

The background of the entire poster is a detailed, 3D-rendered microscopic view of various viruses. The viruses are depicted in shades of green and white, showing different shapes and structures, such as spherical particles with spikes, rod-like structures, and complex multi-lobed forms. The lighting creates a sense of depth and highlights the intricate details of the viral surfaces.

9. ÖSTERREICHISCHER INFEKTIONSKONGRESS

(RE-)EMERGING INFECTIONS

15. bis 18. April 2015 | Brandlhof | Saalfelden

Hotel Gut Brandlhof, Saalfelden

Information & Anmeldung: www.oegit.eu

P R O G R A M M



VORWORT

Sehr geehrte Kollegin! Sehr geehrter Kollege!

Mit großer Freude dürfen wir Ihnen den 9. Österreichischen Infektionskongress in Saalfelden ankündigen. Durch die herausragende Arbeit der bisherigen Kongresspräsidenten und -sekretärInnen, der großzügigen Unterstützung der pharmazeutischen Industrie und der hervorragenden Teilnehmerzahlen ist der Österreichische Infektionskongress in den letzten Jahren zum Fixpunkt in der infektiologischen Fortbildung geworden.

Als wir im Mai 2013 das Thema „Emerging and Re-Emerging Infections“ für den 9. ÖIK 2015 auswählten, konnten wir nicht erahnen, welche Brisanz dieses Thema durch die derzeitige Ebola-Epidemie bekommen würde. Diese anhaltende Epidemie führt uns eindrucksvoll vor Augen, wie rasch sich Probleme und Themen in der Infektiologie ändern oder neu entstehen und wie aktuell das Thema der „neu und wiederauftretenden Infektionen“ ist. Damit unterscheidet sich die Infektiologie grundsätzlich von anderen Fächern der Medizin, wo langfristige Entwicklungen absehbar und planbar sind. Jedenfalls ist aber wieder einmal bewiesen, dass der berühmte Satz von William Stewart aus dem Jahr 1967: „The time has come to close the book on infectious diseases“ eine völlige Fehleinschätzung war.

Natürlich werden wir Ebola und andere wichtige Viren am Kongress abhandeln. Neben Ebola, MERS und Co sind andere Erkrankungen auf dem Vormarsch oder neue Phänomene aufgetreten. Septikämien und besonders die Staphylococcus-aureus-Bakteriämien nehmen zu, es gibt neue und klinisch re-

levante Resistenzmechanismen bei Pilzen, und „alte“ Krankheiten wie Pertussis, Diphtherie, Masern und Mumps tauchen wieder vermehrt auf. Die aktuellen Resistenzmechanismen bei Gram-negativen Bakterien und die geringe Auswahl an antiinfektiven Substanzen bei diesen Erregern erfordert eine Diskussion über die „alten“ Antibiotika, auf die wir jetzt wieder vermehrt zurückgreifen müssen. Neue oder wieder auftretende Infektionen sind auch bei Risikopatienten mit Immunsuppression ein wichtiges Thema, denen wir auch ein Symposium gewidmet haben.

Schließlich konnten wir mit Prof. Didier Raoult einen der weltbesten Forscher und Kliniker auf dem Gebiet der „Emerging Infections“ als Eröffnungsrédner gewinnen. Prof. Raoult wird über seine bisherigen Entdeckungen (er kultivierte u.a. als Erster Tropheryma whipplei und entdeckte neue „riesige“ Viren wie Mimivirus) und die Zukunftsaussichten auf dem Gebiet der „Emerging Infections“ sprechen.

Wir werden auch wieder wissenschaftliche Beiträge am Kongress hören und diskutieren und erstmalig den neu ausgelobten „Österreichischen Infektionspreis“ vergeben. In den Workshops haben wir viele interessante Themen versammelt, und in den Pro/Contra-Sessions werden in bewährter Weise kontroversielle Themen diskutiert.

Auch der heurige Kongress könnte ohne die Unterstützung der Pharmaindustrie nicht stattfinden. Wir möchten uns daher auf diesem Weg bei allen Sponsoren herzlich bedanken.

Wir freuen uns sehr, Sie alle beim 9. Österreichischen Infektionskongress im April 2015 in Saalfelden begrüßen zu dürfen, und hoffen, dass Sie spannende Beiträge zum Thema „Emerging and Re-Emerging Infections“ hören werden.

Mit kollegialen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. Robert Krause
Kongresspräsident

Priv.-Doz. Dr. Ines Zollner-Schwetzwitz
Kongresssekretärin

ALLGEMEINES

Wissenschaftlicher Veranstalter

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



In Kooperation mit

Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)



Österreichische Gesellschaft für Medizinische Mykologie (ÖGMM)



Österreichische Gesellschaft für Tropenmedizin, Parasitologie und Migrationsmedizin (ÖGTPM)



Österreichische Gesellschaft für Sexually Transmitted Diseases und dermatologische Mikrobiologie (ÖGSTD)



Vorstand

Präsident	Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer
Vizepräsident	Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss
Sekretär	Dr. Rainer Gattringer
Kassier	Dr. Gertrude Schmidl
	Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Graninger
	Univ.-Prof. Dr. Robert Krause
	Univ.-Prof. Dr. Cornelia Lass-Flörl
	Univ.-Prof. Dr. Erich Schmutzhard
	Prim. Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch
	Priv.-Doz. Dr. Ines Zollner-Schwetz

Kongressleitung

Präsident	Univ.-Prof. Dr. Robert Krause
Sekretär	Priv.-Doz. Dr. Ines Zollner-Schwetz

Sekretariat der ÖGIT

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

Kongressbüro

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



Abstract-Komitee

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

Registrierungszeiten

Mittwoch	15.4.2015		15:30–21:30
Donnerstag	16.4.2015	08:00–12:00	15:00–17:00
Freitag	17.4.2015	08:00–12:00	15:00–17:00
Samstag	18.4.2015	08:00–10:00	



DIFICLIR®

Fidaxomicin

Das erste
makrozyklische
Antibiotikum

Behandeln Sie
C. difficile-Infektionen ...



... und befreien Sie Ihre Patienten
von der Rezidivgefahr

DIFICLIR®
Fidaxomicin

Dauerhaftes Ansprechen. Weniger Rückfälle.

 **astellas**
Leading Light for Life



PROGRAMM

MITTWOCH, 15. APRIL 2015

17:30

Eröffnung des Kongresses

R. Krause, F. Thalhammer, I. Zollner-Schwetzn

17:45–19:00

Symposium 1

Staphylococcus-aureus-Bakteriämie – die unterschätzte Gefahr?

Vorsitz: G.J. Krejs (Graz), I. Zollner-Schwetzn (Graz)

Epidemiologie und Virulenzfaktoren
P. Apfalter (Linz)

SAB unkompliziert und kompliziert
R. Bellmann-Weiler (Innsbruck)

SAB – Für und Wider einer Kombinationstherapie
T. Valentin (Graz)

19:00–20:00

Eröffnungsvortrag

Tropheryma whippelii, Mimivirus, Sputnik, what else?
D. Raoult (Marseille)

ab 20:00

Get-together



PROGRAMM

DONNERSTAG, 16. APRIL 2015



8:30–9:45 **Symposium 2**
Pilzinfektionen ÖGMM-Symposium
Vorsitz: M: Hönigl (Graz), C. Lass-Flörl (Innsbruck)

Pilzprophylaxe
C. Lass-Flörl (Innsbruck)

Neue Pilze
B. Willinger (Wien)

Azol- und Echinocandinresistenz
M. Lackner (Innsbruck)

9:45–10:15 Pause – Besuch der Poster- und der
Industrierausstellung

10:15–11:30 **Symposium 3**
Controversial Issues
Vorsitz: R. Krause (Graz), D. Raoult (Marseille)

Kalkulierte Initialtherapie der Endokarditis
I. Zollner-Schwetz (Graz)

FUO 2015: An obsolete diagnosis?
D. Raoult (Marseille)

Neue Antiinfektiva
F. Thalhammer (Wien)



Einfach NOXAFIL®: Jetzt in 2 Darreichungsformen

Gegen systemische Pilzinfektionen.*



Bitte beachten Sie vor der Behandlung mit NOXAFIL® die entsprechende Fachinformation.
Fachkurzinformation Noxafil® siehe Seite

* Behandlung von invasiver Aspergillose, Fusariose, Chromoblastomykose und Myzetom, Kokzidioidomykose, wenn Erkrankung therapierefraktär oder Unverträglichkeit gegenüber anderen Antimykotika. Prophylaxe invasiver Mykosen für Risikopatienten mit Remissions-induzierender Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) mit erwarteter längerfristiger Neutropenie oder bei Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei Graft-versus-Host Disease (GvHD) nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation (HSZT). NOXAFIL® Suspension zum Einnehmen ist zusätzlich angezeigt zur Behandlung der Oropharyngealen Candidose: Als Therapie der ersten Wahl bei Patienten, die eine schwere Erkrankung haben oder immun-supprimiert sind und bei denen ein schwaches Ansprechen auf eine toxische Therapie erwartet wird.



UNIDROX® KLÄRT EINFACH ZWEIMALIG!

LUNGE KLAR

Zur Behandlung der akuten Exazerbation einer chronischen Bronchitis.

BLASE KLAR

Zur Behandlung von Infektionen der unteren Harnwege.

Breitbandantibiotikum 10 Stk. **GREENBOX***



ADMAN 11.2013 * Nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern.



1x
TÄGLICH
REICHT!

PROGRAMM



DONNERSTAG, 16. APRIL 2015

11:30–12:30 Workshops I–V (parallel)

WS 1 Der fiebernde Reiserückkehrer
H. Laferl (Wien)

WS 2 Probiotika und FMT
C. Högenauer (Graz)

WS 3 KH Hygiene bei VHF/MERSCoV auf der ICU
P. Starzengruber (Wien)

WS 4 HIV update
A. Zoufaly (Wien)

WS 5 Wundmanagement
M. Voßen (Wien)

12:30–13:15 Mittagspause

13:15–14:30 **Symposium 4**
Launch Tedizolid
MRSA-Therapieoptionen im Lichte
neuer Substanzen
(Programm siehe Seite 17)

CUBIST

14:30–15:00 Pause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung



DONNERSTAG, 16. APRIL 2015

15:00–16:30 CLINICAL GRAND ROUNDS: 5 Fälle

Moderation: C. Wenisch (Wien)
Diskutanten: W. Graninger (Wien)
G.J. Krejs (Graz)
G. Schmidl (Wien)
E. Schmutzhard (Graz)

15:00–15:18 A. Basra (Wien)
15:18–15:36 V. Strenger (Graz)
15:36–15:54 H. Lagler (Wien)
15:54–16:12 A. Schiefecker (Innsbruck)
16:12–16:30 S. Hirk (Wien)

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

17:00–18:15 Pro/Contra-Sitzung 1

Vorsitz: G. Schmidl (Wien), F. Thalhammer (Wien)

Chlamydien-Serologie: wichtige Diagnostik oder vernachlässigbar?

P. Apfalter (Linz), C. Heller-Vitouch (Wien)

Therapie HP Eradikation – ohne Kultur noch zulässig/möglich: ja – nein
C. Högenauer (Graz), R. Gattringer (Linz)

Gesundheitspersonal muss verpflichtend geimpft werden: Ja: Ethische Aspekte – nein: rechtliche Aspekte
A. Wagner (Wien), H. Ofner (Wien)

Colistin Forest

Trockenstechampullen mit Lösungsmittel

Umfassende Therapie bei Pseudomonas aeruginosa

Therapiegerechte Packungsgröße inklusive Lösungsmittel sowie kostenlose Zustellung von Spritzen und Kanülen.

Colistin Forest – Trockenstechampullen mit Lösungsmittel: Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Trockenstechampulle enthält 78,74 mg (1.000.000 I.E.) Colistimethansulfonat-Natrium entsprechend 33,3 mg Colistin. Sonstige Bestandteile: 1 Lösungsmittelampulle enthält 27 mg Natriumchlorid (entsprechend 0,46 mmol Na+) in 3 ml wässriger Lösung. **Anwendungsgebiete:** Systemisch: Bei schweren Infektionen wie z.B. Pneumonie, Sepsis, Meningitis, Harnwegsinfektionen verursacht durch gramnegative Bakterien, besonders Pseudomonas aeruginosa und Acinetobacter baumannii, wenn andere Antibiotika kontraindiziert oder nicht wirksam sind. Aerosoltherapie: Inhalative Therapie bei Atemwegsinfektionen durch gramnegative Bakterien, insbesondere Pseudomonas aeruginosa bei Patienten mit z.B. cystischer Fibrose. **Gegenanzeigen:** Systemisch: Überempfindlichkeit gegen Colistin oder Polymyxin B, Myastenia gravis, Früh- und Neugeborene, schwere kardiogene Ödeme. Die intravenöse Injektion ist kontraindiziert, da Konzentrationsspitzen eine neuromuskuläre Blockade mit Atemlähmung auslösen können. Aerosoltherapie: Überempfindlichkeit gegen Colistin oder Polymyxin B, Myastenia gravis, Früh- und Neugeborene. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Antibiotika, Polymyxine ATC-Code: J01XB01. **Inhaber der Zulassung:** Forest Laboratories Nederland B.V., 3584 BH Utrecht, Niederlande. **Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Informationen zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand der Fachinformation: 07/2011



Forest FEE – AT FY 2013_Doc_35

AmBisome® – von Anfang an¹



Vertrauen Sie bei vermuteten und gesicherten Systemmykosen auf mehr als 22 Jahre Erfahrung²

- **Unübertroffene Wirksamkeit**^{3,4,5,6}
- **Umfassendes Wirkspektrum, auch bei Mucormykosen**^{7,8,9}
- **Gute Verträglichkeit durch liposomale Formulierung**^{3,10}



AmBisome®
Liposomales Amphotericin B 

Von Anfang an¹

Fachkurzinformation:

AmBisome 50mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antimykotika zur systemischen Anwendung, Antibiota; **ATC-Code:** J02AA01. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Durchstechflasche enthält 50mg Amphotericin B eingebettet in Liposomen. Nach der Rekonstitution enthält das Konzentrat 4mg/ml Amphotericin B. Sonstige Bestandteile: Hydriertes Sojaphosphatidylcholin, Cholesterin, Distearoylphosphatidylglycerol, Saccharose, Dinatriumsuccinat-Hexahydrat, α -Tocopherol, Natriumhydroxid-Lösung (zur pH-Einstellung), Salzsäure-Lösung (zur pH-Einstellung) **Anwendungsgebiete:** AmBisome ist angezeigt zur Behandlung von schweren systemischen und/oder tiefen Mykosen. Zu den erfolgreich mit AmBisome behandelten Mykosen gehören disseminierte Candidose, Aspergillose, Kryptokokkenmeningitis, Mucormykose und chronisches Myzelom. -empirischen 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, Granta Park, Abingdon, Cambridge CB21 6GT, Großbritannien **NR, apothekenpflichtig.**

Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

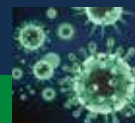
Datum der Erstellung: Januar 2015
131/AT/1501/M/1034

 **GILEAD**
Gilead Sciences GmbH

Referenzen:

1. AmBisome Fachinformation, Juni 2014.
2. Richardson and de Pauw, Clin Microbiol Infect 2008;14(S4):1-4.
3. Walsh TJ et al., NEJM 1999;340:764-771.
4. Kuse ER et al., Lancet 2007;369: 1519-1527.
5. Walsh TJ et al., NEJM 2002;346:225-234.
6. Walsh TJ et al., NEJM 2004;351:1391-1402.
7. Lass-Flörl C et al., Antimicrob Agents Chemother 2008;52(10):3637-3641.
8. Ellis D et al., J Antimicrob Chemother 2002;49(1): 7-10.
9. Cuenca-Estrella M et al., Antimicrob Agents Chemother 2006;50(3):917-920.
10. Prentice et al., Br J Haematol 1997;98:711-718.

PROGRAMM



DONNERSTAG, 16. APRIL 2015

18:15 – 18:45 Pause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung

18:45 – 20:00 **Symposium 5:**
Virusinfektionen
Vorsitz: R. Bellmann-Weiler (Innsbruck), C. Wenisch (Wien)

Emerging Viruses
F. X. Heinz (Wien)

Herpesviren auf ICU
S. Winkler (Wien)

Influenza auf ICU
T. Staudinger (Wien)

ab 20:00 **Gemeinsames Abendessen**

WWW.OEGIT.EU

SEITE 15 

Unser Engagement zur Bekämpfung der wachsenden Bedrohung durch antimikrobielle Resistenz



- Cubist ist ein weltweit tätiges biopharmazeutisches Unternehmen mit Schwerpunkt in der Forschung, Entwicklung und im Vertrieb von Pharmaprodukten, die bedeutende, bislang ungedeckte medizinische Bedürfnisse in der Akutbehandlung adressieren
- Cubist engagiert sich durch seine führende Rolle in der Forschung und Entwicklung von Antibiotika zur Behandlung schwerer und lebensbedrohlicher Infektionen, die durch ein breites Spektrum verstärkt resistenter Bakterien verursacht werden, zunehmend im Interesse der öffentlichen Gesundheit:
 - In diesem Jahr investiert Cubist etwa 400 Mio. USD in antibakterielle F&E
 - Etwa drei Viertel der Mitarbeiter des Unternehmens beschäftigen sich mit Tätigkeiten im Zusammenhang mit Antibiotika
- Hauptsitz von Cubist ist in Lexington, Massachusetts (USA), die zentrale internationale Niederlassung befindet sich in Zürich in der Schweiz. Weitere Informationen und Kontakt in Deutschland unter info.germany@cubist.com

„Cubist ist eines der wenigen Unternehmen, die sich der großen Herausforderung antibiotischer Resistenzen stellen – wir sehen es als unsere Pflicht an, dieser weltweit akuten Gesundheitsgefahr zu begegnen“

Robert Perez, Cubist Pharmaceuticals



DONNERSTAG, 16. APRIL 2015

13:15–14:30 Symposium 4
Launch Tedizolid
MRSA-Therapieoptionen im Lichte
neuer Substanzen
 Vorsitz: R. Krause, F. Thalhammer

Methicillin-resistente Staphylokokken
 aus EUCAST-Sicht
 P. Apfalter (Linz)

Pharmakologischer Überblick
 neuer MRSA-Therapieoptionen
 F. Thalhammer (Wien)

Haut- und Weichteilinfektionen
 G. Weiss (Innsbruck)

Mit freundlicher Unterstützung

CUBIST

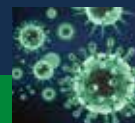
Breitspektrum-Candizid mit fungizider Wirkung



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): • Mycamine 50 mg Pulver: 1 Durchstechflasche enthält 50 mg Micalfungin als Natrium-Salz. Nach Rekonstitution enthält jeder Milliliter 10 mg Micalfungin als Natrium-Salz. Sonstige Bestandteile: Jede 50-mg-Durchstechflasche enthält 200 mg Lactose. • Mycamine 100 mg Pulver: 1 Durchstechflasche enthält 100 mg Micalfungin als Natrium-Salz. Nach Rekonstitution enthält jeder Milliliter 20 mg Micalfungin als Natrium-Salz. Sonstige Bestandteile: Jede 100-mg-Durchstechflasche enthält 200 mg Lactose. (Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1 der Fachinformation.) **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 Zellen/ μ 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/ μ l) von mindestens 10 oder mehr Tagen zu erwarten ist. Die Entscheidung, Mycamine anzuwenden, sollte in Betracht ziehen, dass ein mögliches Risiko zur Lebertumorbildung besteht (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Mycamine ist daher nur anzuwenden, wenn andere Antimykotika nicht angemessen sind.
4. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, gegen andere Echinocandine oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile **5. Pharmakologische Eigenschaften:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung, andere Antimykotika zur systemischen Anwendung, ATC-Code: J02AX05 **6. Pharmazeutische Angaben** (Hilfsstoffe): Lactose-Monohydrat, Citronensäure (zur Einstellung des pH-Werts), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Werts) **7. Pharmazeutischer Unternehmer:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande **8. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** NR, apothekenpflichtig
„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.“ 02/2013

PROGRAMM



FREITAG, 17. APRIL 2015

8:30–9:45

Symposium 6

„Kinderkrankheiten“

F. Thalhammer (Wien), S. Winkler (Wien)

Pertussis und Diphtherie
H. Flick (Graz)

Masern und Mumps
V. Strenger (Graz)

Polio und Coxsackie
F. Allerberger (Wien)

9:45–11:00

Pro/Contra-Sitzung 2

Vorsitz: F. Allerberger (Wien), V. Strenger (Graz),

Höherer Behandlungserfolg durch moderne/schnelle
(molekulare) Erregerdiagnostik: Ja – nein
R. Hartl (Linz), O. Janata (Wien)

ESBL Therapie: BL/BLI sinnvoll: Ja – nein
C. Forstner (Jena), G. Fritsche (Innsbruck)

Makrolide heute noch notwendig: Ja – nein
A. Wechsler-Fördös (Wien), F. Thalhammer (Wien)

11:00–11:30

Pause – Besuch der Poster- und
der Industrieausstellung
Mit freundlicher Unterstützung



FREITAG, 17. APRIL 2015

11:30–13:05 Infektiologische Forschung in Österreich
Präsentation & Moderation: G. Weiss (Innsbruck)

11:30–11:35 Was wurde aus den früheren Preisträgern?

Die fünf besten eingereichten Abstracts

11:35–11:50 A. Sihanic (Innsbruck)

11:50–12:05 P. Starzengruber (Wien)

12:05–12:20 C. Speth (Innsbruck)

12:20–12:35 T. Valentin (Graz)

12:35–12:50 G. Rambach (Innsbruck)

Verleihung des Österreichischen Infektionspreises 2015

12:50–13:05 Präsentation der prämierten Arbeit
I. Tancevski (Innsbruck)

Mit freundlicher Unterstützung

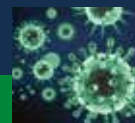
**13:05–14:00** Mittagspause**14:00–15:15 Symposium 7**
Alte Substanzen wieder modern/notwendig?
Vorsitz: G. Fritsche (Innsbruck), W. Graninger (Wien)Colistin und Chloramphenicol
R. Krause (Graz)Trimethoprim/Sulfonamid-Kombinationen
und Fusidinsäure
O. Janata (Wien)

FREITAG, 17. APRIL 2015

Temocillin und Fosfomycin
M. Laimer (Innsbruck)**15:15–16:15 Workshops VI–IX (parallel)****WS 6 STD update**
C. Heller-Vitouch (Wien)**WS 7 Kontinuierliche AB-Therapie, Dosierung bei NINS**
P. Schellongowski (Wien)**WS 8 TB und MOTT**
R. Rumetshofer (Wien)**WS 9 Management der Bakteriämie auf der ICU –
neue Behandlungsoptionen**
C. Forstner (Jena)Pro/Con Betalaktam vs Lipoglykopeptide
M. Zeitlinger vs. F. Thalhammer (beide Wien)

Mit freundlicher Unterstützung





**15:45–16:15** Pause – Besuch der Poster- und
der Industrieausstellung
Mit freundlicher Unterstützung



EINE WEITERENTWICKLUNG IN DER KALKULIERTEN INITIALTHERAPIE DER PNEUMONIE

Bei der Behandlung einer Pneumonie ist schnelles Handeln unerlässlich.

ZEVTERA[®] ist ein Cephalosporin der 5. Generation:

-  Aktivität gegen ein breites Spektrum von Erregern der Ambulant Erworbenen Pneumonie (AEP) und der Nosokomialen Pneumonie (NP) – außer der Beatmungsassoziierten Pneumonie (BAP) – inklusive MRSA* und *Pseudomonas* spp.^{1,2}
-  Schnelle bakterizide Wirksamkeit^{2,3}
-  Die Wirksamkeit bei NP (außer BAP) ist mit der Wirksamkeit einer Kombinationstherapie (Ceftazidim und Linezolid) vergleichbar⁴
-  Frühes klinisches Ansprechen bei NP (außer BAP) und AEP^{4,5}



Fragen Sie Ihren Ansprechpartner nach der aktuellen Fachinformation.

*** Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus***

1 Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels, Zevtera 2013. 2 Hebeisen P, Heinze-Krauss I, Angehrn P, Hohl P, Page MG, Then RL. *In-vitro* and *in-vivo* properties of Ro 63-9141, a novel broad-spectrum cephalosporin with activity against methicillin-resistant staphylococci. Antimicrob Agents Chemother 2001;45:825-836. 3 Bogdanovich T, Ednie IM, Shapiro S, Appelbaum PC. Antistaphylococcal activity of ceftibiprole, a new broad-spectrum cephalosporin. Antimicrob Agents Chemother 2005;49:4210-9. 4 Awad SS, Rodriguez AH, Chuang YC, et al. A phase 3 randomized double-blind comparison of ceftibiprole medocartil versus ceftazidime plus linezolid for the treatment of hospital-acquired pneumonia. Clin Infect Dis 2014;59:51-61. 5 Welte T, Herrera G, Chuang K et al. Early clinical response in a randomised controlled Phase 3 study of ceftibiprole versus ceftriaxone with or without linezolid in patients with community-acquired pneumonia requiring hospitalization. Poster No. P431 presented at the 24th ECCMID, 10-13 May 2014, Barcelona, Spain.

Medizinische Information · Tel.: 08001840212 · e-mail: basilea@druginfo.com · www.zevtera.de · Pharmazeutischer Unternehmer · Basilea Medical Ltd. · c/o Cox Costello & Horne Limited · Rickmansworth, Hertfordshire WD3 1EQ · Vereinigtes Königreich

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen.

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung beim Bundesamt für Sicherheit und Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at> anzuzeigen.

Zevtera 500 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Wirkstoff: Ceftibiprol als Ceftibiprolmedocartil-Natrium. **Zusammensetzung:** 1 Durchstechfl. enth. 500 mg Ceftibiprol (als 666,7 mg Ceftibiprolmedocartil-Natrium), Sonstige Bestandteile: Citronensäure-Monohydrat, Natriumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Zevtera ist für die Behandlung der folgenden Infektionen bei Erwachsenen angezeigt: Nosokomiale Pneumonie (NP) außer beatmungsassoziierte Pneumonie (BAP), Ambulant erworbene Pneumonie (AEP). Die offiziellen Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Arzneimitteln sind zu beachten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen Antibiotika der Cephalosporin-Gruppe. Plötzlich einsetzende und schwere Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. anaphylaktische Reaktion) gegen jegliche andere Art von Betalactam-Antibiotika (z. B. Penicilline oder Carbapeneme). **Häufige Nebenwirkungen:** Pilzinfektionen (einschließlich vulvovaginaler, oraler und kutaner Pilzinfektionen) Überempfindlichkeit (einschließlich Urtikaria, juckende Hautausschläge und Arzneimittelüberempfindlichkeit), Hyponatriämie, Dysgeusie, Kopfschmerzen, Schwindel, Schläfrigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Dyspepsie, Anstieg der Leberenzyme (einschließlich AST, ALT, LDH und alkalische Phosphatase) Hautausschlag (einschließlich fleckigem, papulösem, fleckig-papulösem und generalisiertem Ausschlag), Juckreiz, Reaktionen am Infusionsort. **Gelegentliche Nebenwirkungen:** Clostridium difficile-Kolitis, Eosinophilie, Leukopenie, Anämie, Thrombozytose, Thrombozytopenie, Anaphylaxie, Hypokaliämie, Schlaflosigkeit, Unruhe (einschließlich Angst, Panikattacken und Alpträumen), Dyspnoe, Pharyngolaryngealschmerzen, Asthma, Muskelkrämpfe, Nierenversagen, Periphere Ödeme, erhöhte Triglyzeride im Blut, erhöhtes Kreatinin im Blut, erhöhte Blutzuckerwerte. **Warnhinw.:** Bei Auftreten v. schw. Überempfindl.reakt. Zevtera absetzen. Führen v. Fahrz. u. Bedienen v. Masch. währ. d. Bhdlg. m. Zevtera nicht empf.. Arzneimittel f. Kinder unzugängl. aufbew.. Jede Durchstechfl. ist ausschließlich zum Einmalgebrauch bestimmt. **Stand d. Inform.:** 02/14. Verschreibungspflichtig.

FREITAG, 17. APRIL 2015

16:15–17:30 Symposium 8

ÖGTPM: Migrationsmedizin – Infektionen im Anmarsch

Vorsitz: J. Walochnik (Wien), E. Schmutzhard (Innsbruck)



Epidemiologie und Therapie der importierten schweren Malaria
E. Schmutzhard (Innsbruck)

Leishmanien vor der Haustür
W. Pöpl (Wien)

Importierte und autochthone Helminthozoonosen in Österreich
H. Auer (Wien)

17:30–19:15 Posterbegehung mit Brezeln und Bier

Moderation: R. Krause (Graz),
C. Lass-Flörl (Innsbruck), I. Zollner-Schwetz (Graz)

19:15

Mitgliederversammlung ÖGIT

ab 20:00

Gemeinsames Abendessen
für alle KongressteilnehmerInnen im Brandlhof

Für den Kongress werden 18 Fortbildungspunkte im Rahmen der Diplomfortbildung der ÖÄK anerkannt.

Neulasta® – unübertroffen wirksam
in allen Tumorentitäten!



Das Produkt
Ihres Vertrauens



Als sie zu studieren begonnen hat, haben wir das erste rekombinante G-CSF entwickelt. Das ist 25 Jahre her. Jetzt können wir ihr helfen, den ANC Ihrer Krebspatienten in allen Chemotherapie-Zyklen bei geringer Substanzbelastung rasch wieder in den Normalbereich zu bringen. Dafür haben wir NEULASTA® entwickelt: Den effektiven Schutz für optimierte Chemotherapie, der Leben verlängern kann. Vielleicht sogar um Jahre.

NEULASTA® – unübertroffen wirksam.



AMGEN
Onkologie

 **Neulasta®**
(Pegfilgrastim)

Schützt Ihre Patienten,
optimiert die Chemotherapie

ANC - Absolute Neutrophil Count (Absolute Neutrophilenzahl)
NO-AUF-AMG-879-2014-October-P | Fachkurzinformation siehe Seite 28

PROGRAMM



SAMSTAG, 18. APRIL 2015

- 8:30–9:45** **Symposium 9**
Infektionen bei Risikopatienten
Vorsitz: E. Presterl (Wien), T. Valentin (Graz)

Infektionen bei Biologika-Therapie
F. Thalhammer (Wien)

Blutprodukte als Infektionsrisiko?
A. Grisold (Graz)

Infektionen bei Transplantierten
F. Thalhammer (Wien)
- 9:45–10:15** **Vergabe der Poster- und Präsentations-Preise 2015**
R. Krause, F. Thalhammer, G. Weiss
- 10:15–10:45** Pause – Besuch der Poster- und der Industrierausstellung
- 10:45–11:00** **Verleihung der Ehrenmitgliedschaft an**
Herrn Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Graninger
Laudatio: F. Thalhammer (Wien)
- 11:00–11:30** **Gastvortrag**
EBOLA – epidemiologisches Update
und Vorbereitungen Österreichs
P. Kreidl (Wien)

WWW.OEGIT.EU

SEITE 25 



Infektions Management

gemeinsam handeln



Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H.



PROGRAMM



SAMSTAG, 18. APRIL 2015

11:30–12:45 Symposium 10

SEPSIS

Vorsitz: H. Burgmann (Wien), R. Krause (Graz)

Diagnostik und Biomarker
M. Hönigl (Graz)

Antiinfektive und adjuvante Therapien:
was brauchen wir wirklich?
H. Burgmann (Wien)

Sepsis-Folgeschäden
R. Bellmann (Innsbruck)

12:45–13:00 Verabschiedung und Ausblick 2016

R. Krause, F. Thalhammer, C. Wenisch

13:00

Ende des Kongresses

Vorankündigung

10. Österreichischer Infektionskongress

27. bis 30. April 2016

„Infektionskrankheiten 2016 –
neue Herausforderungen & Therapien“
Hotel Gut Brandlhof, Saalfelden



FACHKURZINFORMATIONEN

CANCIDAS 50 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. CANCIDAS 70 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Durchstechflasche enthält 50 mg Caspofungin (als Acetat). Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede 50-mg-Durchstechflasche enthält 35,7 mg Sacrose. Eine Durchstechflasche enthält 70 mg Caspofungin (als Acetat). Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede 70-mg-Durchstechflasche enthält 50,0 mg Sacrose. Liste der sonstigen Bestandteile: Sucrose, Mannitol (Ph.Eur.), Essigsäure 99%, Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Werts), Anwendungsgebiete: Behandlung von invasiver Candidiasis bei erwachsenen oder pädiatrischen Patienten, Behandlung von invasiver Aspergillose bei erwachsenen oder pädiatrischen Patienten, die auf Therapien mit Amphotericin B, Lipidformulierungen von Amphotericin B und/oder Itraconazol nicht ansprechen oder diese nicht vertragen. Ein Nichtansprechen ist definiert als ein Fortschreiten der Infektion oder wenn nach vorangegangener mindestens 7-tägiger antimykotischer Therapie in therapeutischen Dosierungen keine Besserung eintritt. Empirische Therapie bei Verdacht auf Infektionen durch Pilze (wie Candida oder Aspergillus) bei erwachsenen oder pädiatrischen Patienten mit Fieber und Neutropenie. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit: Schwangerschaft Für Caspofungin stehen keine oder nur eingeschränkte Daten zur Anwendung während der Schwangerschaft zur Verfügung. Daher darf Caspofungin während der Schwangerschaft nur angewendet werden, wenn es unabdingbar ist. Tierexperimentelle Studien zeigten toxische Auswirkungen auf die Embryonalentwicklung. In Tierstudien wurde gezeigt, dass Caspofungin die Plazentaschranke passiert. Stillzeit Es ist nicht bekannt, ob Caspofungin beim Menschen in die Muttermilch übertritt. Vorhandene Daten zur Pharmakodynamik und Toxikologie bei Tieren zeigten, dass Caspofungin in die Milch übertritt. Frauen, die mit Caspofungin behandelt werden, dürfen nicht stillen. Fertilität In Studien an männlichen und weiblichen Ratten zeigte Caspofungin keine Auswirkungen auf die Fertilität. Klinische Daten zur Beurteilung der Wirkung von Caspofungin auf die Fertilität stehen nicht zur Verfügung. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotikum zur systemischen Anwendung, ATC-Code: J02AX04. Inhaber der Zulassung: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Vereinigtes Königreich. Abgabe: Rezept- und apothekenpflichtig Stand der Information: Juli 2013. Weitere Angaben zu Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, pharmakologische Eigenschaften und pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Difidur 200 mg Filmtabletten. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: Eine Tablette enthält 200 mg Fidaxomicin. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettkern: Mikrokristalline Cellulose Vorverkleisterte Stärke Hydroxypropylcellulose Butyliertes Hydroxytoluol Carboxymethylstärke-Natrium Magnesiumstearat Umhüllung: Polyvinylalkohol Titandioxid Talkum Macrogol Lecithin (Soja) ANWENDUNGSGEBIETE Difidur ist indiziert bei Erwachsenen zur Behandlung von Clostridium-difficile-Infektionen (CDI), auch bekannt unter der Bezeichnung Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhö (CDAD) (siehe Abschnitt 5.1). Offizielle Leitlinien zum angemessenen Gebrauch von Antibiotika sollten berücksichtigt werden. GEGENANZEIGEN Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE: Antidiarrhoika und intestinale Antimotika/Antimotika/Antimotika/Antimotika. ATC-Code: A07AA12. INHALBER DER ZULASSUNG Astellas Pharma Europe B.V. Sylviusweg 62 2333 BE Leiden Niederlande VERTREIBER IN ÖSTERREICH Astellas Pharma Ges.m.b.H Linzer Straße 221/EO2, 1140 Wien Tel: +43 1 877 26 68 E-Mail: office.at@astellas.com STAND DER INFORMATION 01/2014 REZEPTPFLICHT/Apothekenpflichtig Rezept- und apothekenpflichtig „Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft, Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.“

Ecalta 100 mg Pulver 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/ml Anidulafungin, und die verdünnte Lösung enthält 0,77 mg/ml Anidulafungin. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 102,5 mg Fructose pro Durchstechflasche. Liste der sonstigen Bestandteile: Fructose, Mannitol, Polysorbat 80, Weinsäure, Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Werts), Salzsäure (zur Einstellung des pH-Werts), Anwendungsgebiete: Zur Behandlung von invasiver Candidiasis bei erwachsenen Patienten (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation). Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen andere Arzneimittel aus der Klasse der Echinocandine. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung; andere Antimykotika zur systemischen Anwendung. ATC-Code: J02AX06. Inhaber der Zulassung: Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. Stand der Information: August 2014. Rezeptpflichtig/Apothekenpflichtig: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft. Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

Neulasta® 6 mg Injektionslösung Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Jede Fertigspritze enthält 6 mg Pegifilgrastim* in 0,6 ml Injektionslösung. Basierend auf dem Proteinanteil, beträgt die Konzentration 10 mg/ml*. * Pegifilgrastim wird mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Escherichia coli und nachfolgender Konjugation mit Polyethylenglykol (PEG) hergestellt. ** Die Konzentration beträgt 20 mg/ml, wenn der PEG-Anteil eingerechnet wird. Die Stärke dieses Produktes sollte nicht mit der Stärke anderer pegylierter oder nicht-pegylierter Proteine der gleichen therapeutischen Klasse verglichen werden. Liste der sonstigen Bestandteile: Natriumacetat (Natriumacetat wird durch Titration von Essigsäure 99% mit Natriumhydroxid gebildet.), Sorbitol (E420), Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Zur Verkürzung der Dauer von Neutropenien sowie zur Verminderung der Häufigkeit neutropenischen Fiebers bei Patienten, die wegen einer malignen Erkrankung mit zytotoxischer Chemotherapie behandelt werden (mit Ausnahme von chronisch-myeloischer Leukämie und Myelodysplastischem Syndrom). Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Pharmakotherapeutische Gruppe: Immunstimulanzien, koloniestimulierender Faktor; ATCCode: L03AA13 Inhaber der Zulassung: Amgen Europe B.V., 4817 ZK Breda, NL. Vertreter in Österreich: Amgen GmbH, 1040 Wien. Verschreibungspflichtig/Apothekenpflichtig: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Stand der Information: August 2014. Weitere Angaben zu Dosierung, Art und Dauer der Anwendung, besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie zu Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Noxafil 40 mg/ml Suspension zum Einnehmen Noxafil 100 mg magensaftresistente Tabletten Noxafil 300 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung Qualitative und quantitative Zusammensetzung Jeder ml Suspension zum Einnehmen enthält 40 mg Posaconazol. Jede magensaftresistente Tablette enthält 100 mg Posaconazol. Jede Durchstechflasche enthält 300 mg Posaconazol. Jeder ml enthält 18 mg Posaconazol. Noxafil 40 mg/ml Suspension zum Einnehmen: Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Dieses Arzneimittel enthält etwa 1,75 g Glucose pro 5 ml Suspension. Noxafil 300 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Durchstechflasche enthält 462 mg Natrium. Liste der sonstigen Bestandteile Noxafil 40 mg/ml Suspension zum Einnehmen: Polysorbat 80, Simeticon, Natriumbenzoat (E211), Natriumcitrat-Dihydrat, Citronensäure-Monohydrat, Glycerol, Xanthangummi, flüssige Glukose, Titandioxid (E171), künstliches Kirscharoma mit Benzylalkohol und Propylenglykol, gereinigtes Wasser Noxafil 100 mg magensaftresistente Tabletten: Tablettkern: Hypromelloseacetatsuccinat, mikrokristalline Cellulose, Hydrolose (E462), Siliciumdioxid zur dentalen Anwendung, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat, Tablettenmantel: Polyvinylalkohol, Macrogol 3350, Titandioxid (E171), Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid (E172) Noxafil 300 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Hexakis- und Heptakis-O-(4-sulfobutyl)cyclomaltoheptaose-Natriumsalz (1:6,2-6:9) (SBECD), Natriumedetat (Ph.Eur.), Salzsäure 36 % (zur pH-Anpassung), Natriumhydroxid (zur pH-Anpassung), Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete Noxafil Suspension **Fortsetzung auf Seite 30**

ABSTRACT-EINREICHUNGEN

Wissenschaftliche Poster- und Präsentations-Preise der ÖGIT 2015

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

Einsendeschluss ist der 15. Februar 2015, 24.00 Uhr

Die Abstracts werden anonymisiert vom Abstractkomitee bewertet. Über Annahme oder Ablehnung der Abstracts erhalten Sie eine Verständigung per E-Mail. Die fünf besten Abstracts werden zu einer mündlichen Präsentation am Freitag, den 17. April 2015 eingeladen. Die Poster- und Präsentationspreise werden auf der Basis des wissenschaftlichen Wertes und der Präsentation vorort (Vortrag oder Poster) vergeben.

Die E-Posterbegehung findet am 17. April 2015 in der Zeit von 17:30 bis 19:15 Uhr statt. Wir bitten Sie, in dieser Zeit vor Ort zu sein, um ihr Poster der Kommission vorzustellen und eventuelle Fragen zu beantworten.

Die Prämierung erfolgt am 18. April 2015 am Kongress.

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

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

ALLGEMEINE TAGUNGSGANZHEITEN

Tagungsort

Hotel Gut Brandlhof • A-5760 Saalfelden • Hohlwegen 4

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

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

FACHKURZINFORMATIONEN

zum Einnehmen/ magensaftresistente Tabletten/ Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung sind angezeigt zur Behandlung der folgenden Pilzkrankungen bei Erwachsenen: - invasive Aspergillose bei Patienten, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B oder Itraconazol ist bzw. bei Patienten, die eine Unverträglichkeit gegen diese Arzneimittel haben; - Fusariose bei Patienten, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B ist bzw. bei Patienten, die eine Unverträglichkeit gegen Amphotericin B haben; - Chromoblastomykose und Myzom bei Patienten, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist bzw. bei Patienten, die eine Unverträglichkeit gegen Itraconazol haben; - Kokkidioidomykose bei Patienten, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol oder Fluconazol ist bzw. bei Patienten, die eine Unverträglichkeit gegen diese Arzneimittel haben; Noxafil Suspension zum Einnehmen: - Oropharyngeale Candidose: Als Therapie der ersten Wahl bei Patienten, die eine schwere Erkrankung haben oder immunsupprimiert sind und bei denen ein schwaches Ansprechen auf eine topische Therapie erwartet wird. Ein Nichtansprechen auf die Therapie ist definiert als Progression der Infektion oder Ausbleiben einer Besserung nach mindestens 7 Tagen unter einer vorangegangenen wirksamen antimykotischen Therapie in therapeutischer Dosierung. Noxafil Suspension zum Einnehmen/ magensaftresistente Tabletten/ Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung sind bei folgenden Patienten auch zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen angezeigt: - Patienten, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Pilzkrankungen besteht; - Empfänger einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Pilzkrankungen besteht. Noxafil Tabletten/Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung sind nicht angezeigt zur Behandlung von oropharyngealer Candidiasis. Bitte beachten Sie die Fachinformation zu Noxafil Suspension zum Einnehmen zur Anwendung bei oropharyngealer Candidiasis. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Gleichzeitige Anwendung von Mutterkornalkaloiden. Gleichzeitige Anwendung mit den CYP3A4-Substraten Terfenadin, Astemizol, Cisaprid, Pimozid, Halofantrin oder Chinidin, da dies zu erhöhten Plasmaspiegeln dieser Arzneimittel führen kann, was wiederum zu einer Verlängerung des QTc-Intervalls und selten zum Auftreten von Torsades de Pointes führen kann. Gleichzeitige Anwendung mit den HMG-CoA-Reduktase-Hemmern Simvastatin, Lovastatin und Atorvastatin. Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit Schwangerschaft und Stillzeit: Schwangerschaft darf in der Schwangerschaft nicht angewendet werden, außer der Nutzen für die Mutter überwiegt eindeutig das potenzielle Risiko für den Fetus. Stillzeit: Posaconazol wird in die Milch säugender Ratten ausgeschieden. Der Übertritt von Posaconazol in die menschliche Muttermilch wurde nicht untersucht. Vor Beginn der Therapie mit Posaconazol muss abgestillt werden. Fertilität bei Noxafil 40 mg/ml Suspension zum Einnehmen: Posaconazol hatte keine Auswirkung auf die Fertilität von männlichen Ratten bei einer Dosis bis zu 180 mg/kg (1,7-Faches des 2-mal täglichen Dosierungsregimes von je 400 mg basierend auf Steady-state-Plasmakonzentrationen bei gesunden Freiwilligen) oder weiblichen Ratten bei einer Dosis bis zu 45 mg/kg (2,2-Faches des 2-mal täglichen Dosierungsregimes von je 400 mg). Fertilität bei Noxafil 100 mg magensaftresistente Tabletten: Posaconazol hatte keine Auswirkung auf die Fertilität von männlichen Ratten bei einer Dosis bis zu 180 mg/kg (3,4-Faches einer 300 mg-Tablette basierend auf Steady-state-Plasmakonzentrationen bei Patienten) oder weiblichen Ratten bei einer Dosis bis zu 45 mg/kg (2,6-Faches einer 300 mg-Tablette basierend auf Steady-State Plasmakonzentrationen bei Patienten). 3 Fertilität bei Noxafil 300 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Posaconazol hatte keine Auswirkung auf die Fertilität von männlichen Ratten bei Dosen bis zu 180 mg/kg (2,8-Fache der Plasmakonzentration, die mit einer intravenösen Dosis von 300 mg beim Menschen erreicht wurde) oder weiblichen Ratten bei einer Dosis bis zu 45 mg/kg (3,4-Fache der Plasmakonzentration, die mit einer intravenösen Dosis von 300 mg beim Menschen erreicht wurde). Es liegen keine klinischen Erfahrungen in Bezug auf den Einfluss von Posaconazol auf die Fertilität beim Menschen vor. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung, Triazol-Derivate, ATC-Code: J02A C04 Inhaber der Zulassung: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon Hertfordshire EN11 9BU, Vereinigtes Königreich Abgabe: Rezept- und apothekenpflichtig Stand der Information: September 2014 Weitere Angaben zu Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, Pharmakologische Eigenschaften und Pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Tyagcil 50 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung, Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede 5-ml-Durchstechflasche Tygacil enthält 50 mg Tigecyclin. Nach Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 10 mg Tigecyclin. Liste der sonstigen Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Salzsäure, Natriumhydroxid (zur pH-Einstellung). Anwendungsgebiete: Tygacil ist zur Behandlung folgender Infektionen bei Erwachsenen angezeigt (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation): komplizierte Haut- und Weichgewebsinfektionen, außer bei Infektionen des diabetischen Fußes (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation); komplizierte intraabdominale Infektionen. Tygacil sollte nur in solchen Situationen angewendet werden, bei denen bekannt ist oder vermutet wird, dass andere Alternativen nicht geeignet sind (siehe Abschnitte 4.4 und 4.8 der Fachinformation). Die allgemein anerkannten Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antimikrobiellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Patienten mit einer Überempfindlichkeit gegen Antibiotika der Tetracyclin-Gruppe können überempfindlich gegen Tigecyclin sein. Pharmakotherapeutische Gruppe: Systemische Antibiotika, Tetracycline, ATC-Code: J01AA12. Inhaber der Zulassung: Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. Stand der Information: November 2013. Rezeptpflicht/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.

UNIDROX: 600 mg-Filmtabletten, 10 Stück. Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 600 mg Prulifloxacin. Sonstiger Bestandteil: 76 mg Lactose/Filmtablette. Anwendungsgebiete: Unidrox ist zur Behandlung von durch empfindliche Erreger verursachte Infektionen bei folgenden Indikationen geeignet: • Akute unkomplizierte Infektionen der unteren Harnwege (einfache Zystitis) • Komplizierte Infektionen der unteren Harnwege • Akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis • Akute bakterielle Rhinosinusitis. Akute bakterielle Sinusitis sollte nach aktuellen nationalen oder regionalen Richtlinien zur Behandlung von Atemwegsinfektionen adäquat diagnostiziert werden. Zur Behandlung von bakterieller Rhinosinusitis sollte Unidrox nur bei Patienten angewendet werden, bei denen die Symptome weniger als 4 Wochen dauern und wenn andere Antibiotika, die gewöhnlich zur Initialbehandlung empfohlen werden, bei dieser Infektion als nicht geeignet erachtet werden oder keine Wirkung zeigten. Bei der Auswahl der antibiotischen Behandlung von Infektionskrankheiten beim Patienten, sollte das lokale Empfindlichkeitsmuster von Antibiotika berücksichtigt werden. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen andere, verwandte Antibiotika des Chinolon Typs oder einen der sonstigen Bestandteile. Kinder vor der Pubertät oder Jugendliche unter 18 Jahren mit nicht abgeschlossener Skelettentwicklung. Patienten, in deren Anamnese Sehneerkrankungen vorkommen, die mit der Verabreichung von Chinolonen verbunden sind. Schwangerschaft und Stillzeit. Sonstige Bestandteile: Kern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Povidon, hochdisperses Siliziumdioxid wasserfrei, Magnesiumstearat. Hülle: Hypromellose, Propylenglycol, Talkum, Titandioxid (E 171), Eisenoxid (E 172). Zulassungsinhaber: A.C.R.A.F. S.p.A., Viale Amelia, Rom, Italien. Rp, apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten (NR). ATC-Code: J01MA17. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Vfend 50 mg / 200 mg Filmtabletten / 200 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung / 200 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Infusionslösung / 40 mg/ml Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Filmtabletten: 1 Tablette enthält 50 mg bzw. 200 mg Voriconazol. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: eine Tablette enthält 63,42 mg bzw. 253,675 mg Lactose-Monohydrat. Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung: Eine Durchstechflasche enthält 200 mg Voriconazol. Nach der Rekonstitution ent-

Fortsetzung auf Seite 32

ALLGEMEINE TAGUNGSINFORMATIONEN

Tagungsgebühren

	Gesamte Tagung	Tageskarte
ÖGIT/ÖGMM/ÖGHMP/ÖGTPM-Mitglieder	€ 225,-	€ 100,-
Nicht-Mitglieder	€ 275,-	€ 130,-

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

Zahlungsmodalitäten

- Banküberweisung, spesenfrei für den Empfänger, auf das Konto der ÖGIT, Erste Bank, IBAN: AT70 20111 29462863100, BIC: GIBAAATWWXXX
- Bar vor Ort (es werden keine Kreditkarten 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 Medical Dialogue, Schloss 4, 2542 Kottlingbrunn zu richten: office@medicaldialogue.at
- Die Durchführung von Refundierungen erfolgt nach dem Kongress:
 - Bei Stornierungen bis zum 28. Februar 2015 werden 50% der einbezahlten Gebühr rückerstattet.
 - Bei Stornierungen nach dem 28. Februar 2015 ist keine Refundierung möglich.

Wirtschaftlicher Veranstalter

Medical Dialogue GmbH, Schloss 4, 2542 Kottlingbrunn

FACHKURZINFORMATIONEN

hält 1 ml 10 mg Voriconazol. Nach der Rekonstitution ist, bevor appliziert werden kann, eine weitere Verdünnung nötig. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Eine Durchstechflasche enthält 217,6 mg Natrium. Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Infusionslösung: Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung: Eine Durchstechflasche enthält 200 mg Voriconazol. Nach der Rekonstitution enthält 1 ml 10 mg Voriconazol. Nach der Rekonstitution ist, bevor appliziert werden kann, eine weitere Verdünnung nötig. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Eine Durchstechflasche enthält 217,6 mg Natrium. Lösungsmittel zur Herstellung einer Infusionslösung: Ein 50-ml-Beutel aus Polypropylen enthält 0,9%ige Natriumchloridlösung in Wasser für Injektionszwecke. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Ein Beutel enthält 177,02 mg Natrium. Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen: Nach Rekonstitution mit Wasser enthält 1 ml Suspension zum Einnehmen 40 mg Voriconazol. Jede Flasche enthält 3 g Voriconazol. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 1 ml der Suspension enthält 0,54 g Sucrose. Liste der sonstigen Bestandteile: Filmtabletten: Tablettkern: 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). Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Infusionslösung: Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung: Natrium-beta-cyclodextrin-sulfobutylether (SBECD); Lösungsmittel zur Herstellung einer Infusionslösung: 0,9%ige Natriumchloridlösung in Wasser für Injektionszwecke. Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen: Sucrose, hochdisperses Siliciumdioxid, Titandioxid (E 171), Xanthan-Gummi, Natriumcitrat, wasserfreie Citronensäure, Natriumbenzoat (E 211), natürlicher Orangengeschmack. Anwendungsgebiete: Voriconazol ist ein Breitspektrum-Triazol-Antimykotikum für folgende Anwendungsgebiete bei Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahre: Behandlung der invasiven Aspergillose; Behandlung der Candidämie bei nicht neutropenischen Patienten; Behandlung von Fluconazolresistenten, 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. Prophylaxe invasiver Pilzinfektionen bei Hochrisikopatienten mit allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation (HSZT). Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Gleichzeitige Anwendung der CYP3A4-Substrate Terfenadin, Astemizol, Cisaprid, Pimozid oder Chinidin, da erhöhte Plasmakonzentrationen dieser Arzneimittel zu QTc-Verlängerung und selten zu Torsade de pointes führen können (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Gleichzeitige Anwendung mit Rifampicin, Carbamazepin und Phenobarbital, da diese Arzneimittel die Plasmakonzentration von Voriconazol wahrscheinlich signifikant verringern können (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Gleichzeitige Anwendung von Voriconazol in Standard-dosen zusammen mit Efavirenz in einer Dosierung von einmal täglich 400 mg oder höher ist kontraindiziert, da Efavirenz in diesen Dosen bei gesunden Menschen die Plasmakonzentration von Voriconazol signifikant verringert. Außerdem erhöht Voriconazol die Efavirenz-Plasmakonzentration signifikant (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation); zu niedrigeren Dosen siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Gleichzeitige Anwendung mit hoch dosiertem Ritonavir (zweimal täglich 400 mg oder mehr), 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 der Fachinformation). Gleichzeitige Anwendung mit Ergot-Alkaloiden (Ergotamin, Dihydroergotamin), die CYP3A4-Substrate sind, da es durch erhöhte Plasmakonzentrationen dieser Arzneimittel zu Ergotismus kommen kann (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Gleichzeitige Anwendung mit Sirolimus, da Voriconazol wahrscheinlich die Plasmakonzentration von Sirolimus signifikant erhöht (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Gleichzeitige Anwendung mit Johanniskraut (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). 2 Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung – Triazol-Derivate; ATC-Code: J02AC03. Inhaber der Zulassung: Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. Stand der Information: Juni 2014. Rezeptpflicht/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 2 mg Linezolid. Die Beutel mit 300 ml Infusionslösung enthalten 600 mg Linezolid. Sonstige Bestandteile: 13,7 g Glucose und 114 mg Natrium pro 300 ml. Granulat: Nach Zubereitung mit 123 ml Wasser enthält 5 ml Suspension 100 mg Linezolid. Sonstige Bestandteile: 5 ml Suspension enthält auch 1052,9 mg Saccharose, 500 mg Mannit (E-421), 35 mg Aspartam (E-951), 8,5 mg Natrium, 12 mg Fructose, 36 mg Sorbit (E-420). Liste der sonstigen Bestandteile: Filmtabletten: Tablettkern: Mikrokristalline Cellulose (E-460), Maisstärke, Na-Stärkeglykolat Typ A, Hydroxypropylcellulose (E-463), Magnesiumstearat (E-572). Filmüberzug: Hypromellose (E-464), Titandioxid (E-171), Macrogol 400, Camauba-Wachs (E-903), rote Drucktinte. rotes Eisenoxid (E-172). Infusionslösung: Glucosemonohydrat, Natriumcitrat (E-331), Zitronensäure, wasserfrei (E-330), Salzsäure (E-507), Natriumhydroxid (E-524), Wasser für Injektionszwecke. Granulat: Saccharose, Mannit (E-421), mikrokristalline Cellulose (E-460), Carboxymethylcellulose Natrium (E-466), Aspartam (E-951), wasserfreies kolloidales Siliciumdioxid (E-551), Natriumcitrat (E-331), Xanthan gummi (E-415), Natriumbenzoat (E-211), wasserfreie Zitronensäure (E-330), Natriumchlorid, Süßungsmittel (Fructose, Maltodextrin, Ammonium glycyrrhizinat, Sorbit). Aromastoffe: Orange-, Orangencreme-, Pfefferminz- und Vanille-Aromen (Acetoin, -Tocopherole, Acetaldehyd, Anisaldehyd, -Caryophyllen, n-Buttersäure, Butylbuttersäurelaktat, Decalacton Delta, Dimethylbenzylcarbacetat, Ethylalkohol, Ethylbutyl, Ethylmalat, Ethylvanillin, Furanol, Grapefruit-Terpene, Heliotropin, Maltodextrin, modifizierte Nahrungsmittelstärke, Methylsuccinat, Orangealdehyd, Orangenöl, FLA CP, Orangenöl Valencia 2X, Orangenöl 5X Valencia, Orangenessenzöl, Orangensaft-Karbonsäure, Orange-Terpene, ätherisches Pfefferminzöl, Propylenglycol, Tangerinöl, Vanille-Extrakt, Vanillin, Wasser). Anwendungsgebiete: Nosokomiale Pneumonie; Ambulant erworbene Pneumonie. Zyvoxid ist zur Behandlung der nosokomialen und ambulant erworbenen Pneumonie bei Erwachsenen angezeigt, wenn bekannt ist oder vermutet wird, dass diese durch empfindliche grampositive Bakterien verursacht werden. Um zu entscheiden, ob Zyvoxid 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 bei Erwachsenen ist Zyvoxid 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 in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Linezolid darf nicht eingesetzt werden bei Patienten, die ein Arzneimittel, das die Monoaminoxidase 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, schizoauffektiver Störung, akuten Verwirrheitszuständen. Patienten, die eines der folgenden 2 Arzneimittel einnehmen: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation), trizyklische Antidepressiva, Serotonin-5 HT1-Rezeptoragonisten (Triptane), direkt oder indirekt wirkende sympthomimetische Wirkstoffe (einschließlich adrenerger Bronchodilatoren, Pseudoephedrin und Phenylpropanolamin), blutdrucksteigernde Wirkstoffe (z.B. Ephedrin, 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: Oktober 2014. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezeptpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. 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.

VERHALTENSKODEX DER ÖÄK – AUSZUGSWEISE

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

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

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

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

Pharmig: Verhaltenskodex – Auszug, Veranstaltungen Inland

Kapitel 7 Veranstaltungen

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

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

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

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

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

Fotos auf der Homepage der ÖGIT: Mit der Registrierung/Teilnahme zum 9. ÖIK stimmen Sie zu, dass Fotos, die von Ihnen auf dem Kongress gemacht werden, eventuell auf die Homepage der ÖGIT in Form einer „Nachlese“ zum Kongress gestellt werden.

Für die Posterausstellung zugelassene Studien

STUDIE 1 Molekularbiologische Resistenztestung von *Helicobacter pylori* aus histologischen Paraffinschnitten von Magenschleimhautbiopsien

W. Prammer^{1,2}, K. Hohenwarther², E. Scherfler², W. Aichinger², M. Czompo³; ¹Klinikum Wels-Grieskirchen, Wels, Austria, ²Institut für Hygiene und Mikrobiologie, Wels, Austria, ³Institut für Pathologie, Wels, Austria.

Einleitung: Wir untersuchten die molekulare Resistenztestung von *Helicobacter pylori* aus histologischen Paraffinschnitten von Magenschleimhautbiopsien.

Methoden: *Helicobacter pylori* – positive Paraffinschnitte von 59 Patienten wurden mittels PCR untersucht. Nach Extraktion der DNA wurde eine Real-time-PCR unter Verwendung eines LightCyclers durchgeführt. Dabei können drei für die Clarithromycin-Resistenz verantwortliche Punktmutationen durch eine Schmelzkurvenanalyse detektiert werden. Anschließend wurde mittels DNA-Strip-Technologie der Nachweis einer Resistenz gegen Fluorchinolone durch den Nachweis der dafür wichtigsten Mutationen des *gyr*-Gens geführt.

Ergebnisse: Von den 59 untersuchten Proben hatten 20 (33,8%) eine Clarithromycin-Resistenz und 9 (15,2%) eine Fluorchinolone-Resistenz. Bei 7 (11,8%) Proben zeigte sich eine Doppelresistenz. Bei 12 Patienten mit Resistenz konnte eine *Helicobacter pylori*-PCR aus Stuhlproben 2–3 Monate nach der Gastroskopie durchgeführt werden. Bei 4 Patienten war das Ergebnis positiv, diese Patienten hatten keine Eradikationstherapie erhalten. Bei 7 Patienten war die Stuhl-PCR negativ, diese Patienten hatten eine inadäquate Therapie erhalten (6x Clarithromycin-Resistenz, 1x Doppelresistenz). Die Klinik war 3x gebessert, 4x nicht erueierbar. 1 Patient mit Doppelresistenz hatte eine Quadrupeltherapie bekommen (4. Therapieversuch!). Eine Stuhl-PCR konnte nicht gemacht werden, die Klinik war unverändert. Zusammenfassung: Eine Resistenztestung von *Helicobacter pylori* auf Clarithromycin und Fluorchinolone kann alternativ aus histologischen Paraffinschnitten von Magenschleimhautbiopsien durchgeführt werden. Die Resistenzraten bei unseren Patienten lagen bei 33,8% für Clarithromycin und bei 15,2% für Fluorchinolone. Trotz inadäquater Eradikationstherapie kann es zu einem mikrobiologischen und klinischen Erfolg kommen. Nicht alle Patienten mit positivem *Helicobacter pylori*-Nachweis erhalten eine Eradikationstherapie.

STUDIE 2 Bronchoalveolar Lavage Fluid Sample Pretreatment with Sputasol® significantly reduces Galactomannan Levels

J. Prattes¹, C. Koidl², S. Eigl^{1,3}, I. Zollner-Schwetz¹, T. Valentin¹, R. Krause¹, M. Hoenigl^{1,3,4}; ¹Medizinische Universität Graz/Sektion für Infektiologie und Tropenmedizin, Graz, Austria, ²Medizinische Universität Graz/Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Graz, Austria, ³Medizinische Universität Graz/Klinische Abteilung für Pulmonologie, Graz, Austria, ⁴University of California/Division of Infectious Diseases, San Diego, United States.

Aim: To evaluate the influence of pretreatment using Sputasol® (dithiothreitol containing mucolytic agent) on galactomannan (GM) values and the Aspergillus Lateral-Flow Device (LFD) test in bronchoalveolar lavage fluid samples (BALF). **Methods:** We retrospectively tested 15 frozen BALF samples (stored at -70°C) from 15 patients. Time from initial GM testing to retesting was seven to eight months. BALF samples were tested twice, once native and once after pretreatment with Sputasol®. For pretreatment BALF samples were mixed 1:1 with Sputasol®, vortexed and incubated at room temperature for 15 minutes. Native BALF samples were vortexed only.

Results: GM levels were reproducible (Spearman-Rho 0.924; $p < 0.001$) in native samples previously frozen when compared to initial results (before freezing). Median GM levels were 0.51 ODI in retested native BALF samples and 0.01 ODI in those with Sputasol® pretreatment ($p = 0.001$). Range of GM levels was 0.08 to > 16.79 (the upper limit of detection) in native samples and 0 – 0.01 in those with Sputasol® pretreatment. Spearman-Rho correlation was -0.063 ($p = 0.824$).

LFD test results differed in samples with Sputasol® pretreatment. Intensity of the control lines was markedly reduced and the lines were discolored when compared to testing of native samples (Figure 1). Overall Spearman-Rho correlation for retested native and pretreated LFD results was 0.616 ($p = 0.014$).

Conclusion: Our results suggest that BALF pretreatment with Sputasol® significantly lowers GM levels and furthermore significantly alters LFD results as it discolors the test and control lines, decreases the intensity of the control lines and alters the intensity of the test in line.

STUDIE 3 Invasive Aspergillosis in Patients with Underlying Liver Cirrhosis: Prevalence, Risk Factors and Outcome

J. Prattes¹, M. Hoenigl¹, C. Koidl², W. Buzina², T. Valentin¹, R. Krause¹, I. Zollner-Schwetz¹; ¹Medizinische Universität Graz/Sektion für Infektiologie und Tropenmedizin, Graz, Austria, ²Medizinische Universität Graz/Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Graz, Austria.

Aim: In this prospective study we evaluated the

Tabelle zu Studie 3

Table 1 Detailed demographic data n=105*	
Age (years)	57 (IQR 50.5–64)
Sex	
Male	89 (84.8%)
Female	16 (15.2%)
Decompensated liver cirrhosis	95 (90.5%)
Compensated liver cirrhosis	10 (9.5%)
Child-pugh-score	9 (IQR 8–11)
MELD score	16 (IQR 13–22)
Neutropenia**	8 (7.6%)
Etiology of liver cirrhosis	
Alcohol	73 (69.5%)
Chronic virus hepatitis	14 (13.3%)
Others	18 (17.1%)
Intensive care unit admission	27 (25.7%)
Underlying diseases	
Hematological diseases	2 (1.9%)
COPD	16 (15.2%)
Diabetes mellitus	25 (23.8%)
Malignancies	10 (9.5%)
Overall galactomannan evaluations	273
Probable invasive aspergillosis	2 (1.9%)
3-months-mortality	18 (17.1%)
* Median plus interquartile range 25-75 (IQR) or absolute numbers plus percentage displayed	
** Neutropenia is defined as neutrophil count $< 1.8 \times 10^3/L$	

prevalence, risk factors and outcome of invasive aspergillosis (IA) in patients with underlying liver cirrhosis. This of interest, as prevalence of IA reaches up to 15% in patients with severe alcoholic hepatitis. Data on patients with liver cirrhosis, however, are lacking.

Methods: Patients with decompensated liver cirrhosis or compensated liver cirrhosis with fever and/or respiratory symptoms at the University Hospital of Graz were prospectively enrolled in our study. All patients were screened for IA twice weekly by serum galactomannan-antigen-testing (GM) and by checking clinical signs and symptoms for IA. Positive serum GM triggered work up consisting of high-resolution thorax computed tomography (HR-CT) and in case of pathological findings diagnostic bronchoscopy.

Results: 105 patients were included during August 2013 and October 2014. Demographic data are displayed in Table 1. We found two cases of probable IA (1.9%) in our cohort. Serum GM was positive in one of these patients (50%). Both patients were treated with voriconazole for six respectively two weeks. Neither of the two patients developed liver function deterioration during treatment. In three (2.9%) further patients, elevated GM serum levels were observed without evidence for IA. Thorax HR-CT was performed in all of them but no signs for IA could be observed.

Conclusion: Prevalence of IA in patients with liver cirrhosis seems to be low (1.9%). Furthermore we were able to treat IA in our patients safely and successfully with voriconazole. Additionally, sensitivity of serum GM seems to be low in these patients.

STUDIE 4 1,3-Beta-D-Glucan in BALF is significantly higher in individuals colonized with *Candida* species and may predict mortality

F. M. Reischies¹, J. Prattes¹, S. Eigl², F. Prüller², H. Flick², R. Krause¹, T. Valentin¹, I. Zollner-Schwetz¹, M. Hoenigl^{1,3,4}; ¹Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Department of Pulmonology, Medical University of Graz, Graz, Austria, ³Clinical Institute of Medical and Chemical Laboratory Diagnostics, Medical University of Graz, Graz, Austria, ⁴Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, University of California, San Diego, San Diego, United States.

Objectives: To investigate the prognostic value of 1,3-beta-D-Glucan (BDG) in bronchoalveolar lavage fluid (BALF) regarding *Candida* colonization and 30-days mortality.

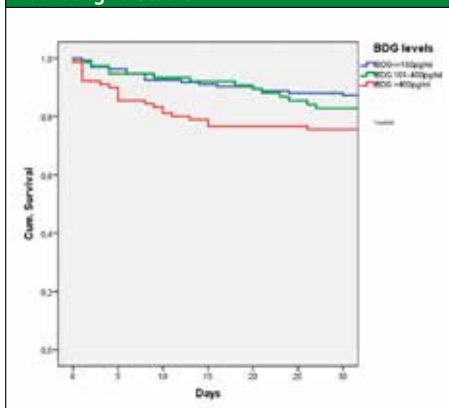
Methods: A total of 300 BALF samples were collected from 272 patients and investigated for BDG and *Candida* colonization. 30-days mortality rates were evaluated using Kaplan Meier analysis using three different cut-offs for BDG-levels: ≤ 100 pg/mL (group 1), 101–400pg/mL (group 2), > 400 pg/mL (group 3).

Results: Median BDG levels in BALF samples in predefined groups were found to be 15.4pg/mL (interquartile range (IQR): 10–57pg/mL) in group 1, 209.2pg/mL (IQR: 165–286pg/mL) in group 2, and 881pg/mL (IQR: 570–1876pg/mL) in group 3. 83 (27.6%) cases were classified as colonized with *Candida* spp. according to BALF culture and 198 (65.8%) were fungal culture negative. Median BDG levels were found to be significantly higher in patients with *Candida* spp. colonization (289.1pg/mL; IQR: 95.1–921.1pg/mL) compared to patients without colonization (85.9pg/mL; IQR: 15.4–325.4pg/mL; $p < 0.001$). Out of 300 BALF samples, 52 (17.3%) were obtained from patients

Tabelle zu Studie 4

Comparison of 30-days mortality using three different cut-offs for BDG-levels			
	Group1 vs Group3	Group2 vs Group3	Group1 vs Group2
30days mortality	17/134(12.7%) 22/90(24.4%)	13/76(17.1%) 22/90 (24.4%)	17/134(12.7%) 13/76(17.1%)
p values	p=0.049	p=0.280	p=0.499

Abbildung zu Studie 4



who died within 30 days after sampling. A significant difference regarding 30-days cumulative survival as observed between group 1 and group 3 [Log Rank analysis: $p=0.049$ (Table 1)]. Additionally, significant differences in 30-days mortality rates were found between patients colonized with *Candida* spp. and patients without colonization ($p=0.024$).

Conclusion: Colonization with *Candida* spp. is associated with significantly higher BDG levels in BALF. Regarding mortality, testing of BDG levels in BALF may allow for cut-off dependent prediction of 30-days mortality.

STUDIE 5
Systematic investigation of the effects of dietary iron supplementation on the course of infection in mice

D. Haschka, E. Demetz, P. Tymoszuk, M. Asshoff, M. Nairz, I. Theurl, G. Weiss; Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Iron deficiency in children and its sequels growth and mental retardation are an important health issue. Dietary iron supplementation has been considered as a beneficial strategy to overcome iron deficiency, however, in several randomized clinical trials, iron supplementation was associated with

an increased risk of infection associated mortality with the mechanisms underlying this observation remaining elusive.

To study the impact of baseline iron status on the course of infection we fed mice with a standard rodent diet or an iron deficient diet for four weeks. Subsequently mice were splitted in two groups, one received dietary iron supplementation and one group remained on its previous diet. For an acute infection model we used *Salmonella typhimurium*.

We found that after infection with *Salmonella*, bacterial loads in spleens were highest in previously iron deficient mice which received iron supplementation prior to infection. This phenotype was strictly iron dependent, as infection with a *Salmonella* mutant strain, which is lacking the three main iron acquiring siderophores resulted in non-significant differences in bacterial loads. When analyzing gene expression levels in the spleen of *Salmonella* infected mice we found a down-regulation of ferroportin expression in mice with the worst outcome along with a significant increase of IL-10.

Our results demonstrate that iron supplementation of iron deficient mice results in an adverse clinical course of infection with the intracellular bacterium *S. typhimurium*. Our study will be helpful in identifying subjects in areas with a high burden of infection who may or may not benefit from iron supplementation.

STUDIE 6
Renal and Bone Safety of Tenofovir Alafenamide vs Tenofovir Disoproxil Fumarate

A. Rieger¹, P. Sax², M. Yin³, F. Post⁴, S. Oka⁵, E. Koenig⁶, B. Trotter⁷, J. Andrade⁸, H. Cao⁹, R. J. Ribarics¹⁰, M. W. Fordyce⁹; ¹Universitätsklinik für Dermatologie, Klinische Abteilung für Immunodermatologie und infektiöse Hautkrankheiten, Wien, Austria, ²Brigham and Women's, Boston, MA, United States, ³Columbia University Medical Center/New York Presbyterian, New York, NY, United States, ⁴King's College Hospital, London, United Kingdom, ⁵National Center for Global Health and Medicine Hospital, Tokyo, Japan, ⁶Instituto Dominicano de Estudio Virologicos, Santo Domingo,

Dominican Republic, ⁷Clinique Medicale l'Actuel, Montreal, QC, Canada, ⁸Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, Mexico, ⁹Gilead Sciences Inc., Foster City, CA, United States, ¹⁰Gilead Sciences GesmbH, Vienna, Austria.

Background: Renal and bone side effects may occur with tenofovir disoproxil fumarate (TDF) use. Compared with TDF, tenofovir alafenamide fumarate (TAF) results in significantly reduced plasma tenofovir (TFV) and potentially less renal and bone toxicity.

Methods: Treatment-naïve HIV-1+ adults were randomized 1:1 to a single tablet regimen of E/C/F/TAF or E/C/F/TDF once daily in two double-blind studies. Renal parameters and bone mineral density (BMD) were assessed. Pre-specified secondary safety endpoints were tested: serum creatinine, treatment-emergent proteinuria, spine and hip BMD and fasting lipid parameters. We report week 48 data.

Results: 1,733 subjects were randomized and treated. Plasma TFV was >90% lower (mean [%CV] AUCtau 297 [20] vs. 3,410 [25] ng-hr/mL) in the E/C/F/TAF group, compared to the E/C/F/TDF group. All measured renal parameters favored E/C/F/TAF. There were no cases of proximal tubulopathy in either group. Mean [SD] % decrease in BMD was significantly less in the E/C/F/TAF arm for both lumbar spine (-1.30 [3.08] vs -2.86 [3.25], $p<0.001$) and total hip (-0.66 [3.26] vs -2.95 [3.41], $p<0.001$). Increases in bone turnover (C-telopeptide and P1NP) and parathyroid hormone were significantly smaller in the E/C/F/TAF vs. E/C/F/TDF group ($p<0.001$ for all). Increases in fasting lipids (total cholesterol, HDL, direct LDL, and triglycerides) were greater in the E/C/F/TAF arm ($p<0.001$ for all).

Conclusions: Through 48 weeks, subjects receiving E/C/F/TAF had significantly better outcomes related to renal and bone health than those treated with E/C/F/TDF; lipid outcomes favored E/C/F/TDF. These data demonstrate important safety benefits of TAF relative to TDF.

STUDIE 7
Microbial contamination of glaucoma eyedrops used by patients compared with ocular medications used in the hospital

B. Teuchner¹, J. Wagner¹, N. E. Bechrakis¹, D. Orth-Höller², M. Nagf³; ¹Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie, Innsbruck, Austria, ²Sektion für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, Innsbruck, Austria.

The percentage of contamination of multi-use eyedrops applied by glaucoma patients at home and by the medical personnel at the outpatient department, the ward, and the operating room of our Department of Ophthalmology was com-

pared. Eyedrops were collected over a period of 11 months. Samples were taken from the dropper tip (smear), drops, and the residual fluid inside the bottle and cultivated on blood agar. Colony forming units were counted and identified by mass spectrometry. The percentage of contamination was significantly higher in eyedrops applied by the patients (29/119; 24.4%, $P < 0.01$), used in the ward (26/133; 19.5%, $P < 0.01$), and in the outpatient unit (6/35; 17.1%, $P = 0.036$) compared with that in the operating room (6/113; 5.3%). The median period of use was 1 week in the operating room compared with 4 weeks in the other groups ($P < 0.01$). Glaucoma medications were significantly more frequently contaminated than antibiotic and anaesthetic eyedrops ($P < 0.05$). For eyedrops applied by the patients, the tip was more frequently contaminated than the drops and the residual internal fluid. For eyedrops from the ward, the opposite was true. Pathogenic strains (*Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*, *Acinetobacter lwoffii*, *Stenotrophomonas maltophilia*, and *Staphylococcus aureus*) were found only in six bottles (1.5%), while most of the detected microbes belonged to human or environmental flora. This study underlines the importance of hygienic handling of eyedrops and raises the question of whether single-use glaucoma medication might be preferred to reduce the risk of contamination.

STUDIE 8
Parallel detection of (1→3)-β-D-Glucan in same-day urine and serum samples obtained from patients with hematological malignancies

L. M. Fischbach¹, J. Prattes¹, M. Hönigl¹, R. Krause¹, F. Prüller², S. Eigl³, W. Duettmann⁴, M. Divjak², F. Reischies¹, R. B. Raggam²; ¹Medizinische Universität Graz/ Section für Infektiologie und Tropenmedizin, Graz, Austria, ²Medizinische Universität Graz/ KIMCL, Graz, Austria, ³Medizinische Universität Graz/ Klinische Abteilung für Pulmonologie, Graz, Austria, ⁴Medizinische Universität Graz/ Klinische Abteilung für Hämatologie, Graz, Austria.

Introduction: Testing of 1,3-Beta-D-Glucan (BDG) in serum is frequently performed in diagnosis of invasive fungal infection (IFI). Testing BDG in urine samples is lacking data.

Methods: 243 same-day serum and midstream urine samples from 58 adult hospitalized patients with hematological malignancies were collected. Serum samples were tested prospectively and urine samples were tested retrospectively using the Fungitell® assay (Associates of Cape Cod, USA). Sensitivity, specificity, positive and negative predictive value (PPV, NPV) for BDG-seropositivity was calculated based on urine BDG cut-offs 80pg/mL, 200pg/mL and 500pg/mL. Samples were

grouped upon BDG serum levels (group 1, BDG serum levels <80pg/ml, n=190; group 2, BDG serum levels ranging from 81 – 200pg/mL, n=33; group 3, BDG serum levels >200pg/mL, n=20) and correlated to BDG urine levels.

Results: Sensitivities, specificities, PPVs, NPVs and diagnostic odds ratios (DOR) are displayed in Table 1. No significant correlation was found between serum and urine samples in group 1 (r=0.021; p=0.77) and in group 2 (r=0.163; p=0.37). In group 3 a non-significant positive correlation for BDG between serum and urine samples could be observed (r=0.421; p=0.065; Figure 1).

Conclusions: BDG values correlated better between serum and urine at high positive levels, BDG values within negative- and intermediate ranges showed poor correlation. BDG cut-offs used for serum may not be applicable for urine, to date, validated reference values are lacking. Pre-analytical influences e.g. iatrogenic contamination during collection procedures may influence results and should be taken into consideration.

STUDIE 9

Tenofovir Alafenamide (TAF) in a Single Tablet Regimen in Initial HIV-1 Therapy

A. Rieger¹, D. Wohl², A. Pozniak³, M. Thompson⁴, E. DeJesus⁵, D. Podzamczek⁶, J. M. Molina⁷, G. Crofoot⁸, C. Callebaut⁹, H. Martin⁹, R. J. Ribarics¹⁰, S. McCallister¹¹; ¹Universitätsklinik für Dermatologie, Klinische Abteilung für Immunodermatologie und infektiöse Hautkrankheiten, Vienna, Austria, ²University of North Carolina, Chapel Hill, NC, United States, ³Chelsea and Westminster NHS Trust, London, United Kingdom, ⁴AIDS Research Consortium of Atlanta, Atlanta, GA, United States, ⁵Orlando Immunology Center, Orlando, FL, United States, ⁶Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Spain, ⁷Hôpital Saint Louis, Paris, France, ⁸Gordon Crofoot MD, Houston, TX, United States, ⁹Gilead Sciences Inc., Foster City, CA, United States, ¹⁰Gilead Sciences GesmbH, Vienna, Austria.

Background: Tenofovir alafenamide fumarate (TAF), a novel tenofovir (TFV) prodrug that, administered as elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/TAF (E/C/F/TAF), has >4-fold increase in intracellular TFV diphosphate and >90% lower plasma TFV levels compared to tenofovir disoproxil fumarate (TDF). Two Phase 3 studies were conducted comparing E/C/F/TAF and E/C/F/TDF, in treatment-naïve HIV-1+ adults.

Methods: Patients were randomized 1:1 to receive E/C/F/TAF or E/C/F/TDF. Primary endpoint was Week 48 virologic response in a pre-specified analysis of the combined studies.

Results: 1,733 subjects were randomized and treated: 15% women, 43% non-white, 23% viral load (VL) ≥100,000 copies/mL. Median baseline characteristics were: age 34 years, VL 4.58 log10

c/mL, and CD4 count 427 cells/μL. E/C/F/TAF was non-inferior to E/C/F/TDF with 92% and 90% having HIV-1-RNA<50 copies/mL at week 48 (difference +2%, p=0.13). Rates of virologic success were similar across subgroups. Mean CD4 change was 230 cells/μL vs. 211 cells/μL (p=0.02), virologic failure with resistance occurred in 0.8% vs. 0.6% and treatment related SAEs were rare with 0.3% (n=3) vs. 0.2% (n=2) in the E/C/F/TAF and E/C/F/TDF group, respectively. No proximal renal tubulopathy was reported in either group. Grade 2, 3, or 4 AEs occurring in ≥2% were: diarrhea (3.3% vs. 2.5%), nausea (2.2% vs. 2.0%), headache (2.9% vs. 2.1%), and URI (3.6% vs. 3.1%).

Conclusions: Through 48 weeks, high virologic response rates were observed regardless of subgroup. Resistance was <1%. Regimens were well tolerated; no unique AEs associated with TAF occurred. Data support the use of E/C/F/TAF as a potential new regimen for initial treatment of HIV+ patients.

STUDIE 10

Safety of Tenofovir Alafenamide in Renal Impairment

A. Rieger¹, A. Pozniak², J. Arribas³, S. K. Gupta⁴, F. Post⁵, A. Avihingsanon⁶, G. Crofoot⁷, K. Lichtenstein⁸, M. Ramgopal⁹, P. Chetochotiskul¹⁰, R. J. Ribarics¹¹, M. W. Fordyce¹²; ¹Universitätsklinik für Dermatologie, Klinische Abteilung für Immunodermatologie und infektiöse Hautkrankheiten, Vienna, Austria, ²Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, London, United Kingdom, ³Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain, ⁴Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, United States, ⁵King's College Hospital NHS Foundation Trust, London, United Kingdom, ⁶HIV-NAT, Thai Red Cross AIDS Research Center and Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, ⁷Crofoot Research, Houston, TX, United States, ⁸National Jewish Health, Denver, CO, United States, ⁹Midway Research Center, Khon Kaen, Thailand, ¹⁰Gilead Sciences GesmbH, Vienna, Austria, ¹¹Gilead Sciences Inc., Foster City, CA, United States.

Background: The safety and efficacy of Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabine/Tenofovir alafenamide fumarate (TAF) [E/C/F/TAF] was assessed in HIV-1 infected patients with mild to moderate renal impairment.

Methods: Virologically suppressed adults with stable eGFR_{CG} (Cockcroft-Gault) of 30-69 mL/min switched from TDF/non-TDF-containing regimens to E/C/F/TAF.

Results: Of 242 subjects enrolled and dosed, mean age was 58 years (24-82), 18% Black, 39% hypertension, and 14% diabetes. 65% were taking TDF-containing regimens. At baseline, median

eGFR_{CG} was 55.6 mL/min (33% eGFR_{CG} 30-49 mL/min). 95% of subjects maintained HIV-1-RNA<50 c/mL at W24. At W24, median (Q1, Q3) change from baseline eGFR_{CG} was -0.4 (-4.7, 4.5) mL/min, eGFR-Cystatin C 3.8⁶ (-4.8, 11.2) mL/min/1.73m², and aGFR (n=32, 68.8% TDF at baseline) 0.1 (-4.3, 4.4) mL/min. Two subjects discontinued study drug for decreased GFR by eGFR_{CG} and eGFR-Cystatin C, neither with evidence of renal tubulopathy. Proteinuria (UPCR>200 mg/g) and albuminuria (UACR≥30 mg/g) decreased from 42% to 21% and 49% to 27%. Significant decreases in urine retinol-binding protein to creatinine ratio, beta-2-microglobulin to creatinine ratio, and fractional excretion of uric acid were observed (p<0.001 for all). Hip and spine BMD change from baseline to W24 was 0.74% (-0.71, 2.03) and 1.27% (-0.44, 3.83) (median, IQR).

Conclusions: 24 week data support the virologic efficacy, renal and bone safety of once-daily E/C/F/TAF for use in HIV positive patients with mild and moderate renal impairment (eGFR 30 to 69 mL/min). Switch to E/C/F/TAF was associated with no change in aGFR and with reductions in proteinuria.

STUDIE 11

Switches and interruptions during the first year of antiretroviral therapy between 2004 and 2015 in the Austrian HIV Cohort Study

M. Rappold¹, A. Rieger², A. Steuer³, M. Sarletti⁴,

M. Geit⁴, B. Haas⁵, N. Taylor⁶, M. Kanatschnig⁷, G. Leierer¹, B. Ledergerber⁸, R. Zangerle¹; ¹Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria, ²Medical University Vienna, Vienna, Austria, ³Otto Wagner Hospital, Vienna, Austria, ⁴Allgemeines Krankenhaus Linz, Linz, Austria, ⁵Landeskrankenhaus Graz West, Graz, Austria, ⁶Paracelsus Medical University Salzburg, Salzburg, Austria, ⁷Landeskrankenhaus Klagenfurt, Klagenfurt, Austria, ⁸University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland.

Background: Switches and interruptions of antiretroviral drugs are highest in the first year of therapy. Identifying risk factors for modifications in the initiation year might help to optimize the treatment.

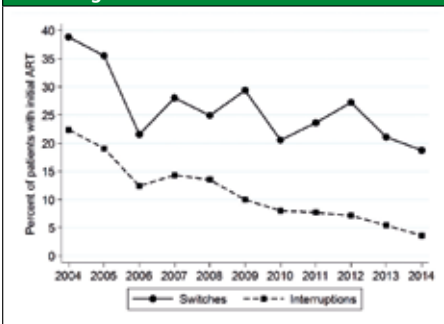
Methods: Treatment naïve patients starting antiretroviral therapy (ART) between 2004 and 2015 were analysed separately for switches and interruptions in the first year of ART. Interruptions and switches of less than 8 days were disregarded. Multivariable logistic regression models were performed to identify risk factors for treatment switches and interruptions.

Results: Overall 3720 patients initiated ART; switches decreased from 38.8% in 2004 to 18.7% in 2014 and interruptions from 22.4% to 3.6%. In multivariable analysis a low CD4 count (<200), ART start before 2007 and female heterosexual compared to men who have sex with men (MSM) are risk factors for switching. Compared to all other ways of transmission, MSM, a low CD4-cell

Tabelle zu Studie 11

		Switch HR	[95% CI]	Interruption HR	[95% CI]
HIV transmission category	Male IDU	0.88	[0.67-1.16]	3.32	[2.33-4.73]
	Female IDU	1.01	[0.68-1.51]	6.71	[4.35-10.36]
	Male heterosexual	0.90	[0.72-1.12]	1.77	[1.24-2.52]
	Female heterosexual	1.51	[1.20-1.88]	2.43	[1.72-3.43]
	MSM	1.00	[1.00-1.00]	1.00	[1.00-1.00]
Age at baseline	<30 years	0.77	[0.60-1.00]	1.89	[1.25-2.85]
	30-50 years	0.84	[0.67-1.05]	1.08	[0.73-1.59]
	≥50	1.00	[1.00-1.00]	1.00	[1.00-1.00]
CD4 count at baseline	<50	1.84	[1.41-2.42]	0.52	[0.34-0.79]
	50-199	1.63	[1.29-2.05]	0.52	[0.37-0.72]
	200-349	1.09	[0.88-1.35]	0.48	[0.36-0.65]
	≥350	1.00	[1.00-1.00]	1.00	[1.00-1.00]
Year of ART Initiation	2004-2007	1.31	[1.07-1.61]	3.68	[2.66-5.11]
	2008-2011	1.07	[0.89-1.30]	1.90	[1.38-2.63]
	2012-2014	1.00	[1.00-1.00]	1.00	[1.00-1.00]

Abbildung zu Studie 11



count (<350) and starting ART after 2012 showed a lower risk whereas younger age (<30) increased the risk for interruption. Origins of patients and HIV-RNA at baseline were not associated with switches or interruptions of drugs.

Conclusion: The analysis showed that interruptions and switches were decreasing over time and may reflect both the improvement in drugs and in education of patients and providers.

Table: Multivariable Logistic Regression: Risk Factors for Treatment Switch and Interruption

STUDIE 12 Helicobacter pylori resistance in Southern Austria

I. Zollner-Schwetz¹, E. Leitner², W. Plietschnegger³, G. Semlitsch⁴, L. Reiter⁵, V. Stepan⁶, G. Reichl⁷, C. Bretterklieber⁸, E. Mörth⁹, J. Pavek¹⁰, P. Parsche¹¹, W. Schneider¹², S. Grabner², R. Krause¹, C. Högenauer¹²; ¹Sektion für Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria, ²Institut für Hygiene, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria, ³Abteilung für Innere Medizin, Bramherzige Brüder, Krankenhaus St. Veit/Glan, St. Veit/Glan, Austria, ⁴Ordination MedCenter, Judentburg, Austria, ⁵Interne Abteilung, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Standort Marschallgasse, Graz, Austria, ⁶Abteilung für Innere Medizin, Krankenhaus der Elisabethinen Graz, Graz, Austria, ⁷Abteilung Innere Medizin II, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Standort Eggenberg, Graz, Austria, ⁸Interne Abteilung, Landeskrankenhaus Rottenmann, Rottenmann, Austria, ⁹Ordination, Lassnitzhöhe, Austria, ¹⁰Ordination, Weiz, Austria, ¹¹Ordination, Kapfenberg, Austria, ¹²Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria.

Background: A European study revealed clarithromycin primary resistance in *Helicobacter pylori* to be the highest in Austria among all 18 coun-

tries (36.6%; Megraud F, Gut, 2013). As Austria was represented by a single center, it is not feasible to infer from this data on regional resistance patterns. As the rate of clarithromycin resistance is crucial for the choice of the eradication regime, we evaluated primary and secondary resistance rates of *H. pylori* in Southern Austria in 10 centers **Methods:** In a prospective multicenter study in 2014 in Styria and Carinthia, stomach biopsies were taken during routine gastroscopy. *H. pylori* was cultivated and the MICs for antimicrobials were determined according to EUCAST. Resistance to clarithromycin was determined by sequencing of the peptidyltransferase loop region of the 23S rRNA gene.

Results: 110 *H. pylori* isolates were cultivated from patients without prior eradication therapy. Primary resistance to clarithromycin, levofloxacin and metronidazole was 15.5%, 10% and 8.2% respectively (figure 1). None of the strains were resistant to amoxicillin and tetracycline. 21 isolates were cultivated after failed eradication therapy; in these isolates resistance to clarithromycin, levofloxacin and metronidazole was 66.7%, 14.3% and 33.3% respectively (figure 1). Of 29 clarithromycin resistant isolates tested, the predominant mutations found were A2143G in 17 and A2142G in 6 isolates.

Conclusion: Primary resistance to clarithromycin and levofloxacin was markedly lower in Southern Austria than recently published. Our findings suggest that the classic triple therapy consisting of PPI, clarithromycin and amoxicillin is still a valid empiric eradication option in Southern Austria.

STUDIE 13 Q-Fever in Österreich 2013

I. Zollner-Schwetz¹, S. Rapf², R. Krause¹, G. Hartmann², R. Bellmann-Weiler³, J. M. Kern⁴, R. Gattringer⁵, U. Sagef⁶, H. Burgmann⁷, F. Allerberger⁸; ¹Sektion für Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria, ²Abteilung Krankenhaushygiene und Infektionsvorsorge, Landeskrankenhaus Feldkirch, Feldkirch, Austria, ³Infektiologie, Immunologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik VI, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria, ⁴Division Medizinische Mikrobiologie, Universitätsinstitut für Medizinisch-Chemische Labordiagnostik, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, SALK, Salzburg, Austria, ⁵Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin, Elisabethinen Linz, Linz, Austria, ⁶Universitätsklinik für Hygiene und Mikrobiologie, Universitätsklinikum St. Pölten, St. Pölten, Austria, ⁷Klinische Abteilung für Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Wien, Wien, Austria, ⁸Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernäh-

ungssicherheit (AGES), Wien, Austria.

Einleitung: Q-Fieber ist eine Zoonose, die durch das Bakterium *Coxiella burnetii* ausgelöst wird und weltweit verbreitet ist. Bei einer rezenten österreichischen Studie lag die Seroprävalenz bei etwa 500 Gesunden bei 2% (Tobudic S, 2014). In Österreich gehört Q-Fieber nicht zu den meldepflichtigen Erkrankungen, daher ist die genaue Zahl der Erkrankungen unbekannt. Im Jahr 2009 wurden im Rahmen einer Erhebung 3 Q-Fieberfälle in Westösterreich identifiziert (Allerberger F, 2009). Ziel unserer Studie war, die Anzahl der Q-Fieberfälle in Österreich im Jahr 2013 zu erheben. **Methoden:** Es wurden 124 internistische Abteilungen in Österreich per E-Mail kontaktiert und befragt, ob im Jahr 2013 stationäre oder ambulante Patienten/innen mit Q-Fieber diagnostiziert bzw. behandelt wurden.

Ergebnisse: Wir erhielten von 75 der 124 Abteilungen (60,5%) eine Rückmeldung. In keiner der Abteilungen wurden 2013 ambulante oder stationäre Patienten/innen mit Q-Fieber diagnostiziert bzw. behandelt.

Conclusion: Im Jahr 2013 konnten keine Q-Fieberfälle nachgewiesen werden. Die Seroprävalenz von 2% legt den Verdacht nahe, dass Q-Fieber in Österreich unterdiagnostiziert oder bei den Patienten klinisch inapparent verlaufen ist.

STUDIE 14 Invasive nontyphoidal Salmonellosis in a Tertiary Care Teaching Hospital (2000 – 2015) – Overview of Clinical Presentations, Organ Involvement, Bacteriology and Case Report on a Postoperative Osteomyelitis by *Salmonella Bovismorbificans*

A. Lenger, E. Zeittlberger, F. Asboth, O. Janata; Donauespital-SMZ0, Wien, Austria.

In a review of microbiological and clinical data from 2000 – 2015 we found 72 cases of invasive nontyphoidal salmonellosis.

There were 33 patients with positive blood cultures – in 15 (45%) of them this was associated with clinical gastroenteritis, both positive blood and stool cultures could be found in 12 patients (36%). Urinary cultures yielded a positive result in 30 cases. The most frequent extraintestinal organ manifestations were skin and soft tissue infections (8), followed by bone and joint (including prosthetic) infections (6), lung and pleural infections (4), endovascular and vascular graft infections (3), Myocarditis (2), Nephritis (2), Hepatitis (2), Pancreatitis (1), Prostatitis (1). 5 patients presented with multiple organ involvement. These findings are in accordance with literature describing extraintestinal focal infection following bacteremia at any site – urinary tract, lung, pleura, heart, bones, joint, muscle, CNS. The majority

of patients were over 50 years old (58%), the age groups 0 – 5, 6 – 15 and 16 – 50 years presented around 13 % each. The main causative agent was *Salmonella enteritidis*, but there were also a fatal sepsis in a toddler caused by the exotic *Salmonella Kintambo* and *S. Poona* associated with a lizard at home and an osteomyelitis following osteosynthesis of the elbow in a child caused by *Salmonella Bovismorbificans* where the vector remained unknown. For this serovar foodborne outbreaks (hummus, alfalfa seeds) and transmission by cats have been reported, neither of these applies to our patient. The latter case will be presented and discussed in detail.

STUDIE 15 Integrated Analysis of Emergent Drug Resistance through 48 Weeks from Clinical Studies of HIV-1 Treatment-Naïve Subjects Receiving EVG/COBI/FTC/TAF

N. A. Margot¹, K. M. Kitrinis¹, M. W. Fordyce¹, S. McCallister¹, M. D. Miller¹, R. J. Ribarics², C. Callebaut¹; ¹Gilead Sciences Inc., Foster City, CA, United States, ²Gilead Sciences GesmbH, Vienna, Austria.

Background: The single tablet regimen Elvitegravir(E)/Cobicistat(C)/Emtricitabine(F)/Tenofovir alafenamide (TAF) [E/C/F/TAF] has been evaluated in one Phase 2 (GS-US-292-0102) and two Phase 3 (GS-US-292-0104, GS-US-292-0111) clinical trials comparing E/C/F/TAF to E/C/F/Tenofovir disoproxil fumarate (TDF). An integrated resistance analysis at Week 48 across these 3 studies was conducted.

Methods: HIV-1 resistance testing was conducted using commercial assays to assess PR/RT/IN susceptibility to study drugs. Patients with HIV-1 RNA >400 copies/mL at time of virologic failure were evaluated for resistance.

Results: HIV-1 subtype B was found in 87% of the 1903 treated patients. Pre-existing primary resistance-associated mutations (RAMs) were detected at baseline: 7.5% had NRTI-RAMs, 18.2% had NNRTI-RAMs, and 3.4% had PI-RAMs. HIV-1 subtype or baseline RAMs did not influence treatment response at Week 48. In the E/C/F/TAF group, 19 patients qualified for on-treatment resistance analyses (1.9%; 19/978). Seven patients (0.7%, 7/978) developed NRTI-RAMs (K65R, n=1; M184V/I, n=7), including 5 patients who developed primary INSTI-RAMs (T66A, n=2; E92Q, n=2; Q148R, n=1; N155H, n=1). In the E/C/F/TDF group, 22 patients qualified for on-treatment resistance analyses (2.4%; 22/925). Seven patients (0.8%, 7/925) developed NRTI-RAMs (K65R, n=2; K70K/E, n=1; M184V/I, n=7), including 4 patients who developed primary INSTI-RAMs (E92Q, n=3; Q148R, n=2). Similar patterns of emergent mutations were observed in each treatment group.

Conclusions: E/C/F/TAF achieved a high level of virologic suppression in HIV-1 treatment-naïve patients through 48 weeks of treatment. Presence of PI-, NNRTI-, or NRTI-RAMs at baseline did not affect treatment response to either regimen. Emergence of resistance was rare (<1%) and comparable between the 2 arms.

STUDIE 16

Einfluss verschiedener pathophysiologischer Faktoren auf die antimikrobielle Aktivität von Telavancin – eine potentielle Grundlage für ein Standard Setting für pharmakodynamische Untersuchungen von neuen Antibiotika

Z. A. Oesterreicher, S. Strommer, T. Peilensteiner, M. Zeitlinger; Department of Clinical Pharmacology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

Rationale: Empfindlichkeit und pharmakodynamische Untersuchungen antimikrobieller Substanzen werden üblicherweise unter standardisierten Bedingungen durchgeführt. Zwar macht dies Resultate vergleichbar, doch reflektiert es nicht physiologische Konditionen im menschlichen Körper an verschiedenen Orten einer Infektion. Diese Arbeit untersucht den Einfluss physiochemischer Faktoren wie auch das Vorhandensein von Proteinen auf die Pharmakodynamik.

Methoden: Neben Telavancin wurden die Glycopeptide Vancomycin und Teicoplanin und neben dem Referenzstamm von *Staphylococcus aureus* ATCC29213 20 klinische Isolate für ausgewählte Experimente zum Vergleich getestet. Die minimal inhibitorische und bakterizide Konzentration wurden bestimmt und Wachstumskurven durchgeführt, wobei Müller Hinton Broth (MHB) als Referenzmedium diente. Der Einfluss verschiedener Albumin- und Surfactant-Konzentrationen wie auch pH und Temperaturveränderungen wurden untersucht.

Resultate: Bei einem pH von 7 und 37° reduzierte die Zugabe von menschlichem Albumin die antimikrobielle Aktivität von Telavancin (Plasmaproteinbindung (PPB) 85 bis 90%) abhängig von der Konzentration bis zu 4log10 Stufen nach 24h bei 0,25µg/ml. Wie erwartet zeigte sich ein ähnlicher, allerdings geringerer Einfluss bei Teicoplanin (PPB 90%) und Vancomycin (PPB 50%). Bei 42° war der Einfluss von Albumin ähnlich, bei 32° noch größer. Die Verringerung von pH7,4 auf pH6 minimierte den Einfluss von Albumin auf die Aktivität von Telavancin bei 32 und 37°. Bei pH6 und 42° war der Einfluss sogar gänzlich aufgehoben. **Conclusio:** Übliche Standardmedien können die antimikrobielle Aktivität am Ort der Infektion nicht universell widerspiegeln. Die Aktivität von Telavancin wurde abgesehen von Surfactant von allen untersuchten Faktoren in unterschiedlichem Ausmaß beeinflusst. Die Entwicklung eines Stan-

dard Sets für antimikrobielle Untersuchungen sollte in Betracht gezogen werden.

STUDIE 17

Influence of Antifungal Treatment on the Performance of the Aspergillus Bronchoalveolar Lavage Lateral-Flow Device Test

S. Eigl^{1,2}, J. Prattes¹, F. Reischies¹, C. R. Thornton³, R. Krause¹, I. Zollner-Schwetz¹, T. Valentin¹, D. Buchheidt⁴, M. Reinwald⁴, H. Flick², P. Neumeister⁵, M. Hoenig^{1,2,6}; ¹Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Division of Pulmonology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ³Biosciences, University of Exeter, Exeter, United Kingdom, Exeter, United Kingdom, ⁴Department of Hematology and Oncology, Mannheim University Hospital, University of Heidelberg, Mannheim, Germany, ⁵Division of Hematology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ⁶Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, University of California, San Diego, San Diego, United States.

Background: The aim of this analysis was to evaluate the effect of mold active antifungal (AF) treatment/prophylaxis on the performance of the Aspergillus lateral flow-device (LFD) in bronchoalveolar lavage fluid (BALF) specimens.

Methods: This study was performed retrospectively at the Medical University of Graz. According to the EORTC/MSG criteria all patients with probable or proven IPA who received bronchoscopy and BALF sampling between May 2011 and April 2014 were included. Patients charts were reviewed regarding Aspergillus active treatment at the time of bronchoscopy (i.e. AF initiated at least 24 hours prior to bronchoscopy).

Results: 50 BALF samples from 49 patients were included. 46/50 (92%) cases [from 45 patients] had probable IPA, 4/50 (8%) cases [from 4 patients] proven IPA. LFD performance in patients with probable or proven IPA, with and without AF therapy is displayed in Table 1. Sensitivity for probable/proven IPA was significantly lower in those receiving mold active AF (50% versus 87%; p=0.014; Table 1). All four patients with proven IPA showed a positive LFD result although one patient has been receiving posaconazole for four days prior to bronchoscopy. BALF GM determination in this particular patient yielded a negative result [0.24 optical density index (ODI)] from the same sample. The remaining three patients with proven IPA had both, positive LFD and GM results (GM results: 2.31 ODI, 17 ODI, 18.2 ODI).

Conclusions: Our results suggest that the sensitivity of the BALF LFD assay may be reduced in the presence of mold active AF therapy.

STUDIE 18

Evidence of nosocomial transmission of hepatitis c in a region of West Styria, Austria

M. Hübner, G. C. Gußmack, H. H. Kessler; IHMU, Medizinische Universität, Graz, Austria.

Background: In a routine diagnostic laboratory, 23 patients living in a region of West Styria were identified to be infected with an identical isolate of HCV subgenotype 2a which is found to be rare in Austria.

Objectives: To investigate the exposure to risk factors of HCV infection in this group of patients. To identify and discuss the most probable source of transmission.

Materials and Methods: Patients were invited to fill out a questionnaire. Information about the patients' exposure to risk factors especially those related to the health care system was collected. **Results:** Of 23 patients that met the inclusion criteria, 16 patients participated in the study. All participants had been exposed to invasive procedures at health care institutions. The 3 health care settings, where the majority of patients had undergone procedures posing a risk of HCV transmission were identified: dentist A, urologist A, and anesthesia at hospital A. Of the 16 patients, 9 were exposed to invasive procedures at dentist A and 11 patients to invasive procedures at urologist A. 13 patients had at least one event that required general anesthesia at hospital A; however, the time period they had undergone anesthetic procedures was found to be more than 40 years. **Conclusion:** The majority of patients were exposed to invasive procedures at multiple health care settings. The number of patients that had one or more cystoscopies at urologist A was remarkable and may be the most probable source of transmission in this group of patients.

STUDIE 19

Antibiotic resistance patterns in childhood osteomyelitis 2001-2011

J. Brunner, L. Reich; Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Background: Osteomyelitis occurring during childhood is a rather rare disease. It is mostly caused by *Staphylococcus aureus*. During the last decade a worldwide emerge of methicillin resistant staphylococci (MRSA) was detected.

Objectives and Material and Methods: Our study was aimed to evaluate retrospectively the causative agents and the specific antibiotic resistance patterns of osteomyelitis cases at the Department for Pediatrics, Medical University Innsbruck, for the years 2001-2011 among children aged 0-18 years. Furthermore, the efficacy of the established first-line antibiotics was evaluated.

Results: During the study period 43 patients were

hospitalized because of an onset of osteomyelitis. In 12 cases a positive blood culture was detected (*Staphylococcus aureus* 66,7%). Cefuroxime and fosfomycin were used as first-line antibiotics. Antibiotic therapy was given intravenously for about 23,70±14,43 days (21; 5 – 51 days). Afterwards the oral antibiotic therapy was administered for 39,00±42,36 days (21; 17 – 150 days). **Conclusion:** During the study periode no emerge of multiresistant bacteria was detected. The used first-line antibiotic treatment was antibacterial according to the antibiograms. Acutally there is no need for adaptations of the used first-line therapy. Due to changing resistance patterns in specific geographic regions a further evaluation of causative bacteria and resistance patterns is needed.

STUDIE 20

Kawasaki Disease in infants: clinical data of Kawasaki patients in Tyrol from 2003-2012

J. Brunner, E. Binder, T. Giner, M. Sailer-Höck; Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Kawasaki disease (KD) is a rare vasculitis seen predominantly in children. In developing countries, it is the leading cause of childhood-acquired heart disease. Besides a case report from 1981 there have been no data published dealing with theepidemiology and clinical aspects of KD in Austria. The purpose of the present study was to investigate the clinical spectrum of KD in an entire geographically determined cohort of infants that were diagnosed and treated at the University Hospital of Innsbruck from 2003-2012. 32 patients were included in the study with a median age of 32.96 months (2-192). 59.4% of the patients were aged between six months and four years. The male-to-female ratio was 1:1.13. Clinical examination revealed non-purulent conjunctivitis and exanthema as the most common symptoms (84.4%). 75% showed oropharyngeal changes, 21.9% had gastrointestinal complaints such as diarrhoe, stomach ache or vomiting prior to diagnosis. One third of the patients were admitted with a preliminary diagnosis, whereas 78.1% were pre-treated with antibiotics. The median fever duration at the time of presentation was estimated with 4.96 days (1-14), at time of diagnosis 6.76 days (3-15).75% were diagnosed with complete, 25% with incomplete KD. Coronary complications could be observed in six patients, one with a coronary aneurysm and five with tubular dilatation of the coronary arteries.

Conclusion: KD should always be considered as a differential diagnosis in a child or adult with fever of unknown origin, as treatment can significantly decrease the frequency of coronary complications.

STUDIE 21 Herpes zoster, seborrhoisches Ekzem und neue/exacerbierte Psoriasis vulgaris sind Indikatorekrankungen für HIV

M. Kitchen¹, H. Kofler², W. Gschwantner³, D. Neururer³, M. Wilhelm⁴, F. Weber³, M. Rappold⁵, R. Zangerle¹; ¹Univ.-Klinik für Dermatologie und Venereologie, Innsbruck, Austria, ²Allergjeambulatorium, Hall in Tirol, Austria, ³Facharztpraxis, Innsbruck, Austria, ⁴Facharztpraxis, Zams, Austria, ⁵Österreichische HIV Kohortenstudie, Innsbruck, Austria.

In Österreich werden beinahe die Hälfte der Patienten mit einer HIV-Infektion erst spät diagnostiziert, wenn bereits eine Immundefizienz oder AIDS-Erkrankung vorliegt. Diese späten Diagnosen bedeuten für die Betroffenen eine schlechtere Prognose und für die Allgemeinheit höhere Kosten und größere Transmissionsgefahr. Um Diagnosen früher zu stellen, wird die HIV-Testung bei verschiedenen sogenannten Indikatorekrankungen empfohlen, bei welchen eine HIV-Prävalenz über 0,1% erwartet wird. Um potenzielle Indikatorekrankungen zu evaluieren, wurden in den letzten Jahren länderübergreifende Surveys durchgeführt (HIDES – HIV Indicator Diseases Across Europe Study) und vonseiten der Dermatologie HIV-Prävalenzraten bei PatientInnen mit Herpes zoster, seborrhoischer Dermatitis und Psoriasis (neu diagnostiziert oder exacerbierter) untersucht.

Im Kalenderjahr 2010 sowie von Jänner 2012 bis Juni 2014 wurden als Teil der europäischen Surveys an der Universitätsklinik für Dermatologie Innsbruck sowie in 4 Facharztpraxen in Tirol alle PatientInnen mit den genannten Krankheiten und einem Alter zwischen 18 und 65 Jahren zu einem HIV-Test eingeladen. Insgesamt wurden 273 Pati-

enten getestet, 169 an der Klinik und 104 im niedergelassenen Bereich. Bei 3 Personen wurde eine HIV-Infektion neu diagnostiziert:

Aufgrund der geringen Anzahl von getesteten Personen bleibt das Konfidenzintervall breit, aber das untere Konfidenzintervall lag jeweils über 0,1%, weshalb die HIV-Prävalenz von über 0,1% höchst wahrscheinlich ist. Bei PatientInnen mit Herpes zoster, seborrhoischer Dermatitis und neu diagnostizierter Psoriasis gilt die HIV-Testung deshalb als sinnvoll und kosteneffizient. Ein Nicht-Angebot eines HIV-Tests bei diesen Erkrankungen kann deshalb als Kunstfehler gesehen werden. Eine Aufnahme dieser Erkrankungen in eine nationale Leitlinie ist anzustreben.

STUDIE 22 Diagnostische und prognostische Signifikanz von plasma-Lipidparametern bei Gram-positiven und Gram-negativen Bakteriämien

A. Pizzini¹, R. Bellmann-Weiler¹, A. Sahanic¹, M. Fille², D. Orth², J. Rabensteiner³, R. Raggam³, M. Hönig³, R. Krause³, F. Lunger⁴, C. Lass-Flörl², G. Weiss¹; ¹Univ.-Klinik Innere Medizin VI, Infektiologie, Innsbruck, Innsbruck, Austria, ²Sektion für Hygiene und medizinische Mikrobiologie, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria, ³Sektion Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria, ⁴Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Einleitung: HDL als Teil des angeborenen Immunsystems scheint in der Akutphase-Reaktion und Sepsis eine bedeutende Rolle zu spielen: Weitreichende Veränderungen des HDL-Metabolismus,

Abfall der Plasmakonzentrationen und Strukturveränderungen sind beschrieben. Es konnte sowohl in vitro als auch in vivo gezeigt werden, dass HDL Lipopolysaccharid (LPS) Gram-negative Bakterien binden und neutralisieren kann. Wir untersuchten die diagnostische und prognostische Wertigkeit des HDL-Spiegels bei Bakteriämie-PatientInnen mit Gram-positiven und Gram-negativen Keimen.

Methoden: Es wurden retrospektiv die Daten von 333 PatientInnen mit ambulant erworbener Bakteriämie mit Gram-positiven (n=155) und Gram-negativen (n=178) Erregern in Hinblick auf Plasma-Lipidparameter und Routine-Laborwerte analysiert.

Ergebnisse: Für die Routinelaborparameter CRP, PCT, Triglyceride, Neutrophile und Thrombozyten konnten signifikante Unterschiede (p<0,05) zwischen Gram-positiven und Gram-negativen Bakteriämie-PatientInnen festgestellt werden. In der Gruppe der Gram-negativen Bakteriämien wiesen PatientInnen unter 70 a und Frauen signifikant niedrigere HDL-Werte auf (p=0,04). Im Gegensatz dazu sind die mittleren Triglycerid-Werte in diesen Patientengruppen bei Gram-positiven Bakteriämien signifikant höher. Ferner fand sich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen dem HDL-Spiegel zum Zeitpunkt der Aufnahme und der

Dauer des stationären Aufenthalts, wobei niedrigere HDL-Werte mit längerer Aufenthaltsdauer vergesellschaftet sind (p=0,001). Während sich für reduzierte HDL-Konzentrationen nur ein Trend zeigte, waren niedrigere LDL-Werte mit einer erhöhten 30-Tages-Mortalität assoziiert (p=0,02).

Diskussion: Unsere Ergebnisse bestätigen im klinischen Setting eine Korrelation zwischen Lipidstatus und Septikämie. Die Bestimmung von HDL- und Triglycerid-Spiegeln könnte sich als hilfreich hinsichtlich der Verdachtsdiagnose auf eine Bakteriämie mit Gram-negativen Erregern erweisen.

STUDIE 23 Modification of Antiretroviral Therapy in Austrian HIV Cohort Study between 2011 and 2014

B. Haas¹, M. Rappold², A. Steuer³, M. Geit⁴, A. Rieger⁵, M. Sarcletti², N. Taylor⁶, M. Kanatschnig⁷, G. Leierer², B. Ledergerber⁸, R. Zangerle²; ¹LKH Graz Süd-West, Standort West, Dept. of Gastroenterology with Infectious Diseases, Graz, Austria, ²Innsbruck Medical University, Dept. of Dermatology and Venereology, Innsbruck, Austria, ³Otto Wagner Hospital, Vienna, Dept. of Pulmonary Medicine, Vienna, Austria, ⁴Allgemeines Krankenhaus Linz, Dept. of Dermatology and Venereology, Linz, Austria, ⁵Medical University Vienna, Dept. of Derma-

Tabelle zu Studie 21

	Herpes zoster	Seb. Dermatitis	Psoriasis
Gesamtzahl getestet	99	85	90
Facharztpraxis		57	47
Krankenhaus	99	28	43
Alter median	40	43	45
Geschlecht männlich	57 (57,6%)	70 (82,4%)	67 (74,4%)
HIV Test positiv	1	1	1
Prävalenzrate HIV (%)	1,01	1,18	1,11
95% KI	(0,18 – 5,50)	(0,21 – 6,37)	(0,20 – 6,03)
Alter/Geschlecht	39/w	61/m	45/m
Übertragung HIV	heterosexuell	unbekannt	homosexuell
CD4-Zellzahl	190	21	302

Tabelle zu Studie 23

	Univariable HR [95% CI]	Multivariable HR [95% CI]	
Transmission category	Male injecting drug use	1.62 [1.14-2.29]	1.45 [1.02-2.06]
	Female injecting drug use	0.91 [0.46-1.75]	0.82 [0.41-1.62]
	Male heterosexual	1.01 [0.75-1.36]	0.89 [0.65-1.21]
	Female heterosexual	1.28 [0.94-1.73]	0.98 [0.72-1.34]
	MSM	1.00	1.00
Age at baseline	<30 years	0.98 [0.68-1.42]	0.98 [0.66-1.47]
	30-50 years	0.89 [0.63-1.26]	0.89 [0.62-1.27]
	≥50	1.00	1.00
Drugs/Regimen	Rilpivirin	0.15 [0.06-0.42]	0.16 [0.06-0.45]
	Efavirenz	1.04 [0.70-1.54]	1.03 [0.69-1.54]
	Atazanavir	1.75 [1.27-2.42]	1.68 [1.21-2.32]
	Raltegravir	1.20 [0.77-1.88]	1.09 [0.69-1.72]
	Other	2.98 [2.22-4.01]	3.10 [2.30-4.18]
	Darunavir	1.00	1.00
AIDS at baseline	Yes	1.73 [1.24-2.40]	1.68 [1.19-2.37]
	No	1.00	1.00

tology and Venereology, Vienna, Austria, ⁶Paracelsus Medical University Salzburg, Dept. of Internal Medicine III, Salzburg, Austria, ⁷Landeskrankenhaus Klagenfurt, Dept. of Internal Medicine, Klagenfurt, Austria, ⁸University Hospital Zurich, Division of Infectious Diseases, Zurich, Switzerland.

Background: Treatment modifications and poor adherence might still limit the success of antiretroviral therapy (ART).

Methods: Patients who started their first ART after 02/2011, were analysed for factors associated with treatment modification which could be a change or stop of drugs. Drugs analyzed were Darunavir, Atazanavir, Raltegravir, Rilpivirin, Efavirenz; Rilpivirin and Efavirenz only when taken as single tablet regimen. Cox regression methods were used to identify predictors, Kaplan-Meier estimates to calculate probabilities of modification. **Results:** 965 patients started ART, 282 with Darunavir, 161 with Atazanavir, 96 with Raltegravir, 108 with Rilpivirin, 118 with Efavirenz. Median time for taking initial ART was 11.6 months. 322 (33.4%) patients modified their initial ART. The overall probability of modification at one year was 28.7%, at two years 40.0%. In Cox regression analysis AIDS at baseline and injecting drug use of men compared with MSM have a higher risk of modification. Compared with Darunavir, Rilpivirin showed a much lower, Atazanavir and particularly "other" a higher risk for modification. Availability of more convenient treatment (28.9%) was the main reason for modification, especially in the groups "other" (43.5%), Raltegravir (34.6%) and Darunavir (31.6%). Efavirenz was modified in 52.8% due to CNS toxicity, Atazanavir in 27.8% for gastrointestinal toxicity including hyperbilirubinemia.

Conclusion: Rates of modification were still high in recent years, particularly in the first year of ART. The decreased rate of modification for Rilpivirin may be attributed to strong adherence to guidelines.

Uni- and multivariable Cox regression: Association between different baseline characteristics and modifications of initial ART

STUDIE 24

Development and Validation of a Score to Predict Acute and Early HIV Infection Risk in Men who have Sex with Men

M. Hoenigl^{1,2}, **S. Gianella-Weibel**², **S. Mehta**², **N. Green**², **J. Jenks**², **C. Anderson**², **D. M. Smith**², **S. J. Little**²; ¹Medical University of Graz, Section of Infectious Diseases, Graz, Austria, ²University of California, San Diego / Division of Infectious Diseases, San Diego, United States.

Objective: To develop and validate a score to estimate incident HIV infection risk in men who have sex with men (MSM).

Design: A retrospective analysis of risk behavior data and associated HIV test data collected at a community-based acute and early HIV (AEH) screening program.

Methods: Adult MSM who presented for HIV testing between 2008 and 2014 were retrospectively randomized 2:1 to a derivation and validation dataset. We developed a multivariate prediction model for AEH. Using the derivation dataset, each predictor associated with an AEH outcome was assigned a point value that corresponded to its odds ratio. The score was validated on the validation dataset using C-statistics.

Results: Data collected at a single HIV testing encounter from 8326 unique MSM were included in the analysis, including 200 with AEH (2.4%). Four risk behavior variables were significantly associated with an AEH diagnosis in multivariable analysis and were used to derive the AEH risk score. These four variables included: unprotected receptive anal intercourse (URAI) with a HIV positive MSM (3 points), the combination URAI plus ≥ 5 male partners (3 points), ≥ 10 male partners (2 point), and diagnosis of bacterial sexually transmitted infection (2 points) – all as reported for the prior 12 months. The C-statistic for this risk score was over 0.7 in both data sets.

Conclusions: The AEH risk score derived from risk behaviors associated with incident HIV infection may help to prioritize resources and target interventions such as pre-exposure prophylaxis, to MSM at greatest risk of acquiring HIV infection.

STUDIE 25

Cost-effectiveness of screening for acute HIV infection among Men who have Sex with Men

M. Hoenigl^{1,2}, **J. Graff-Zivin**³, **S. J. Little**²; ¹Medical University of Graz, Section of Infectious Diseases, Graz, Austria, ²University of California, San Diego / Division of Infectious Diseases, San Diego, United States, ³University of California, San Diego / Department of Economics, San Diego, United States.

Objective: To develop and evaluate the first economic model for cost estimation of a dual HIV testing algorithm (HIV antibody plus individual donation HIV nucleic acid amplification testing (ID-NAT), i.e. SDPIRC algorithm) that identifies acute (i.e. seronegative) HIV infection (AHI) among MSM in San Diego, California.

Design: A cost-analysis of adding ID-NAT to routine HIV Ab testing and comparison to two alternative testing-strategies (using rapid Ab alone and/or p24 Ab/Ag detection).

Methods: The model was based on number of tests per year, and numbers of HIV diagnoses at different stages in MSM who enrolled in the "SDPIRC" between 2006 and 2014. Incremental cost

effectiveness ratios (ICER) per diagnosis of AHI and cost per infection averted (IA) were calculated for the "SDPIRC" algorithm and two other p24 Ab/Ag based algorithms (utilizing Determine™ POC test and ARCHITECT).

Results: The ICER of adding ID-NAT to routine HIV Ab testing was \$4,764 per AHI diagnosis (ICER of "SDPIRC" algorithm versus "Determine" \$7,578, and versus "Architect" \$1,775). Estimation of IA by the "SDPIRC" algorithm ranged between 3.3 and 43 versus "rapid Ab alone", 1.5 and 20 versus "Determine", and 0.6 and 8.3 versus "Architect"; costs per IA by the "SDPIRC" algorithm were found to be less than 20% of the lifetime treatment cost of an HIV infection in all comparisons.

Conclusions: The dual "SDPIRC" screening algorithm was cost-effective among MSM, with ICERs below 8,000 USD and costs per IA below 60,000 USD when compared to algorithms utilizing rapid Ab tests alone and/or p24 Ab/Ag testing.

STUDIE 26

Plasma and Synovialflüssigkeit Pharmakokinetik von Cefuroxim und Linezolid in Patienten mit elektiver Kniearthroskopie nach intravenöser Single-dose-Applikation – eine explorative Mikrodialyse-Studie

Z. A. Oesterreicher, **M. Zeitlinger**, **R. Schwameis**; Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

Rationale: Die meisten pharmakokinetischen Studien zielen auf die Bestimmung von Plasmakonzentrationen antibakterieller Substanzen ab. Die antimikrobielle Aktivität von antibiotischen Substanzen hängt allerdings von den Konzentrationen am Infektionsherd ab, welche von jenen im Plasma abweichen können. Daher scheinen Messungen antibiotischer Konzentrationen am Infektionsherd geeigneter für pharmakokinetische/pharmakodynamische Analysen. Die septische Arthritis ist eine infektiöse Erkrankung mit steigender Inzidenzrate, hoher Morbidität und Mortalität, allerdings existieren bisher nur spärliche Informationen zu Wirkstoffkonzentrationen in Synovialflüssigkeit.

Methoden: Die lokalen Konzentrationen von Cefuroxim und Linezolid in der Synovialflüssigkeit wurden mittels Mikrodialyse evaluiert. 10 Patienten, welche einer Arthroskopie aus medizinischer Indikation benötigten, wurden in die Studie inkludiert. Arthroskopie wurde nach klinischen Standards durchgeführt und Mikrodialysesonden in den Gelenkspalt und Musculus quadrizeps implantiert. Nach intravenöser Applikation von 1500mg Cefuroxim und 600mg Linezolid wurde die Konzentrationen im Serum, Gelenkspalt und Muskel kontinuierlich über 8 Stunden mittels HPLC bestimmt und pharmakokinetische Parameter berechnet.

Resultate: Serum-Linezolid und Cefuroxim-Leveln waren vergleichbar mit den Resultaten früherer Studien. Konzentrationen in der Synovialflüssigkeit betragen für C-max und AUC₀₋₈ für Cefuroxim 52,68 µg/ml und 210,4 µg/ml/h und für Linezolid 5,95 µg/ml und 30,45 µg/ml/h in der Synovialflüssigkeit und waren mit Konzentrationen im Muskel vergleichbar. Mittlere Synovialflüssigkeits-Konzentrationen lagen für Cefuroxim bis zur Minute 390, für Linezolid bis 450 deutlich über der MIC₉₀ der Bakterien jeweiligen Wirkungsspektrums (über 8 µg/ml für Cefuroxim und 2 µg/ml für Linezolid).

Conclusio: Nach intravenöser Applikation erreichen Cefuroxim- und Linezolid-Konzentrationen über der MIC der jeweils empfindlichen Bakterien in der Synovialflüssigkeit, weshalb sie aus pharmakokinetischer Sicht für die Therapie der septischen Arthritis geeignet erscheinen.

STUDIE 27

Unacceptable test performance of a new highly automated molecular diagnostic tool for the detection of implant and tissue infections

H. Kerschner¹, **R. Gattringer**¹, **R. Hartl**¹, **C. Luger**¹, **J. Hochreiter**², **P. Apfalter**²; ¹analyse BioLab, National Reference Center for Nosocomial Infections and Antimicrobial Resistance (NRZ), Elisabethinen Hospital, Linz, Austria, ²Department of Orthopaedics and Orthopaedic Surgery, St Vincent's Hospital, Linz, Austria.

Objectives: With the growing number of joint replacements also periprosthetic joint infections are on the rise. At the moment, standard microbiological diagnostics is based on culture, but increasingly, new molecular tests enter the market. The Unyvero™ (Curetis, Holzgerlingen, Germany) implant and tissue infection (ITI) test is a new automated highly multiplexed cartridge-based system that allows for testing of 23 bacteria and 20 resistance genes. We present data from a first evaluation of this system using leftover clinical samples collected by Upper Austria's largest department of orthopaedic surgery.

Methods: Clinical samples (sonication fluids, synovial fluids and intraoperative synovial biopsies, n=48) were analysed by standard bacteriological methods and the Unyvero™ ITI cartridge. A total of 51 cartridges were used, including three repeat tests.

Results: Overall, 5/51 (10%) of the cartridges failed to yield any result and 18/51 (35%) cartridges showed failure of at least one of the eight reaction chambers containing three to six analytes. When compared to bacteriological results, 22 cartridges yielded a concordantly negative result (43%) and 12 cartridges showed a concordantly positive result (24%). Discordant results

were observed for 11 cartridges (22%), in nine of which the ITI test was presumed to be false negative. Results of six cartridges could not be compared due to technical test failure.

Conclusion: The Unyvero™ system is user-friendly and the ITI test panel covers relevant parameters. However, at the moment, in our hands its failure rate is unacceptably high and the low analytical sensitivities do not provide an advantage compared to conventional bacteriology.

STUDIE 28

A polyclonal outbreak of Linezolid-resistant Enterococcus faecium: risk factors and clinical impact

T. Valentin¹, S. Wunsch¹, E. Leitner², A. Valentin³, J. Rabensteiner², J. Prattes¹, M. Hoenigl¹, I. Zollner-Schwetz¹, R. Krause¹; ¹Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Department 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.

Objectives: Linezolid resistance in enterococci has been increasing for several years at our haematology ward. The aim of the study was to identify risk factors and to evaluate the impact on mortality and length of hospital stay (LOS).

Methods: All patients colonized or infected with linezolid-resistant E. faecium (LRE; N=57) from 2010 to 2013 were compared to a control group of patients with linezolid susceptible E. faecium (LSE; N=80) from the same ward during the same period. Thirteen available isolates were screened

for GT2576T and cfr mutation at the AMRHA Laboratory, London. Automated rep-PCR with the DiversiLab system (bioMérieux, Nürtingen, Germany) was performed to determine clonal relationships. Risk factors and outcome measures were evaluated using chart review and our electronic patient database system.

Results: All tested isolates harboured the G2576T mutation. The rep-PCR dendrogram showed 4 clusters. There was no significant difference between LRE and LSE patients concerning sex, age, comorbidities, LOS, ICU admission, neutropenia, receipt of haematopoietic stem cell transplantation, previous hospitalisations, hospital mortality and survival after one year. The only significant risk factors for LRE were previous exposure to linezolid (Chi square p<0.001, Table) or cefepime (p=0.031).

Conclusion: In our polyclonal, non-plasmid-mediated outbreak, the only risk factors for LRE were previous treatment with linezolid or cefepime. The presence of LRE did not affect mortality or LOS. However, a high incidence of LRE carries the risk of increased vancomycin usage, which might lead to the emergence of vancomycin-resistant LRE.

STUDIE 29

Amounts of (1-3)-β-D-Glucan in common immunoglobulin preparations

M. Egger¹, F. Prüller², M. K. Divjak², C. Urban¹, V. Strenger¹; ¹Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria, ²Klinisches Institut für Medizinische & Chemische Labordiagnostik, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria.

Background: Invasive fungal infections (IFI) are important causes of morbidity and mortality in immu-

Tabelle zu Studie 30

Tabelle 1	DRESS-auslösende Medikamente	HHV-6-reaktivierende Medikamente
Antiepileptika	Carbamazapin, Lamotrigin, Phenobarbital, Phenytoin, Valproinsäure, Zonisamid	Carbamazapin, Lamotrigin, Phenobarbital, Phenytoin, Valproinsäure, Zonisamid
Antimikrobiell	Ampicillin, Cefotaxim, Cotrimoxazol, Dapson, Ethambutol, Isoniazid, Linezolid, Metronidazol, Minocyclin, Pyrazinamid, Chinin, Rifampicin, Sulfasalazin, Streptomycin, Vancomycin	Amoxicillin, Cotrimoxazol, Dapson, Minocyclin, Sulfasalazin, Vancomycin
Antiviral	Abacavir, Nevirapin, Zalcitabin	
Antidepressiv	Bupropion, Fluoxetin	
Antihypertensiv	Amlodipin, Captopril	
NSAR	Celecoxib, Ibuprofen	Ibuprofen, Naproxen
Sonstige (inkl. anderer chemischer Verbindungen)	Allopurinol, Erythropoietin, Mexiletin, Ranitidin	Allopurinol, Hydrocortison, Mexiletin, Natriumbutytrat, Phorbol-12-myristat-13-acetat, Trichostatin A, Trichlorethylen

nocompromised patients. (1-3)-β-D-Glucan (BDG), a cell wall component of most clinically relevant fungi including Candida and Aspergillus sp., is a widely used marker for screening and early diagnosis of IFI. Levels <60pg/ml are considered negative, levels >80pg/ml are considered positive. Administration of intravenous Immunoglobulin preparations (IVIG) may lead to false-positive BDG serum levels. A Japanese report on an IVIG preparation with lower amounts of BDG (Ogawa et al., 2004) encouraged us to evaluate common IVIG products for their BDG content in order to describe their potential to cause false positive BDG serum levels.

Methods: We measured BDG contents in 5 IVIG preparations (IgVena®, Kiovig®, 1 batch each, Intratect®, Pentaglobin®, Privigen®, 2 batches each) based on the automated Fungitell Assay (Prüller et al., 2014)

Results: High amounts of BDG (range of means 1277.6 to 2606.0 pg/ml) were found in all tested IVIG-products with Kiovig® showing the lowest and Pentaglobin® showing the highest levels (see table 1).

Conclusion: All tested IVIG products show high levels of BDG approximately more than 10 times higher the upper limit of normal BDG serum levels indicating the potential to cause false-positive BDG serum levels.

Therefore, positive BDG results after administration of any of the tested IVIG are of no relevance. BDG free IVIG products would be desirable to avoid false-positive BDG results, possibly leading to misdiagnosis of IFI and consecutive over-treatment, and to (re-)establish this important marker even in this group of patients.

STUDIE 30

ciHHV-6 und DRESS?

C. Zurl¹, B. Kranzelbinder², S. W. Aberle³, B. Kränke², V. Strenger¹; ¹Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria, ²Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria, ³Klinisches Institut für Virologie, Medizinische Universität Wien, Wien, Austria.

Hintergrund: „Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms“ (DRESS) ist eine seltene, jedoch potenziell lebensbedrohliche Arzneimittelreaktion mit Beteiligung der Haut und der inneren Organe. Epidemiologisch als Auslöser bedeutsame Medikamente sind in Tabelle 1 aufgeführt. Ein Zusammenhang zwischen der Reaktivierung von HHV-6 und der Entstehung von DRESS wird vor allem in Asien diskutiert. ciHHV-6: Bei 0,2–5% der Bevölkerung liegt eine ererbte chromosomale Integration des HHV-6-Genoms in das menschliche Genom vor (ciHHV-6). Dies führt zum Vorhandensein von HHV-6-DNA in allen kernhaltigen Zellen (z.B. Haarwurzeln). Eine Replikation der integrierten Virus-DNA wurde beschrieben und kann u.a. durch dieselben Medikamente ausgelöst werden, die auch DRESS verursachen können (Tabelle 1).

Zwei Fallberichte von ciHHV-6 bei DRESS-Patientinnen veranlassten uns, eine mögliche Assoziation dieser beiden Phänomene zu untersuchen. Methoden: Anhand elektronischer Krankenakten wurden alle DRESS-PatientInnen des LKH-Univ. Klinikum Graz im Zeitraum von 2005–2014 identifiziert. Von diesen Personen wurden Haarwurzelproben mittels quantitativer PCR auf das Vorhan-

Tabelle zu Studie 29

Table 1. BDG concentration of common IVIG preparations, mean +/-SD of 4 measurements

IVIG preparation	mean BDG concentration +/-SD (pg/ml)
Kiovig®	1277.6 +/- 40.2
IgVena®	1843.7 +/- 158.9
Privigen® batch 1	1456.0 +/- 75.2
Privigen® batch 2	1383.3 +/- 71.6
Intratect® B batch 1	1386.2 +/- 112.3
Intratect® B batch 2	1435.7 +/- 136.2
Pentaglobin® batch 1	2606.0 +/- 8.5
Pentaglobin® batch 2	2605.4 +/- 20.1

densein von HHV-6-DNA und somit auf das Vorliegen von ciHHV-6 getestet. Eine Beta-2-Mikroglobulin-DNA-PCR wurde dabei als Genomkontrolle verwendet.

Ergebnisse: Von 24 ehemaligen DRESS-PatientInnen stimmten 12 Personen (6 Männer, 6 Frauen, Alter bei DRESS 10,4–75,1 median 45,0 Jahre) der Teilnahme an der Studie zu. Bei keiner untersuchten Person konnte ciHHV-6 nachgewiesen werden.

Diskussion: Die Ergebnisse sprechen gegen einen Zusammenhang zwischen ciHHV-6 und der Entstehung von DRESS in unserem Kollektiv. Aufgrund der geringen Fallzahl erscheinen jedoch weitere Untersuchungen notwendig.

STUDIE 31 Actinobaculum spp. an emerging pathogen?

L. Berger, G. Feierl, A. Grisold, E. Leitner; Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria.

Background: The genus *Actinobaculum* spp. was first described in 1997 and represents the following species: *A. schaalii*, *A. urinale* and *A. massiliae*. Aim of this study was to investigate the occurrence of *Actinobaculum* spp. in clinical samples over the last 8 years at the Institute of Hygiene, Medical University of Graz.

Methods: With the introduction of 16S rRNA-gene-sequencing for identification of bacteria the first *Actinobaculum* spp. could be identified in 2005 at the Institute. Therefore, all reports from 2005 to 2013, positive for *Actinobaculum* spp. were evaluated regarding species distribution, isolation site, accompanying flora and patient's age and gender.

Results: From the 132 *Actinobaculum* spp. identified, *A. schaalii* could be detected most frequently with 56.8% (75/132), followed by *A. massiliae* (32.6%;43/132), and *A. urinale* (9.10%;12/132). The 75 *A. schaalii* were mainly found in abscesses (25), wounds (18) and ejaculate (12); the 43 *A. massiliae* were mainly found in ejaculate (11), genital- (10) and urethra-samples (9). *A. schaalii* was the only species detected in blood. The accompanying flora was highly diverse, headed by *Staphylococcus* spp. (13.3%;44/331), *Streptococcus* spp. (11.50%;38/331) and *Enterococci* (9.1%;30/331). The median age of patients was 46 years (range; <1 to 89 years) and 64.9% (85/131) of the samples were derived from men and 25.1% (46/131) from women.

Conclusion: *Actinobaculum* spp. are emerging pathogens. Especially *A. schaalii* should be considered as new cause of chronic urogenital infections. According to the literature treatment can be performed with β -lactam antibiotics.

STUDIE 32 Bundesweite Querschnittsstudie zur Seroprävalenz von Antikörpern gegen das Hepatitis-E-Virus in Österreich

H. Lagler¹, W. Pöppl¹, H. Winkler¹, H. Herkner², A. Faas³, G. Mooseder⁴, H. Burgmann¹; ¹Div. of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Dept. of Internal Medicine 1, Medical University of Vienna, Vienna, Austria, ²Department of Emergency Medicine, Medical University of Vienna, Vienna, Austria, ³Institute for Medical Support, Military Hospital Vienna, Vienna, Austria, ⁴Department of Dermatology and Tropical Medicine, Military Hospital Vienna, Vienna, Austria.

Die Anzahl neu diagnostizierter Hepatitis-E-Virus (HEV)-Infektionen ist weltweit steigend, weshalb die Aufmerksamkeit gegenüber autochthonen Infektionen in Europa in den letzten Jahren zugenommen hat. Primäres Ziel dieser Studie war, aufgrund von fehlenden HEV-Seroprävalenz Daten aus Österreich, erstmalig die bundesweite HEV Seroprävalenz zu bestimmen. Sekundäre Ziele waren Risikofaktoren für eine HEV-Infektion von Zivilpersonen und Berufssoldaten des österreichischen Bundesheeres mithilfe erhobener epidemiologischer Daten ausfindig zu machen. Darüber hinausgehend wurden Unterschiede von Routinelaborparametern bei HEV-Antikörper-positiven Studienteilnehmern gegenüber Antikörper negativen beschreiben. Es wurden im Zeitraum von April bis September 2009 bei 997 gesunden Erwachsenen (Berufssoldaten und Zivilisten) im Zuge der Erstuntersuchung beim österreichischen Bundesheer zusätzlich zu den Routinelaborparametern HEV-spezifische Immunglobulin-G-(IgG)-Antikörper mittels Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) bestimmt. Epidemiologische Daten wurden mithilfe eines Fragebogens erhoben. Die Seropositivität von viruspezifischen IgG-Antikörpern gegen HEV betrug bundesweit insgesamt 14,3%. Sie stieg signifikant mit dem Alter an und war auch signifikant erhöht bei Individuen mit zurückliegenden Militäreinsätzen im Ausland (21,4% vs. 9,9%) und Berufssoldaten im Alter von 30-39 Jahren (20,2% vs. 7,3%). HEV-IgG-Antikörper-positiv Individuen hatten signifikant höhere Laborwerte von Lebertransaminasen, Cholesterin und Nüchtern-Blutzucker als HEV-IgG-Antikörper-negative. Diese erste bundesweite HEV-Seroprävalenz-Studie zeigte deutlich, dass HEV in allen Regionen Österreichs endemisch ist. Österreichische Berufssoldaten, besonders mit mehreren Auslandseinsätzen, sind im Vergleich zu Zivilisten einem erhöhten Risiko ausgesetzt, eine HEV-Infektion durchzumachen. Weiterführende Studien über die Ursache und mögliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit von erhöhten Laborwerten bei asymptomatischen HEV-positiven Personen werden empfohlen.

STUDIE 33 Behind the curtain of biofilms: insight into bacterial biofilms of central venous catheters.

A. Fuchs¹, A. Bragina¹, R. Krause², G. Berg¹; ¹Graz University of Technology, Institute of Environmental Biotechnology, Graz, Austria, ²Medical University of Graz, Department of Internal Medicine, Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Graz, Austria.

Biofilm formation plays a central role in the development of catheter-associated infections especially during long-term catheterization. Despite high mortality rates and treatment costs, the structure and colonization pattern remains mostly unexplored. The limitations of cultivation-dependent analyses emphasize the importance of biofilm studies when using a cultivation-independent approach. In the current study, we have taken a multiphasic approach to characterizing bacterial biofilms in central venous catheters (CVCs) that were removed from the patient's body due to suspected catheter related infection. The biofilms at the intravasal CVC sites were visualized using fluorescence in situ hybridization (FISH) and confocal laser scanning microscopy (CLSM) followed by computer-assisted image analysis. The microbial diversity was resolved using 16S rRNA gene clone libraries. Analysis of the clone libraries revealed the presence of *Staphylococcus aureus* and other biofilm-relevant clinical species. Surprisingly, *Brucella* sp. and *Herbaspirillum seropaedicae* were detected in CVC-associated biofilms. Furthermore, the *S. aureus* strain ATCC 25923 was tested in-vitro for biofilm formation in a specially developed experimental system. The experimental setup allowed us to monitor the increase of bacteria on the catheter surface over time. A better

understanding of colonization structure and diversity within the biofilms on the CVC surfaces is expected to facilitate prevention and adequate treatment of the CVC-associated bacteremia.

STUDIE 34 Renale Nebenwirkungen von Cidofovir bei pädiatrischen, hämato-/onkologischen PatientInnen

S. Klein, J. Metz, D. Sperl, H. Lackner, C. Urban, V. Strenger; Universitätsklinik f. Kinder- und Jugendheilkunde, Klinische Abteilung f. Pädiatrische Hämato-Onkologie, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria.

Ziel: Cidofovir (CDV) zeigt virustatische Aktivität gegen DNA-Viren wie Adenoviren, Herpesviren und Polyomaviren.

Bisher existieren wenige Daten zur Nephrotoxizität durch Cidofovir in der Pädiatrie.

Methoden: Retrospektiv wurden Kreatinin und Harnstoff von PatientInnen untersucht, welche Cidofovir zwischen Jänner 2006 und März 2014 an der pädiatrischen Hämato-Onkologie erhalten haben. Diese Nierenparameter wurden vor, direkt nach und einen Monat nach der Cidofovir-Therapie-Episode analysiert.

Ergebnisse: Wir analysierten 103 Episoden bei 72 PatientInnen (Alter: 8 Monate – 30 Jahre). Pro Episode wurden 1 bis 20 (median 3) Cidofovir-Infusionen verabreicht. Die medianen Kreatininwerte zeigten im Vergleich zu den Ausgangswerten (0,1–1,2, median 0,4 mg/dl) sowohl direkt nach der Cidofovir-Therapie-Episode (0,11–1,64, median 0,4 mg/dl, -57,1% bis +250%, median +2,1%, p=0,014) als auch einen Monat danach (0,15–1,51, median 0,4 mg/dl, -79,2% bis +229%, median +6%, p=0,004) einen signifikanten Anstieg. Die Harnstoffwerte zeigten keinen

Abbildung zu Studie 34

	median (min-max)	Veränderung (vs. Ausgangswert) median (min-max)	p-Wert (vs. Ausgangswert)	Test
Kreatinin (mg/dl)				
Ausgangswert (n=103)	0,40 (0,10-1,20)	-	-	
Nach CDV-Therapie (n=101)	0,40 (0,11-1,64)	+2,1% (-57,1% – +250%)	0,014	Wilcoxon
1 Monat nach CDV-Therapie (n=81)	0,40 (0,15-1,51)	+6% (-79,2% – +229%)	0,004	Wilcoxon
Harnstoff (mg/dl)				
Ausgangswert (n=101)	25 (5-83)	-	-	
Nach CDV-Therapie (n=91)	23 (1-87)	-3,6% (-93,8% – +520%)	0,771	T-Test
1 Monat nach CDV-Therapie (n=76)	22 (8-93)	±0% (-480% – +70,2%)	0,928	Wilcoxon

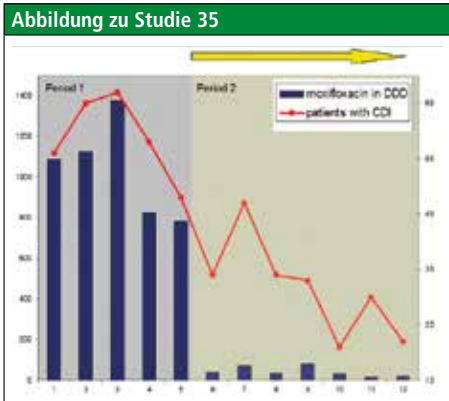
signifikante Veränderung. Details zeigt Tabelle 1. **Schlussfolgerung.** Obwohl sich ein signifikanter Anstieg der Kreatininwerte zeigte, blieben die Nierenparameter in einem akzeptablen Rahmen. Die Verabreichung anderer nephrotoxischer Substanzen könnte zu den beobachteten Veränderungen beigetragen haben. Mit den getroffenen Supportivmaßnahmen (Hydratierung und Probenecid) hat Cidofovir vertretbare renale Nebenwirkungen bei pädiatrischen hämato-/onkologischen PatientInnen.

STUDIE 35 Decreasing Clostridium difficile infections by an antimicrobial stewardship program reducing moxifloxacin use.

Judith Maria Wenisch¹, Susanne Equiluz-Bruck¹, Marta Fudel¹, Ingun Reiter¹, Andrea Schmid², Erna Singer³, Andreas Chott²

¹ Department of Hospital Hygiene, ² Department of Pathology and Microbiology, ³ Hospital Pharmacy, Wilhelminenspital, Vienna, Austria

Objectives: Clostridium difficile infections (CDI) in hospitalized patients are known to be closely related to antibiotic exposure. Although several substances can cause CDI, risk differs between individual agents. In Vienna and other eastern parts of Austria, CDI ribotype 027 is currently highly prevalent. This ribotype has the characteristic of intrinsic moxifloxacin resistance. Therefore we hypothesised, that moxifloxacin restriction could decrease CDI cases in hospitalized patients. **Methods:** The antibiotic stewardship (ABS) group applied an information campaign on CDI and formal restriction of moxifloxacin in this 1000-bed tertiary care hospital. The pre-intervention period (period1) was January-May and the intervention period June-December 2013 (period2). Defined Daily Doses (DDD) of moxifloxacin and CDI pa-



tients / month were recorded. **Results:** Moxifloxacin use was reduced from 1038 ± 109 DDD per month (period 1), to monthly 42 ± 10 DDD (period 2) (p= 0.0045). Total antibiotic use was not affected. CDI cases were 59 ± 3 (mean ± SEM) per month in period 1 and 32 ± 3 per month in period 2 (46% reduction, p=0.0044). **Conclusion:** Reducing moxifloxacin use in combination with structured information on CDI was associated with an immediate decrease in CDI rates in this large community teaching hospital.

Figure 1. Moxifloxacin use and Clostridium difficile infections (CDI)
A: Monthly moxifloxacin use (dark blue bars) and CDI (red line) during the year 2013 before (period 1) and after (period 2) antimicrobial stewardship interventions. Moxifloxacin use is depicted in DDD (left y-scale), CDI are depicted in absolute numbers (right y-scale).
B: Monthly recorded number of CDI correlated with moxifloxacin use in DDD (r = 0.91)

Für die Posterausstellung zugelassene Fälle

FALL 1 Malariafall 1 – Wie viele Jahre nach einem Tropenaufenthalt muss man noch mit einer Malaria rechnen? Ein Fallbeispiel

M. Széll¹, K. D. Herbich², A. Markoska³, C. Sebesta⁴; ¹SMZ Ost – Donauespital / Hygieneteam, Wien, Austria, ²SMZ Ost – Donauespital / Aufnahmestation, Wien, Austria, ³SMZ Ost – Donauespital / 3. Med. Abteilung, Wien, Austria, ⁴SMZ Ost – Donauespital / 2. Med. Abteilung, Wien, Austria.

Ein 24-jähriger Patient nigerianischer Herkunft wird wegen eines fieberhaften Infektes in unserer Notfallambulanz vorgestellt. Er gibt an, seit drei Tagen Fieber und Krankheitsgefühl zu haben. Neben 39,1°C Körpertemperatur ist im Labor auch eine deutliche Thrombopenie (41 G/l) auffällig. Wegen der gerade in den Medien aktuellen Ebolaepidemie wird umgehend ein Tropenmediziner beigezogen. Obwohl der Patient angibt, zuletzt vor über drei Jahren in Afrika gewesen zu sein, wird eine Malariaadiagnostik durchgeführt, welche positiv auf *Pl. falciparum* ist. Der weitere klinische Verlauf ist unauffällig, die Therapie der unkomplizierten Malaria tropica erfolgt mit Malarone. Wegen der ungewöhnlich langen „Inkubationszeit“ wurde von uns eine Literaturrecherche durchgeführt. Eine so späte Manifestation einer Malaria tropica ist nur in wenigen Einzelfällen bis jetzt publiziert worden. Es zeigte sich auch, dass in diversen Guidelines bezüglich der Diagnostik der Malaria auf die Möglichkeit einer Rekrudeszenz nach vielen Jahren nur unzureichend hingewiesen wird.

Conclusio: Jeder Patient mit Fieber und Thrombopenie sollte nach einem Tropenaufenthalt, unabhängig vom Zeitpunkt der Reiserückkehr, auf Malaria getestet werden.

FALL 2 Malariafall 2 – Malaria tertiana (Pl. ovale wallikeri) mit Komplikationen

V. Völkel¹, M. Széll², K. D. Herbich³, M. Groger^{4,5}, M. Ramharter⁴, C. Sebesta¹; ¹SMZ Ost – Donauespital / 2. Med. Abteilung, Wien, Austria, ²SMZ Ost – Donauespital / Hygieneteam, Wien, Austria, ³SMZ Ost – Donauespital / Aufnahmestation, Wien, Austria, ⁴Medizinische Universität Wien / Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin / Klinik für Innere Medizin I, Wien, Austria, ⁵Hôpital Albert Schweitzer / Centre de Recherches Médicales de Lambaréné, Lambaréné, Gabon.

Ein 33-jähriger Österreicher wurde aufgrund von seit einer Woche bestehendem Husten und Fieberschüben bis 40 Grad in unserer Notfallambulanz vorgestellt. Im Labor waren ein deutlich erhöhter Entzündungswert (CRP 155mg/l) sowie eine mar-

kante Thrombopenie (70G/l) auffällig. Bei der neuerlichen Anamnese gab der Patient an, vier Monate zuvor von einer Kenia-Reise zurückgekehrt zu sein. Eine Malariaphylaxe mit Lariam wurde ordnungsgemäß eingenommen. Der umgehend durchgeführte Malaria-Schnelltest war positiv, im Blutausschlag wurde Plasmodium ovale mit einer Parasitendichte von 0,5–1% nachgewiesen. Der Patient wurde stationär aufgenommen und mit Resochin behandelt. Im Laufe des fünftägigen stationären Aufenthaltes kam es sowohl zu einer Einschränkung der Nierenfunktion (Kreatinin 2,0 mg/dl) als auch zu einer Oxygenierungsstörung (88% Sauerstoffsättigung bei Raumluft), sodass der Patient ein Überwachungsbett erhielt. Der Nadir der Thrombozytenzahl betrug 38G/l. Erst vier Tage nach Therapiebeginn war der Patient fieberfrei und die Organfunktionen normalisierten sich. Nach der Abschlusstherapie mit Primaquin kam es bis dato zu keinem Rückfall. Die PCR zeigte eine Monoinfektion mit *Pl. ovale wallikeri*. In der medizinischen Fachliteratur gilt eine Infektion mit *Pl. ovale* generell als mild verlaufend, Organmanifestationen sind kaum beschrieben.

Conclusio: 1. Eine Malariaphylaxe bietet insbesondere bei *M. tertiana* keinen vollständigen Schutz. 2. Bei jedem Patienten mit unklarem Fieber sollte eine Reiseanamnese durchgeführt werden. 3. *Pl. ovale* kann mit Organkomplikationen einhergehen. 4. Zur Diagnosesicherung sollte in Einzelfällen eine PCR durchgeführt werden.

FALL 3 Penicillium marneffeii on acral necrosis following meningococcal sepsis

A. J. Schiefecker¹, R. Beer¹, B. Pfaußler¹, M. Kofler¹, S. Spielberger¹, B. Risslegger², C. Lass-Flörl², D. Orth-Höller², R. Helbok¹, E. Schmutzhard¹; ¹Medizinische Universität Innsbruck/Department of Neurology/NeuroIntensive Care Unit, Innsbruck, Austria, ²Medizinische Universität Innsbruck/Department of Hygiene and Microbiology, Innsbruck, Austria.

A 41-year-old otherwise healthy male was admitted to the neuro-intensive care unit with septic shock due to Neisseria meningitidis type C requiring mechanical ventilation and very high doses of vasopressors; in spite of this and immediate antibiotic therapy he developed disseminated intravascular coagulation (DIC), acral necrosis of all extremities (figure A/B/C) and renal failure requiring continuous renal replacement therapy. On day 21 the patient could be extubated. Sixteen days later, white colonies, microscopically Penicillium marneffeii (figure A), appeared on the right foot. Liposomal amphotericin B (1.18mg/kgBW/24h) was added and plastic surgery with amputation of

the necrotic fingers and legs (day 44) performed. Histologic examination proved colonization of the necrotic tissue without invasive fungal infection. The patient could be discharged to a rehabilitation facility (day 72) for prosthetic therapy. Six months later, he was able to walk unassisted and resumed his job in the administration of a hotel.

FALL 4 Oligoarthritis in a child caused by *Borrelia bavariensis*

M. Markowicz¹, S. Ladstätter², A. Schötta¹, M. Reiter¹, G. Pomberger², G. Stanek¹; ¹Institute for Hygiene and Applied Immunology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria, ²Donauspital, Paediatric Surgery Department, Vienna, Austria. Lyme borreliosis is an infectious disease caused by certain species of tick-borne spirochaetes of the *Borrelia burgdorferi* sensu lato complex. In the majority of cases, Lyme borreliosis presents with an enlarging skin infection called erythema migrans. However, the pathogen can spread to other organs including joints leading to arthritis. The diagnosis is based on the clinical presentation and results of appropriate laboratory tests. We present a rare case of Lyme oligoarthritis in an 11-year-old boy from Vienna, Austria who had been suffering from chronic arthralgia for many years and finally developed swellings of both knees and the left ankle. We detected borrelial DNA in two joint aspirates using PCR methods. Sequencing results revealed *B. bavariensis* in both joints. Treatment with amoxicillin for four weeks was successful led to full remission of symptoms. Our case illustrates that Lyme arthritis must be taken into account in European patients with persisting joint effusions. Antibiotic treatment is highly effective. To our knowledge, no other reports have been published on direct detection of *Borrelia burgdorferi* sensu lato in multiple joints. This finding is a further evidence for the systemic character of the disease.

FALL 5 Schirlaub in Indien – Reiseandenken inklusive

M. C. Laimer, R. Bellmann-Weiler, G. Weiss; *Universitätsklinik für Innere Medizin VI, Infektiologie, Pneumologie und Rheumatologie, Innsbruck, Austria.* Zwei Tiroler, 38 und 40 Jahre alt, beklagen zehn Tage nach einem Schirlaub in Kaschmir Diarrhoe, abdominale Schmerzen und reduzierten Allgemeinzustand. Rifaximin hat bisher keine Besserung erbracht. Bei der klinischen Verdachtsdiagnose einer Lambliasis beginnen wir mit Metronidazol, was zu einer prompten Besserung führt. Im Stuhl werden bei einem Patienten *Giardia-lambli*-Zysten nachgewiesen, bei beiden Patienten kommt es zu einer Konversion der Lambliasenserologie. Unmittel-

bar nach Absetzen von Metronidazol kehren die Symptome und die Zysten im Stuhl jedoch wieder. In weiterer Folge werden Albendazol als Monotherapie, Albendazol und Metronidazol als Kombination sowie Paromomycin und Metronidazol als Kombination über drei Wochen verabreicht. Es kommt jeweils entweder nur zu einer unzureichenden Besserung oder zu einem sofortigen Relaps der Beschwerden. Nitazoxanid als Alternative ist in Europa nicht erhältlich. Therapierefraktäre *Giardia-lambli*-Erkrankungen sind beschrieben, Reinfektionen als Ursache sind in unserem Fall auszuschließen. Es ist bekannt, dass im Gefolge einer Lambliasis über einen längeren Zeitraum eine Lactoseintoleranz und/oder protrahierte Beschwerden durch eine anhaltende Entzündung des Duodenum auftreten können. Das parallele Wiederauftreten von Beschwerden bei beiden Patienten, sowie die jeweils anhaltend nachweisbaren *Giardia*-Zysten im Stuhl (bei einem Patienten) lassen auf resistente Lamblien schließen. Eine Kombination aus Paromomycin (3x500mg) und Albendazol (2x400mg, jeweils mit 40g Fett eingenommen) über 10 Tage führt zu einer Ausheilung.

FALL 6 Hepatosplenomegalie und B-Symptomatik, nur Karies?

M. C. Laimer, R. Bellmann-Weiler, G. Weiss; *Universitätsklinik für Innere Medizin VI, Infektiologie, Pneumologie und Rheumatologie, Innsbruck, Austria.* Ein 29-jährige Patientin wird wegen Rückenschmerzen, Fieber, Gewichtsverlust und Nachtschweiß vorgestellt. In der Vorgeschichte besteht ein Z.n. i.v. Drogenabusus, eine Hepatitis C wurde vor Jahren erfolgreich behandelt und ist aktuell ausgeheilt. Bei initialem Verdacht auf hämatologische Grunderkrankung zeigen sich im CT eine massive Hepatosplenomegalie, winzige pulmonale Noduli, jedoch keine Lymphadenopathie, im Labor deutlich erhöhte Entzündungszeichen. Wir geben antibiotisch Ospexin und Levofloxacin und betreiben in der Folge eine breite Diagnostik mit TEE, PET, Knochenmarkspunktion, Leberpunktion sowie ausgedehnter Serologie und Bakteriologie. Eine Speicherkrankheit (M. Gaucher) wird ebenso ausgeschlossen. In den Blutkulturen wird einmal *Klebsiella pneumoniae*, einmal *Stenotrophomonas maltophilia* gezüchtet. Als einziger Fokus ergibt sich letztlich ein ruinöser Zahnstatus. In Vollnarkose werden sieben Zahnreste operativ entfernt. Aufgrund der massiven Splenomegalie mit 20x14cm entscheidet man sich zu einer Splenektomie, einseitig wegen der Rupturgefahr, andererseits um auch mit letzter Sicherheit ein Milzlymphom auszuschließen. Die Milzhistologie ist unauffällig, aus dem Gewebe wird *Streptococcus salivarius* ge-

züchtet. Nach den oben genannten Maßnahmen kommt es nur zu einer kurzfristigen Besserung. In den folgenden Monaten müssen immer wieder wechselnde antibiotische Therapien bei multiplen positiven Blutkulturen verabreicht werden. Letztendlich gibt die Patientin zu, sich intermittierend Morphin i.v. zu verabreichen. Hierzu muss die Tablette abgewaschen, aufgekocht und ausgedrückt werden, die trübe Lösung wird anschließend durch einen Zigarettenfilter unsteril aufgezogen und i.v. verabreicht. Nach Aufnahme ins Methadonprogramm können alle Antibiotika abgesetzt werden.

FALL 7 Eine ungewöhnliche „Metastasierung“

S. M. Mair, M. Laimer, R. Bellmann-Weiler, G. Weiss; *Universitätsklinik für Innere Medizin VI – Infektiologie, Immunologie, Tropenmedizin, Rheumatologie, Pneumologie, Innsbruck, Austria.* Eine 74-jährige Patientin wird mit Nachtschweiß, Fieber, Gewichts- und Leistungsverlust seit einem Jahr, sowie Husten und zunehmender Dyspnoe initial beim Pulmologen vorgestellt. Computertomographisch finden sich mehrere pulmonale Rundherde. Außerdem zeigt sich eine auffällige Leberarchitektur. Bisher waren ein Diabetes mellitus 2 und eine Cholezystolithiasis bekannt. Zur weiteren Abklärung wird ein Lungenrundherd CT-gezielt biopsiert. Hierbei findet sich ein entzündlich granulomatöser Prozess ohne Erreger- oder Malignitätsnachweis. Außerdem zeigt sich eine Leberzirrhose mit portaler Hypertension und Ösophagusvarizen. Einige Zeit später beklagt die Patientin starke Hüftschmerzen, sodass Gehen kaum noch möglich ist. Eine neuerliche Bildgebung zur präoperativen Abklärung einer Hüft TEP zeigt osteolytische Herde im Bereich des Femurs, Acetabulums und Beckens. Im CT des Körperstamms finden sich nunmehr Raumforderungen in Lunge, Leber, im Becken und Femur bds. sowie zahlreiche Läsionen im umgebenden Weichteilgewebe. Bei Verdacht auf ein metastasiertes Malignom erfolgt eine Biopsie des Beckens, welche eine schmutzige Nekrose mit eosinophilem Fremdmaterial zeigt. Serologisch finden sich Antikörper gegen *Echinococcus multilocularis* und *Ascaris* suum. Eine Therapie mit Albendazol wird begonnen.

An der Parasitologie Wien gelingt der Nachweis von *Echinococcus multilocularis* DNA mittels PCR aus Biopsiematerial des Beckens. In weiterer Folge kommt es zu einer pathologischen Schenkelhalsfraktur. Eine Sanierung der Hüfte kann nicht durchgeführt werden, da ein operativer Zugang ohne Verletzung der multiplen Weichteilzysten nicht möglich ist.

Eine Dauertherapie mit Albendazol muss zuletzt abgebrochen werden, da es bei vorbestehender Leberzirrhose zu einer ausgeprägten Leukopenie

kommt. Extrahepatische Manifestationen von *E. multilocularis* sind sehr selten. Bei dem sehr ausgedehnten Befund unserer Patientin liegt eine palliative Therapiesituation vor.

FALL 8 Relapsing splenic abscesses

T. Valentin¹, I. Zollner-Schwetz¹, M. Hoenig¹, J. Prattes¹, R. Krause¹, C. Hoegenauer²; ¹Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria.

A 52 year old female patient presented to our ID outpatient clinic because of relapsing splenic abscesses (fever, pain, CT [figure], MRI, sonography, leukocyte scintigraphy) which had started two years prior to presentation. The patient had always responded to courses of oral penicillin. However, relapses always occurred after several weeks. A CT-guided biopsy of a splenic abscess revealed epithelioid-granulomatous and necrotic lesions. A PET scan showed tracer uptake of the thoracic aorta, ileum, colon and of multiple lesions in the spleen. Yersinia immunoblot was highly positive, all other serologic testing, blood cultures and TEEs were negative. She received cotrimoxazole and ciprofloxacin and responded well to treatment but experienced a relapse after 3 weeks. On follow-up PET scan the initial abscess formations were no longer visible, but a new splenic lesion had emerged. Also, the intestinal tracer uptake had increased. Colonoscopy was performed and revealed ulcerated erythematous mucosa of the colon, histology revealed granulomatous inflammation and crypt abscesses. After three weeks of second-line treatment for yersiniosis another relapse occurred. Endoscopy was repeated and showed terminal ileitis as well as duodenitis with aphthous erosions, histology was consistent with chronic inflammatory bowel disease. Therefore the diagnosis of Crohn's disease with splenic granulomas as extraintestinal manifestation was established and the patient treated with corticosteroids. She responded well and is currently without medication.

Conclusion: Splenic granulomas in Crohn's disease are extremely rare and can mimic abscess formations. Our patient never had any other symptoms suggestive of inflammatory bowel disease.

FALL 9 21-jährige Studentin mit einem fulminanten Verlauf einer Influenza- A(H3N2)-Infektion

U. Schlechta¹, M. Szélf², T. Popow-Kraupp³, R. Schuster⁴, C. Sebesta⁵; ¹SMZ Ost – Donauspital / Aufnahmestation, Wien, Austria, ²SMZ Ost – Donauspital /

Hygieneteam, Wien, Austria, ³Medizinische Universität Wien / Department für Virologie, Wien, Austria, ⁴SMZ Ost – Donauespital / Internistische Intensivstation, Wien, Austria, ⁵SMZ Ost – Donauespital / 2. Med. Abteilung, Wien, Austria.

In der Notfallambulanz unseres Hauses wird eine 21-jährige Patientin vorstellig. Sie klagt über allgemeine Schwäche, Husten seit zwei bis drei Tagen und Oberbauchschmerzen mit blutigem Erbrechen. Die Körpertemperatur beträgt 38,5°C. Wegen einer Sauerstoffsättigung von lediglich 77% bei Raumluft, wird sie umgehend auf der internistischen Intensivstation aufgenommen. Der Influenzaschnelltest auf Influenza A ist positiv. Auf der Intensivstation wird neben einer antiviralen Therapie mit Osetamivir auch eine breite antibiotische Therapie eingeleitet. Es kommt jedoch sehr rasch zu einer weiteren klinischen Verschlechterung. Im Lungenröntgen zeigt sich das Bild eines ARDS, bronchoskopisch muss viel blutiges Sekret ohne sichtbare Blutungsquelle abgesaugt werden. Trotz sofortiger Intubation und maschineller Beatmung gelingt es nicht, die Patientin ausreichend zu oxygenieren, weshalb sie ins Wiener AKH für eine ECMO transferiert wird. Während des Transportes verstirbt die Patientin. Seit der Erstvorstellung in der Notfallambulanz sind lediglich fünf Stunden vergangen. Die Obduktion ergibt keinerlei Grunderkrankungen. Als Todesursache zeigt sich ein ARDS, posthum war eine Blutkultur auf Staph. aureus positiv. Wir präsentieren diesen Fall und unsere Literaturrecherche bezüglich Risikofaktoren eines schweren Verlaufes einer Influenzainfektion.

FALL 10 First case of a fatal infection due to a panresistant Klebsiella Pneumoniae in Austria

M. Hell^{1,2}, A. Brunauer³, M. Dünser⁴, A. Lechner⁵, J. Kern⁵, D. Achleitner⁵, M. Bender⁵, P. Stalzer¹, K. Önder⁶; ¹Zentrum für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, Salzburg, Austria, ²Universitätsklinik, Salzburg, Austria, ³UK für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Salzburg, Austria, ⁴UK für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Salzburg, Austria, ⁵Division Medizinische Mikrobiologie, Salzburg, Austria, ⁶Molekulares Forschungslabor – UK für Dermatologie, Salzburg, Austria.

Objectives: Invasive infections with Carbapenemase producing Klebsiella have become an emerging threat over the last years. We hereby report the first case of a Carbapenemase producing Klebsiella pneumoniae associated infection of an ICU Patient with fatal outcome in Austria.

Case History: a 65-years old male patient developed acute pancreatitis during vacation in Greece which lead to hospitalisation for five days in a greek Hospital including intensive care treatment.

On day five the Patient was transferred to his home-Hospital in Austria in severe septic conditions. Screening at Admission at our ICU revealed a high Level carbapenem resistant Klebsiella pneumoniae (MIC for Meropenem > 32mg/l) from different body sites only sensitive against Tigecyclin (MIC =1.5mg/l) and Colistin (MIC=1.5mg/l). Despite adapting treatment by a combination therapy of meropenem with Colistin, Tygecyclin and Rifampicin the patient died due to a septic multi-organ failure after week 4 of treatment.

Microbiological follow up finding: The Isolate demonstrated to be resistant against Colistin and Tygecyclin and also a high Level resistance against Fosfomycin and Chloramphenicol. The Isolate was phenotypically and genotypically proven to be a Carbapenemase Producer class Ambler A and bla (KPC-like) gen carrier and also positive for ESBL type bla (SHV-like) gen. We performed a whole Genome sequencing (WGS) of this isolate to detect future targets for treatment.
Conclusion: This first case of a fatal infection due to a panresistant Klebsiella in Austria demonstrates the need of more coordinated efforts in Europe to overcome the battle against infections with panresistant Gram-negative bacteria.

FALL 11 A Diving instructor suffering from abdominal pain

E. Leitner¹, A. van der Ende², R. Krause³; ¹Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Academic Medical Center, Department of Medical Microbiology, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands, ³Section of Infectious Disease and Tropical Medicine, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria.

Background: We report the first isolation of B. pseudomallei (causing melioidosis) from an intraabdominal abscess in an austrian returning traveller.

Case: A 33-year-old man presented with intermittent and spontaneously resolving fever lasting 1-2 days, 5kg weight loss, and left upper abdominal pain starting during his profession as a diving instructor in Malaysia 3 years ago. In 2012 sonography and CT scan revealed a slightly enlarged spleen and atrophic left kidney; laboratory-values were normal. Due to persistent complaints he was examined again in 2013. A palpable mass 4cm below the left costal arch and CRP of 16mg/l (<5) was detected. Sonography showed a huge mass (10cm) adjacent to the spleen. Subsequent outsourced CT scan was reported to be normal. An inhouse PET-CT scan showed a centrally liquid mass 10cm in diameter detected adjacent to the spleen. Reexamination of previous outsourced CT

scans also showed that lesion with increasing size. CT-guided drainage was performed and yellowish fluid obtained. Culture showed tiny colonies on chocolate agar, and Gram-negative rods in microscopy. Four different identification methods revealed 4 different results: B. cepacia complex, B. vietnamiensis, B. pseudomallei and B. mallei. The patient received piperacillin/tazobactam for 3 days, then amoxicillin/clavulanic acid for 5 weeks, then doxycycline for 2 months. He was demitted in healthy condition and is actually without any complaints. Final identification revealed B. pseudomallei Sequence-type 306 (Thai-strain).
Conclusion: This case highlights the need of awareness among clinicians and laboratory personnel of the possibility of melioidosis in returning travellers from Southeast Asia.

Fall 12 Interleukin 1 blockade for Hyper IGD Syndrome

J. Brunner^{1,2}, E. Binder^{1,2}, D. Karall³, J. Zschocke³, C. Fauth²; ¹Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria, ²Department of Pediatrics, Innsbruck, Austria, ³Department of Human Genetics, Innsbruck, Austria.

Introduction: Hyperimmunoglobulinemia D and periodic fever syndrome (HIDS; MIM# 260920) is

a rare autosomal recessive autoinflammatory condition caused by mutations in the MVK gene, which encodes for mevalonate kinase. There is no standard treatment for HIDS.

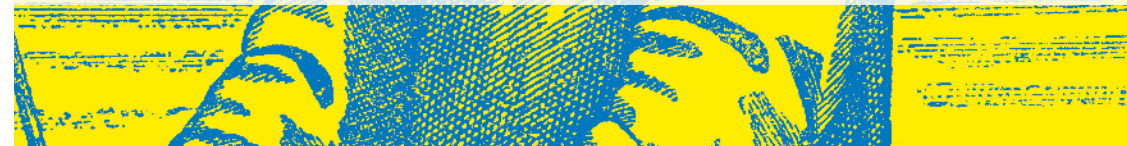
Case report: We report on a 2 year-old Austrian boy with recurrent episodes of fever, febrile seizures, arthralgias, and splenomegaly. Rash and abdominal pain were also seen occasionally. During attacks an acute-phase response was detected. Clinical and laboratory improvement was seen between attacks. These findings led to the tentative diagnosis of HIDS. Sequencing of the MVK gene showed a homozygous c.1129G>A (p.Val1377Ile, also known as V377I) mutation in the child, while the healthy non-consanguineous parents were heterozygous. The mutation is known to be associated with HIDS. Therapy with nonsteroidal anti-inflammatory drugs during attacks had poor benefit. A further febrile episode resulted in a status epilepticus. Treatment with canakinumab was initiated and a final dose of 4 mg/kg every 4 weeks resulted in the disappearance of febrile attacks and a considerable improvement of patient's quality of life during a 6-month follow-up period. The drug has been well tolerated, and no side effects were observed.

Conclusion: Treatment with canakinumab is a therapeutical option for patients with HIDS.

10. ÖSTERREICHISCHER INFEKTIONSKONGRESS



INFEKTIONSKRANKHEITEN 2016
neue Herausforderungen & Therapien
27. bis 30. April 2016 | Brandlhof | Saalfelden



in Zusammenarbeit mit



Österreichische Gesellschaft
für Hygiene, Mikrobiologie und
Präventivmedizin (ÖGHMP)



Österreichische Gesellschaft
für Medizinische Mykologie
(ÖGMM)



Österreichische Gesellschaft für
Tropenmedizin, Parasitologie und
Migrationsmedizin (ÖGTPM)



Österr. Gesellschaft für Sexuell
Transmitted Diseases u. dermato-
logische Mikrobiologie (ÖGSTD)

Information & Anmeldung: www.oegit.eu



PROGRAMM

HAUPTSPONSOR



NEBENSPONSOREN



WEITERE SPONSOREN

