Leiter², H. Salzer¹, G. Zarfel², R. Raggam³, I. Zollner-Schwetz¹, A. Grisold², R. Krause²; ¹Div. of Infectious Diseases, Graz, Austria, ²Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Graz, Austria, ³Div. of La-boratory Medicine, Med. Univ. Graz, Graz, Austria.

Background: *Actinobaculum* spp. are gram-posi-tive rods closely related to the genus *Actinomyces*. *Actinobaculum schaalii* is reported to cause urina-ry tract infection and urosepsis and has been iso-lated in elderly patients with underlying urological conditions from blood, urine, and abscess forma-tions of the spine. We report the first case of infecti-ve endocarditis caused by *Actinobaculum schaalii*. **Case Report:** A 52-year-old male with mechan-ic valve replacement of the aortic valve two years prior to admission and chronic gastric bleeding was admitted with fever of 38.4°C, elevated CRP and Janeway's lesions on his hands and feet. Growth of *Actinobaculum schaalii* was detected in three bloodcultures collected on three different days and therefore definite infective prosthetic valve endocarditis was diagnosed, according to modified Dukes criteria (fulfilling one major and three minor clinical criteria). Antibiotic therapy with amoxicillin-clavulanate 1g q8h was initia-ted for a total of 8 weeks. The patient's condi-tion thereafter improved and two weeks later the patient was discharged in good clinical condition. **Microbiological Analysis:** Two aerobic and one anaerobic blood culture bottles (collec-ted on three different days) were positive for growth after 4-5 days of incubation. Gram stain from the pellet showed gram-positive, coccoid rods. Within 24-48 h the isolate yielded growth on blood-, chocolate- and Schaedler agar, with grey colonies 1-2 mm in diameter. 16S rRNA gene analysis achieved homology of 99% for *Actinobaculum schaalii*, with the accession num-

ber GQ355962. MIC of 0.25 mg/L for amoxillin-clavulanic acid was obtained by Etest method. **Conclusion:** We report the first isolation of *Acti-nobaculum* spp. from a patient without underlying urological conditions but with recurrent bactera-emia and infective endocarditis using modified Dukes criteria.

Fall Nr. 9

Tuberculosis verrucosa cutis – eine seltene Diagnose mit schwierigem Erregernachweis

B. Monshi¹, L. Richter¹, G. Schober², G. Wewalka³, M. Klimpfinger¹, K. Rappersberger¹; ¹KA Rudolf-stiftung/Abteilung für Dermatologie und Vene-rologie, Wien, Austria, ²KA Rudolfstiftung/Patho-logisch-Bakteriologisches Institut, Wien, Austria, ³AGES Wien/Institut für medizinische Mikrobiolo-gie und Hygiene, Wien, Austria, ⁴SMZ Süd Kaiser-Franz-Josef-Spital/Pathologisch-Bakteriologisches Institut, Wien, Austria.

Hintergrund: Die kutanen Manifestationen der Tuberkulose sind selten (<0,5%). Die pau-cibazillären Verlaufsformen (i.e. Lupus vul-garis und Tuberculosis verrucosa cutis) sind auf Grund der klinischen Variabilität und des schwierigen Erregernachweises schwer zu dia-gnostizieren. Vor dem Hintergrund weltweiter Migrationsströme ist es wichtig, bei unklaren Hautentzündungen an die Tuberkulose zu den-ken und die Diagnose in Zusammenschau von Klinik, Histopathologie, kulturellen Nachweis- und DNA-Amplifikationsverfahren zu stellen. **Fallbericht:** Wir berichten über einen 27-jährigen Mann aus China, der seit zehn Jahren links gluteal eine nun 20x15 cm große, schmerzlose Plaque entwickelte. Diese war polyzyklisch konfiguriert, zentral narbig eingesunken, von rötlich livider Farbe und derber Konsistenz. Differenzialdiagnos-tisch dachten wir an eine kutane Tuberkulose, atypische Mykobakteriose, tuberkuloide Lepra, Blas-tomykose, Kokzidioidomykose, tiefe Mykose und Botryomykose, aber auch an eine Sarkoidose. Die Biopsie zeigte dichte epitheloidzellige Granulome ohne Verkäsung, mikrobiologisch konnte mittels Kulturen und PCR kein Erreger identifiziert werden (Ziehl-Neelson negativ). PPD (32mm) wie Quan-tiferontest waren positiv, und obwohl die zweite Biopsie wieder eine negative PCR erbrachte, konnte die Diagnose einer Infektion mit Mycobac-terium-tuberculosis-Komplex mittels Löwenstein-kultur gestellt werden. Bereits drei Monate nach Initiierung einer 4er Kombinationstherapie (INH, Rifoldin, Pyrazinamid, Ethanbutol) für acht Wo-chen gefolgt von einer 2er-Kombination (INH und Rifoldin) trat eine deutliche Befundbesserung ein. **Diskussion:** Aufgrund der Anamnese (gemein-samer Haushalt mit seiner an Lungentuberkulose erkrankten Großmutter), der Lokalisation, der

Histologie, des negativen Sondenversuchs und der fehlenden Systembeteiligung stellten wir die Diagnose einer Tuberculosis verrucosa cutis. Die Kenntnis von klinischem und histopathologischem Bild – obschon selten – ist dabei das treibende Moment, den bei dieser Form ausgesprochen schwer nachweisbaren Erreger zu finden.

Fall Nr. 10

Isolation of Carnobacterium sp. from a patient with fever and bacteraemia

M. Hoenigl¹, T. Valentin¹, E. Leitner², G. Zarfel², H. Salzer¹, R. Raggam³, I. Zollner-Schwetz¹, R. Krause¹, A. Grisold²; ¹Div. of Infectious Diseases, Graz, Aus-tria, ²Institute of Hygiene, Microbiology and En-vironmental Medicine, Graz, Austria, ³Dep. of labora-tory Medicine, Medical Univ. Graz, Graz, Austria.

Background: *Carnobacterium* spp. are gram-posi-tive rods belonging to the family of Lactoba-cillaceae and are not regarded as human patho-gens. The genus *Carnobacterium* comprise nine species, but only two of these, *C. divergens* and *C. maltaromaticum*, are isolated frequently from en-vironment and food. Presence of virulence factors in carnobacteria is not well documented. *Carno-bacterium viridans*, however, shows β -hemolytic activity on sheep blood agar and *C. maltaroma-ticum* can be a fish pathogen. *C. mobile* and *C. funditum* have been isolated rarely from mostly fish and shrimp *Carnobacterium* spp. have been isolated previously from human pus. We report the first case of *Carnobacterium* sp. bacteremia.

Case Report: A 43-year-old, otherwise healthy, male was admitted in April 2009 with fever and malaise lasting for less than a day. Patients histo-ry revealed innumerable contact to cooked and uncooked seafood in the week before onset of symptoms. The patient was transferred to ICU because of septicaemia and clinically responded once the treatment was changed from ceftriaxone to amoxicillin. One week after admission the pati-ent was discharged in good clinical condition.

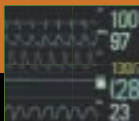
Microbiological Analysis: Blood cultures collec-ted on admission turned positive after 2 days of incubation. The isolate could not be identified by using conventional microbiologi-cal methods. 16S rRNA gene analysis achieved homology of 100% for *Carnobacterium* species, 99% for *C. mobile* and 97% for *C. funditum*. MICs of 0.064 mg/L for ampicillin and 128 mg/L for ceftriaxone were obtained by Etest method. **Conclusion:** We report the first isolation of *Carnobacterium* species from a human blood cul-ture. However, co-infection by *L.monocytogenes* cannot be ruled out, because growth of *Carno-bacteria* may inhibit *Listeria monocytogenes* by bacteriocins and glucose depletion in vitro. There-fore the causal association of *Carnobacterium* sp. with the clinical symptoms remains uncertain.

FACHKURZINFORMATIONEN

Targocid 100mg/200mg/400mg-Trockenstechampullen mit Lösungsmittel Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Targocid 100mg/200mg/400mg-Trockenstechampullen mit Lösungsmittel: 1 Durchstechflasche enthält 139mg/244mg/484mg Trockensubstanz mit 125 mg/220 mg/460 mg Teicoplanin. Nach Auflösen mit 1,8ml/3,2ml/3,2 ml Lösungsmittel können 100mg Teicoplanin/1,5ml/200mg Teicoplanin/3,0ml/400mg Teicoplanin/3,0ml entnommen werden. Liste der sonstigen Bestandteile: Natriumchlorid. 1 Lösungsmittelpulle enthält 1,8ml/3,2ml/3,2ml Wasser für Injektionszwecke Anwendungsgebiete: Zur Behandlung von durch grampositive Erreger verursachte mittelschwere und schwere Infektionen: des Herzens (z.B. Endokarditis); der Knochen und Gelenke (z.B. Osteomyelitis); der Atemwege; der Haut und des Weichteilgewebes; der Nieren und der ableitenden Harnwege; des Magen-Darm-Trakts (z.B. pseudomembranöse Enterocolitis); Peritonitis im Verlauf einer chronischen, ambulanten Peritonealdialysebehandlung (CAPD , continuous ambulatory peritoneal dialysis); Sepsis, Sepsikämie. Zur perioperativen Prophylaxe bei erhöhter Gefährdung des Patienten durch grampositive Infektionen Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Targocid darf nicht in den Liquorraum appliziert werden. Zulassungsinhaber: sanofi-aventis, Wien Abgabe: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten Pharmakotherapeutische Gruppe: Glycopeptid-Antibiotika, ATC-Code: J01XA02 Stand der Information: September 2007. Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie den Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Vfend 50mg/200 mg Filmtabletten/200 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung/40mg/ml Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Filmtabletten: 1 Tablette enthält 50 mg bzw. 200 mg Voriconazol und unter anderem 63,42 mg bzw. 253,675 mg Lactose-Monohydrat. Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung: 1 ml enthält nach Rekonstitution 10 mg Voriconazol. Nach der Rekonstitution ist, bevor appliziert werden kann, eine weitere Verdünnung nötig. Eine Durchstechflasche enthält 200mg Voriconazol. Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen: Nach Rekonstitution mit Wasser enthält 1 ml Suspension zum Einnehmen 40 mg Voriconazol. Jede Flasche enthält 3g Voriconazol. Liste der sonstigen Bestandteile: Filmtabletten: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, vorverkleisterte Stärke aus Mais, Croscarmellose-Natrium, Povidon, Magnesiumstearat; Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E 171), Lactose-Monohydrat, Triacetin. Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung: Natrium-beta-cyclodextrin-sulfobutylether (SBECD). Eine Durchstechflasche enthält 217,6 mg Natrium. Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen: Sucrose (0,54 g pro ml Suspension), hochdisperses Siliciumdioxid, Titandioxid (E 171), Xanthan-Gummi, Natriumcitrat, Natriumbenzoat (E 211), Citronensäure, natürlicher Orangengeschmack (enthält Orangenöl, Maltodextrin und Tocopherol). Anwendungsgebiete: Voriconazol ist ein Breitspektrum-Triazol-Antimykotikum für folgende Anwendungsgebiete: Behandlung der invasiven Aspergillose. Behandlung der Candidämie bei nicht-neutropenischen Patienten. Behandlung von Fluconazol-resistenten, schweren invasiven Candida-Infektionen (einschließlich durch C.krusei). Behandlung schwerer Pilzinfektionen, hervorgerufen durch Scedosporium spp. und Fusarium spp. VFEND sollte in erster Linie bei Patienten mit progressiven, möglicherweise lebensbedrohlichen Infektionen eingesetzt werden. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Die gleichzeitige Anwendung der CYP3A4-Substrate Terfenadin, Astemizol, Cisaprid, Pimozid oder Chinidin mit VFEND ist kontraindiziert, da erhöhte Plasmakonzentrationen dieser Arzneimittel zu QTc-Verlängerung und selten zu Torsade de pointes führen können (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Die gleichzeitige Anwendung von VFEND mit Rifampicin, Carbamazepin und Phenobarbital ist kontraindiziert, da diese Arzneimittel die Plasmakonzentration von Voriconazol wahrscheinlich signifikant verringern können (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Die gleichzeitige Anwendung von VFEND mit hoch dosiertem Ritonavir (zweimal täglich 400 mg oder mehr) ist kontraindiziert, da Ritonavir in dieser Dosierung bei gesunden Menschen die Plasmakonzentration von Voriconazol signifikant verringert (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation); zu niedrigeren Dosen siehe Abschnitt 4.4). Die gleichzeitige Anwendung von Ergot-Alkaloiden (Ergotamin, Dihydroergotamin), die CYP3A4-Substrate sind, ist kontraindiziert, da es durch erhöhte Plasmakonzentrationen dieser Arzneimittel zu Ergotismus kommen kann (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Die gleichzeitige Anwendung von Voriconazol und Sirolimus ist kontraindiziert, da Voriconazol wahrscheinlich die Plasmakonzentration von Sirolimus signifikant erhöht (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Die gleichzeitige Anwendung von Voriconazol und Johanniskraut ist kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Pharmakotherapeutische Gruppe: ATC-Code: J02A C03. Inhaber der Zulassung: Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. Stand der Information: 08/2009. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

ZYVOXID® 600 mg – Filmtabletten. ZYVOXID® 2 mg/ml – Infusionslösung. ZYVOXID® 100 mg/5 ml – Granulat zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Filmtabletten: 1 Tablette enthält 600 mg Linezolid. Infusionslösung: 1 ml enthält 2mg Linezolid. Die Beutel mit 300 ml Infusionslösung enthalten 600 mg Linezolid. Granulat: Nach Zubereitung mit 123 ml Wasser enthält 5 ml Suspension 100 mg Linezolid. Liste der sonstigen Bestandteile: Filmtabletten: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose (E460), Maisstärke, Na-Stärkeglykolat Typ A, Hydroxypropylcellulose (E463), Magnesiumstearat (E572), Filmüberzug: Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Macrogol 400, Carnaubawachs (E903), rote Drucktinte: rotes Eisenoxid (E172). Infusionslösung: Glukosemonohydrat, Natriumcitrat (E331), Zitronensäure, wasserfrei (E330), Salzsäure (E507), Natriumhydroxid (E524), Wasser für Injektionszwecke. Granulat: Saccharose, Mannit (E421), mikrokristalline Cellulose (E460), Carboxymethylcellulose Natrium (E466), Aspartam (E951), wasserfreies kolloidales Siliciumdioxid (E551), Natriumcitrat (E331), Xanthangummi (E415), Natriumbenzoat (E211), wasserfreie Zitronensäure (E330), Natriumchlorid, Süßungsmittel (Fruktose, Maltodextrin, Ammonium glycyrrhizinat, Sorbit), Aromastoffe: Orange-, Orangencreme-, Pfefferminz- und Vanille-Aromen (Aceton, α -Tocopherole, Acetaldehyd, Anisaldehyd, β -Caryophyllen, n-Buttersäure, Butylbuttersäurelaktat, Decalacton Delta, Dimethylbenzylcaracetat, Ethylalkohol, Ethylbutyrat, Ethylmaltol, Ethylvanillin, Furanol, Grapefruit-Terpene, Heliotropin, Maltodextrin, modifizierte Nahrungsmittelstärke, Methylsuccinat, Orangealdehyd, Orangenöl FLA CP, Orangenöl Valencia 2X, Orangenöl 5X Valencia, Orangenessenzöl, Orangensaft-Karboxyle, Orangen-Terpene, ätherisches Pfefferminzöl, Propylenglycol, Tangerinöl, Vanille-Extrakt, Vanillin, Wasser). Anwendungsgebiete: Nosokomiale Pneumonie; Ambulant erworbene Pneumonie. Zyxoid ist zur Behandlung der nosokomiale und ambulant erworbenen Pneumonie angezeigt, wenn bekannt ist oder vermutet wird, dass diese durch empfindliche grampositive Bakterien verursacht werden. Um zu entscheiden, ob Zyxoid eine geeignete Behandlung darstellt, sollten die Ergebnisse mikrobiologischer Untersuchungen oder Informationen zur Prävalenz von Resistenzen bei grampositiven Bakterien berücksichtigt werden (entsprechende Organismen siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Linezolid ist nicht wirksam gegen Infektionen durch gramnegative Erreger. Wenn ein gramnegativer Erreger nachgewiesen oder vermutet wird, muss gleichzeitig eine spezifische Therapie gegen gramnegative Erreger eingeleitet werden. Komplizierte Infektionen der Haut- und Weichteile (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Zur Behandlung von komplizierten Infektionen der Haut- und Weichteile ist Zyxoid nur angezeigt, wenn eine mikrobiologische Untersuchung zeigt, dass die Infektion durch empfindliche grampositive Bakterien verursacht wird. Linezolid ist nicht wirksam gegen Infektionen durch gramnegative Erreger. Bei Patienten mit komplizierten Infektionen der Haut und Weichteile, bei denen eine Co-Infektion mit gramnegativen Erregern bekannt ist oder vermutet wird, sollte Linezolid nur angewendet werden, wenn keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). In diesen Fällen muss gleichzeitig eine Behandlung gegen gramnegative Erreger eingeleitet werden. Eine Linezolid-Therapie sollte nur im stationären Bereich und nach Beratung durch einen einschlägigen Spezialisten, wie z.B. einen Mikrobiologen oder einen Spezialisten für Infektionskrankheiten, begonnen werden. Die offiziellen Richtlinien zum geeigneten Einsatz von Antibiotika sollten beachtet werden. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Linezolid oder einen der sonstigen Bestandteile (siehe Abschnitt 6.1 der Fachinformation). Linezolid darf nicht eingesetzt werden bei Patienten, die ein Arzneimittel, das die Monoaminooxidase A oder B hemmt (z.B. Phenelzin, Isocarboxazid, Selegilin, Moclobemid) einnehmen oder innerhalb der letzten zwei Wochen eingenommen haben. Wenn keine Einrichtungen zur engmaschigen Beobachtung und zur Blutdrucküberwachung verfügbar sind, sollte Linezolid nicht an Patienten mit folgender zugrunde liegender klinischer Symptomatik oder folgender Begleitmedikation verabreicht werden: Patienten mit unkontrollierter Hypertonie, Phäochromozytom, Karzinoid, Thyreotoxikose, bipolarer Depression, schizoaffektiver Störung, akuten Verwirrheitszuständen. Patienten, die eines der folgenden Arzneimittel einnehmen: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation), trizyklische Antidepressiva, Serotonin-5 HT1-Rezeptoragonisten (Triptane), direkt oder indirekt wirkende sympathomimetische Wirkstoffe (einschließlich adrenerger Bronchodilatoren, Pseudoephedrin und Phenylpropanolamin), blutdrucksteigernde Wirkstoffe (z.B. Epinephrin, Norepinephrin), dopaminerge Wirkstoffe (z.B. Dopamin, Dobutamin), Pethidin oder Buspiron. Tierversuche weisen darauf hin, dass Linezolid und seine Metaboliten in die Muttermilch übergehen können, dementsprechend sollte das Stillen vor und während einer Verabreichung unterbrochen werden (siehe Abschnitt 4.6 der Fachinformation). Pharmakotherapeutische Gruppe: andere Antibiotika; ATC-Code: J01XX08. Inhaber der Zulassung: Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. Stand der Information: Juni 2009. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: NR, apothekenpflichtig. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.



PROGRAMM

HAUPTSPONSOREN



NEBENSPONSOREN



WEITERE SPONSOREN

