

Vivantes - Postfach 26 01 27 - 13411 Berlin

Herrn PD Dr. med. Arastéh
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
Vivantes-Auguste-Viktoria Klinikum

Rubensstr. 125
12157 Berlin

Vivantes
Auguste-Viktoria-Klinikum
Rubensstr. 125
12157 Berlin

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Charité- Universitätsmedizin Berlin

Klinik für Innere Medizin - Infektiologie
Gastroenterologie

Tel +49 (0)30 130 202341
Fax +49 (0)30 130 202977

Priv. Doz. Dr. med. K. Arastéh
Chefarzt
keikawus.arasteh@vivantes.de

AVK - Station 12 C

WEBERC / SCHMACHT

19.04.2011

Arztbrief

Sehr geehrter Herr PD Dr. med. Arastéh,

wir berichten über den Patienten Herrn Werner Mayer, geb. am 22.12.1955, der sich **vom 16.03.2011 bis zum 04.04.2011** und **vom 07.04.2011 bis zum 17.4.2011** in unserer stationären Behandlung befand (Fall Nr.:592470117 und 592509717).

- Diagnose/n:** **HIV-Infektion, CDC Stadium C3**
- Z.n. großzelligem Non-Hodgkin-Lymphom 2002,
 - Rezidiv 2005
 - periphere Polyneuropathie, medikamententoxisch/DM TII
 - HIV-assoziierte Leukenzephalopathie
 - Rezidivierende schwere depressive Episode
 - Ausschluss PML
 - negative PCR aus 2 unterschiedlichen Laboren
 - Gewichtsverlust, Antriebslosigkeit, Tremor

Hypertriglyceridämie
Osteoporose
Diabetes mellitus Typ II (medikamentöse Führung)
- periphere Polyneuropathie (beinbetont bds)

Z.n. Reizung Tractus iliotibialis re. bei
- Z.n. Marknagelung bei prox. Femurfraktur bei

Entlassungsmedikation:

Prezista 600 1-0-1
Norvir 100 1-0-1

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
Geschäftsführer: Joachim Bovelet (Vorsitz), Dr. Dorothea Dreizehnter, Manfred Rompf, Peter Schnitzler
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Hartmann Kleiner
Amtsgericht Charlottenburg, HRB 77849
WestLB, BLZ 300 500 00, Konto 2 000 099

Isentress 400	1-0-1
Emtriva 200	0-0-1
Fuzeon 90µg	1-0-1
Calcivit D BTL	1-0-0
Cipralext 20 mg	1-0-0
Loperamid	1/2-0-1/2
Siofor 1000mg	1-0-0
Valtrex 500mg	2-2-2

Aufnahmegrund:

Der Patient kommt selbsttätig auf Station mit seit mehreren Tagen progredienter AZ-Verschlechterung. Er habe einen erneuten völligen Zusammenbruch gehabt und komme alleine zu Hause nicht mehr zurecht. Zusätzlich bestehe eine Schwäche der Beine bei bekannter PNP, die ihn daran hindere additiv zu seiner allgemeinen Schwäche die häuslichen und körper-hygienischen Massnahmen selbsttätig durchzuführen.

Altanamnese:

HIV-Infektion CDC C3, Erstdiagnose HIV im Dezember 1993, CD4 Nadir < 100 /µl. Seither multiple opportunistische und maligne Erkrankungen im Rahmen der HIV-Infektion: seborrhoisches Exanthem, Soorösophagitis, medikamententoxische PNP, Z.n. großzelligem Hon-Hodgkin-Lymphom 2002, Rez. 2005 mit Chemotherapie.

An internistischen Erkrankungen traten ein DM Typ II hinzu, der medikamentös geführt werden kann. Im Rahmen eines Sturzes wurde bei bestehender Osteoporose 2009 eine proximale Femurfraktur mit einem Marknagel versorgt. In den letzten Jahren ist eine Depression hinzugegetreten, die sich als schwere episodisch verlaufende Erkrankung manifestiert hat.

Seit 1994 Behandlung mit ART, multiple Resistenzen gegen NRTI, NNRTI und PI bei Vorbehandlung mit nahezu allen AR-wirksamen Substanzen. Unter anderem Vorbehandlung nach CAT-Schema. Seit ca. 2008 stabile Therapie mit Prezista, Norvir, Isentress, Emtriva, Fuzeon

Allergien, Anamnese der HIV-Therapie, Serologische Marker

Allergien: Rituximab, Lactoseintoleranz

ART-Historie: aktuell 01/2011 Prezista, Norvir, Isentress, Emtriva, Fuzeon

IMMUNSTATUS:

Datum	CD4/µl	%	Ratio:	VL cop/ml
17.3.2011	343	12	0,2	190
11.4.2011	330	14	0,2	n.d.

Aufnahmestatus:

Der Patient ist wach, orientiert, in deutlich reduziertem Allgemein- und Ernährungszustand. Haut: Seborrhoisches Ekzem im Gesicht. Kopf: unauffällig Hals: unauffällig, kein Soor enoral Lungen: vAG, keine RG Herz: rhythmisch, keine Geräusche Bauchraum: kein Druckschmerz Extremitäten: unauffällig.

Befunde:

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	25.03.201	25.03.201	11.04.201	12.04.201
			1 08:00	1 08:00	1 12:55	1 08:00

Cytostatika

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	25.03.201	25.03.201	11.04.201	12.04.201
			1 08:00	1 08:00	1 12:55	1 08:00
Leukozyten	3.9-10.5	/nl	! 6.1			5.5
Erythrozyten	4.3-5.8	/pl	! 5.9			5.9↑
Hämoglobin	13.5-17.0	g/dl	! 17.2			17.0
Hämatokrit	40-51	%	49			51
Hämatokrit (l/l)	0.395-0.505	l/l	! 0.490			0.505
Hämatokrit (l/l)	0.400-0.510	l/l				
Mittl.corp.Volumen	80.0-99.0	fl	! 83.6			85.7
Mittl.corp.Hämoglobin	27.0-33.5	pg	! 29.4			28.9
Mittl.corp.Hb-Konzentration	31.5-36.0	g/dl	! 35.1			33.7
Thrombozyten	150-370	/nl	! 224			223
Quick (TPZ)	70-130	%	116			108
INR			0.92			0.96
aPTT	26.0-40.0	sek.	37.3			
Natrium i.Se	136-145	mmol/l	141			140
Kalium i.Se	3.6-4.8	mmol/l	4.5			3.8
Calcium i.Se	2.2-2.7	mmol/l	2.4			2.6
anorg.Phosphor i.Se	0.87-1.45	mmol/l				1.01
Magnesium i.Se	0.65-1.05	mmol/l				0.73
Glucose i.Se	74-106	mg/dl			116↑	
Glucose i.FP	74-106	mg/dl				76
Harnstoff i.Se	10-50	mg/dl	26			20
Creatinin i.Se	0.7-1.2	mg/dl	1.2			0.9
geschaetzte GFR	> 60	ml/min	>60			>60
Creatinkinase i.Se	< 190	U/l	39			58
GOT (AST) i.Se	< 37	U/l				17
GPT (ALT) i.Se	< 41	U/l				20
gamma-GT i.Se	8-61	U/l				18
Alk.Phosphatase i.Se	40-129	U/l				63
Pseudo-Cholinesterase i.Se	5.32-12.92	kU/l				9.00
LDH i.Se	135-225	U/l	106↓			110↓
Lipase i.Se	13-60	U/l				30
Bilirubin ges. i.Se	< 1.20	mg/dl				0.93
CRP i.Se	< 5.0	mg/l	4.2			4.9
ges.Cholesterin i.Se	< 200	mg/dl				197
Triglyceride i.Se	< 200	mg/dl				489↑
Ges.Eiweiß i.Se	66-87	g/l			63↓	64↓
Albumin i.Se	34-48	g/l				44
Albumin i.Se	35-53	g/l			42	
Prostata-spezifisches AG (PSA)	< 3.10	µg/l	0.49			
freies PSA		µg/l	* 0.11			
F/G PSA			0.22			
TSH bas. i.Se	0.27-4.20	mU/l				1.37
Testosteron	6.70-25.68	nmol/l		10.37		

Laborwerte:

LIQUOR:

vom: 29.3.2011

CMV-PCR-Li: neg

EBV-PCR -Li: neg

HSV I+II-PCR-Li: neg

VZV-PCR-Li: neg

HIV-PCR- Li: n.d.

JC-Virus PCR: neg (Würzburg + Charite)

vom: 11.4.:

Borellien-Serologie: neg

EBV -PCR-Li: neg

Lues Serologie neg

CMV-PCR-Li: neg

HSV I+II-PCR-Li: neg

HIV-PCR- Li: pos, 980 cop/ml

JC-Virus PCR:

am 21.3.2011: **Aussehen:** klar, **ZZ:** 41 TI/nl, **Glc:** 65 mg/dl, **Prot:** 1535 mg/l, **Lactat:** 25,4 mmol/l, **Erys:** neg.

am 11.4.2011: **Aussehen:** klar, **ZZ:** 13 TI/nl, **Glc:** 55 mg/dl, **Prot:** 1505 mg/l, **Lactat:** 24,9 mmol/l, **Erys:** neg.

Reiberschema: schwere Schrankenstörung, 2 Klassenreaktion, sig intrathekale Synthese von IgG und IgM, IgM-Dominanz

BEFUNDE:

MRT Hirn, nativ + KM, durchgeführt am 17.03.2011 um 14:05. **Befund:** Infratentoriell zeigen sich annähernd symmetrische Kleinhirnhemisphären. Erweiterter mittelständiger 4. Ventrikel. Die basalen Zisternen sind entfaltet. Im Bereich der Kleinhirnpedunkel zeigen sich in T2w geringe flächige Signalsteigerungen. Unauffällige Darstellung von Pons und Mesencephalon.

Supratentoriell zeigt sich eine mäßiggradige Erweiterung der Furchenzeichnung sowie betonte innere Liquorräume. Neben der bekannten annähernd symmetrischen flächigen Leukenzephalopathie finden sich neu aufgetreten in T2w signalreiche Marklagerveränderungen rechts frontal sowie links occipital. Die Veränderungen links frontal reichen bis zu den U-Fasern. Eine Schrankenstörung liegt nicht vor. Keine Raumforderung.

Zusammenfassung:

Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 30.04.2010 zeigt sich eine Befundverschlechterung mit neu aufgetretenen asymmetrischen bis in die U-Fasern reichenden Marklagerveränderungen rechts frontal sowie links occipital. Dieser Befund ist verdächtig auf das Vorliegen einer PML. Unverändert deutliche globale Atrophie. Kein Hinweis für das Vorliegen einer zerebralen Toxoplasmose.

Neurolog.Konsil vom 25.3.2011:

Lt. Anmeldung: Pat. mit HIV, Z.n. NHL, seit ca. 10J. bekannte PNP, aktuell im Vergleich zu Voraufnahmen vom 30.04.2010 progrediente Leukenzephalopathie im cMRT(v.a. rechts frontal sowie links occipital), Ausschluss PML erfolgte, kein Nachweis von HSV oder VZV im Liquor, im Liquor 41 Zellen (Lymphozyten), Eiweiß und Lactat erhöht, Glucose normal (Zytologie KNK o.p.B.). Pat. ist depressiv, Gangstörung, phasenweise verwaschene Sprache, Befunde im Rahmen einer HIV Enzephalopathie erklärbar?

Pat. berichtet von langsam progredienter Verschlechterung der Mobilität seit ca. 1-2 Jahren, besonders deutlich sei ihm dies aber seit 11/10 aufgefallen, die Gehstrecke habe sich wegen einer allgemeinen Schwäche und Unsicherheit, .T. auch Koordinationsstörungen b zunehmend gemindert (aktuell noch 100-200m), seit 1/11 Rollator, die Schrift sei undeutlich geworden, z.T. könne er wegen eines intermitt. auftretenden Aktionstremors auch kaum noch Tastatur schreiben, Konzentration und Gedächtnis hätten ebenfalls nachgelassen, er verlege häufig Dinge, müsse sich sehr auf das aktuelle Konzentrieren, könne schlecht mehrere Dinge gleichzeitig erledigen, was früher kein Problem gewesen sei, fühle sich schnell überfordert;

BMS verneint, Sensibilität bis auf Überempfindlichkeit der Füße (v.a. Fußsohlen) intakt; keine Gewichtsabnahme.

Pat. lebt noch allein in eigener Wohnung, Haushaltshilfe, 100% schwerbeschädigt, PS beantragt, Versorgung sei zunehmend schwieriger geworden.

Befund:

Kein Meningismus. Keine Sprach- und Sprechstörung.

Hirnnerven: Visus orientierend intakt, Gesichtsfeld fingerperimetrisch intakt. Pupillen seitengleich, rund, mittelweit, Lichtreaktion direkt und konsensuell regelrecht. Keine Augenmuskelparesen. Kein pathologischer Nystagmus. Gesichtsensibilität seitengleich intakt angegeben. Keine faziale Parese. Kaudale Hirnnerven regelrecht.

Motorik: Beine erscheinen bds. etwas schwächig, bei normotoner Muskulatur kein Anhalt für relevante

Paresen in der Einzelkraftprüfung im Liegen. Halteversuche bds. regelrecht. Muskeleigenreflexe an den Armen seitengleich mittellebhaft, PSR bds. untermittellebhaft, ASR nicht auslösbar.

Pyramidenbahnzeichen bds. neg. (Koop. eingeschränkt).

Sensibilität: Berührung an den Beinen wird nach distal hin zunehmend als unangenehm erlebt, ansonsten werden aber Ästhesie, Algesie, Thermästhesie allseits intakt angegeben. Pallästhesie bimall. leicht vermindert.

Koordination: Zeigeversuche bds. leicht unsicher. Aufrichten, Stehen und Gehen ohne Hilfe (einige Schritte) möglich, Pat. fühlt sich dabei jedoch sehr unsicher und "steif", Gehen entsprechend diffus unsicher, haftend, etwas breitbasig und kleinschrittig.

Psychopathologischer Untersuchungsbefund: Wach, zu allen Qualitäten recht gut orientiert, Antrieb etwas gemindert, Stimmungslage gedrückt, Pat. beklagt subj. Perspektivlosigkeit und daraus result.

Lebensüberdruß, Konzentration und Gedächtnis etwas gemindert (Pat. hat als Internist z.B. Mühe, die eigene Medikation anzugeben, von 3 Begriffen nach 2 Minuten noch 2 erinnert), kein Anhalt für Wahn oder Halluzinationen.

Psychiatr. Konsil vom 17.3.2011: Pat. liegt im Bett und berichtet von seiner zunehmenden Immobilität, von einem Kraftverlust und daraus resultierenden Verlust seiner Selbstständigkeit und seinen privaten Möglichkeiten. Er wohnt derzeit alleine in eigener Wohnung. Diese habe einen Fahrstuhl, allerdings müsse er noch zusätzlich Stangen am Bad befestigen da seine Kraft nicht mehr ausreichen würde sich selbst aus der Wanne hochzuziehen. Er suche auch schon Pflegeheime, habe aber Bedenken, da diese teilweise sehr teuer wären. Ein Hauspflegedienst sei organisiert, aber befinde sich noch in der Umsetzung, also noch nicht realisiert.

Akute Suizidalität negiert der Patient, obwohl er sicher schon lebensmüde Gedanken hatte. Er sei oft einsam. Keine Familienmitglieder mit denen er sich gut verstehen würde, keine privaten Freunde, außer einen Pfarrer, den er regelmäßig treffen würde.

Keine inhaltlichen oder formalen Denkstörung, "der Antrieb sei da", die körperlichen Möglichkeiten würden schwinden. Konzentration, Auffassung intakt. Stimmung gedrückt, teils niedergeschlagen. Affekt Schwingungsfähigkeit erhalten. Keine akute Eigen- der Fremdgefährdung im Sinne des PsychKG.

Therapie und Verlauf:

Die Aufnahme erfolgte sowohl im März als auch im April bei massiver psychischer und physischem Schwermut und Verschlechterung. Der Patient gibt an, seine alltäglichen Tätigkeiten nicht mehr ausführen zu können. Die Beine seien von großer Schwere er habe Schwierigkeiten beim Gehen, Ausstehen und bereits beim Toilettengang.

Bei seit ca 3 Jahren stabiler langjährige HIV-Infektion mit schweren opportunistischen Infektionen im gesamten Krankheitsverlauf, multiresistenter Viruskonstellation und Salvagetherapie mit Prezista , Norvir , Isentress , Emtriva, Fuzeon wurde der Patient unter der Vorstellung einer HIV-assoziierten dementiellen Enzephalopathie aufgenommen.

In der Liquordiagnostik war die Zellzahl erhöht, das Reiberschema zeigte hier eine zwei Klassenreaktion mit intrathekaler IgM und IgG Vermehrung mit IgM-Dominanz, wie es für chronische und akute Entzündungen beschrieben ist. Mehrfach wurde hier eine HSV-PCR angefertigt mit jeweils negativem Befund. Die JC-Virusdiagnostik blieb bisher ebenfalls negativ. Der Befund spricht bei Lymphozyten im Liquor eher gegen eine bakterielle Entzündung. MRT-morphologisch wird eine leukenzephalopathisches Bild gesehen. Alle Befunde machen eine HIV-Enzephalopathie möglich. Die Viruslast im Serum liegt am 17.3. bei 190cop/ml, wobei die HIV-Virusbeladung des Liquors deutlich darüber liegt mit ca 1000cop/ml was ebenfalls für eine progrediente primär HIV-assoziierte Schädigung spricht. In der Literatur werden nur Nevirapine, Indinavir und Zidovudine als die hochpenetrierend für die Bluthirnschranke angegeben. Darunavir (Prezista), Raltegravir (Isentress), Emtricitabine (Emtriva) werden als Intermediat penetrierend angesehen. Es kann hier diskutiert werden, ob eine zusätzliche Gabe von AZT nutzbringend sein kann.

Wir veranlassten zu diesem Zweck sowohl eine periphere Genotypisierung, als auch eine zentrale aus dem Liquorpunktat. Die Ergebnisse liegen in Kürze vor und können dann geprüft werden für eine mögliche AZT Zugabe.

Bei auffälligem Reiberschema beginnen wir hier einen Versuch trotz negativer HSV-PCR mit Aciclovir iv

750mg 3xtgl. Bisher zeigt sich keine deutliche Verbesserung des Antriebs oder anderer psychoneurologischer Symptome (Depression etc.). Bei Polyneuropathie, subjektiv empfundener massiver Beinschwere und beginnende konsekutiver Immobilisation wurde der Patient physiotherapeutisch beübt, allerdings ohne deutliche Besserung. Dies sollte ambulant auf jeden Fall weitergeführt werden.

Der Patient wird derzeit durch Freunde unterstützt und möchte einen weiteren Versuch starten seine häuslichen Verhältnisse angesichts der sich verschlechternden körperlichen Situation, neu zu gestalten. Daher entlassen wir den Patienten in die häusliche Umgebung und wünschen ihm alles Gute. Die begonnene IV-Therapie mit Aciclovir sollte mit Valtrex in Hochdosis 3x 1000mg zunächst für weitere 5 Tage fortgeführt werden.

Wir wünschen dem Patienten alles Gute.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Priv.-Doz. Dr. K. Arastéh
Chefarzt

Dr. M. Müller
Oberarzt

C. Weber
Assistenzarzt