

Streptococcus-milleri-Bakteriämie – eine aussergewöhnliche Erstmanifestation eines Magenkarzinoms

E. Tepla, A. Oestmann, P. Schlup
Medizinische Abteilung, Spital Grenchen, Grenchen

Streptococcus milleri bacteraemia – an unusual first sign of gastric carcinoma

Summary

We report the case of an 81-year-old patient who presented with recurrent episodes of fever and was found to have *Streptococcus milleri* bacteraemia. Subsequent investigations failed to identify the source of the bacteraemia; eventually gastroscopy revealed a tumour at the cardia which was histologically confirmed as an adenocarcinoma. The patient had no symptoms relating to the tumour. There have been previous reports of *S. milleri* bacteraemia in association with asymptomatic cancer, particularly colon cancer and liver abscess, but this is the first report of an association with stomach cancer. In the absence of any other source of infection gastric carcinoma is the most plausible explanation for *S. milleri* bacteraemia in this patient.

Fallbeschreibung

Der 81jährige Patient hat sich wegen eines Kollapses und Fieber selbst eingewiesen. Das Fieber bestand seit 24 Stunden und war begleitet von allgemeiner Malaise, Kopfschmerzen, Nausea, Erbrechen, atemabhängigen Flankenschmerzen links und progredienter Dyspnoe. Sechs Stunden vor Spitaleintritt hatte der ambulant konsultierte Notfallarzt wegen Verdacht auf Pneumonie eine Clarithromycin-Therapie eingeleitet.

Aus der früheren Anamnese war eine Ulkuskrankheit mit einer Dauerprophylaxe mit einem Protonenpumpenhemmer, eine Prothesenimplantation wegen eines abdominellen Aortenaneurysmas vor drei Jahren und eine zweimalige transurethrale Prostataresektion bekannt. Bei Eintritt präsentierte sich ein afebriler, allseits orientierter Patient in gutem AEZ. Er war normoton, normokard, kardial kompensiert und die physikalische Untersuchung des Herzens war normal. Über den basalen Lungenfeldern fanden sich feuchte Rasselgeräusche. Die klinische Untersuchung des Abdomens, der Nierenlager und der Neurostatus waren unauffällig. Im Labor zeigte sich eine Beschleunigung der BSR auf 30 mm/h und eine Erhöhung des CRP auf 51 mg/L; Zahl und Differenzierung der Leukozyten waren normal. Radiologisch fanden sich keine Pleuraergüsse oder Infiltrate. Im Urinstatus wurde eine Erythrozyturie (15–20 Erythro-

zyten im Sediment) gesehen. Die Urin-Antigene auf *Legionella pneumophila* und *Streptococcus pneumoniae* waren negativ.

Unter analgetischer und antipyretischer Therapie wurde der Patient beschwerdefrei, blieb afebril und der CRP-Wert fiel bis zum Austritt auf 16 mg/L ab. Zur Abklärung der Mikrohämaturie wurde eine Sonographie der Nieren und harnableitenden Wege durchgeführt, die eine Prostatahyperplasie mit beginnender Balkenblase ergab. Nach sechs Tagen wurde der Patient entlassen. Fünf Tage später erfolgte die erneute Einweisung wegen rezidivierendem Fieber bis 40 °C, Schüttelfrost und produktivem Husten. Aufgrund des pulmonalen Befundes sowie des auf 71 mg/L erhöhten CRP wurde trotz negativer radiologischer Bildgebung eine antibiotische Therapie mit Ceftriaxon und Clarithromycin begonnen. In 6 von 6 Blutkulturen liessen sich schliesslich grampositive Kokken in Ketten nachweisen, die als *Streptococcus constellatus* identifiziert wurden. Unter der Annahme einer Endokarditis und bis zum Eintreffen der Keimidentifizierung erfolgte eine Therapie mit Penicillin, Flucloxacillin und Netilmicin. Gemäss Resistenzprüfung wurde auf eine Monotherapie mit Penicillin umgestellt und die Behandlung während zweier Wochen fortgesetzt. Der Allgemeinzustand des Patienten besserte sich rasch und das CRP lag bei Austritt bei 9 mg/L.

Die Fokussuche erfolgte primär durch eine transösophageale Echokardiographie, welche keine Hinweise für eine Endokarditis lieferte. Mittels Abdomen-CT konnte ein Infekt des Aortenimplantates, eine Abszessbildung, insbesondere ein Leberabszess, oder eine Divertikulitis ausgeschlossen werden. Eine Orthopantomographie ergab keinen Nachweis von pathologischen Veränderungen der Zahnstruktur und keine Anhaltspunkte für ein Granulom.

Da in der Literatur eine Assoziation von Streptokokken der Milleri-Gruppe mit Kolonkarzinomen beschrieben wird, veranlassten wir eine Koloskopie, welche im gesamten Dickdarm Frischblutspuren mit einer Zunahme gegen proximal und ohne sichtbare Blutungsquelle nachwies. In der gleichen Sitzung wurde daraufhin eine Gastroskopie durchgeführt, wo im Bereich der Kardie ein maligner neoplastischer Prozess entdeckt wurde, histologisch einem mässig dif-

ferenzierten, wenig schleimbildenden Adenokarzinom entsprechend (Abb. 1 ). Nach Abschluss der antibiotischen Therapie kehrte der Patient in seine Heimat Italien zurück, wo das Staging und die totale Gastrektomie durchgeführt wurden. Eine Bakteriämie mit Milleri-Streptokokken ist im weiteren Verlauf nicht mehr aufgetreten.

Diskussion

Die *Streptococcus-intermedius*-Gruppe (ehemals Milleri-Gruppe) umfasst *S. intermedius*, *S. constellatus* und *S. anginosus*. Die erwähnten Erreger verursachen Infektionen mit Bakteriämie und Abszessbildung (Hirn, Peritonsillarregion, Lunge, Viszeralorgane und Pleuraempyem) sowie Endokarditis. Bakteriämien treten gehäuft auf bei Patienten mit einer Tumorerkrankung unter Behandlung, im besonderen beim Vorliegen einer Neutropenie. Einzelne Fallbeispiele lassen aber auch eine Assoziation mit einer bislang asymptomatischen Tumorerkrankung vermuten in Analogie zu *Streptococcus bovis*, für den die Assoziation mit einem Kolonkarzinom bestens bekannt ist. Aufgrund eines Leberabszesses oder einer Bakteriämie mit Milleri-Streptokokken wurden bisher nur in wenigen Einzelfällen klinisch bislang stumme maligne Tumoren beschrieben. In der Mehrzahl der Fälle hat es sich um ein kolorektales Karzinom gehandelt [1–4]; publiziert wurde aber auch die Assoziation mit einem Leiomyosarkom des Ileums [5] und einem Nierenzellkarzinom [6].

Literatur

- 1 Tzur T, Liberman S, Felzenstein I, Cohen R, Rivkind AI, Almog G. Liver abscesses caused by *Streptococcus milleri*: an uncommon presenting sign of silent colonic cancer. *IMAJ* 2003;5:206–7.
- 2 Rich MW, Radwany SM. "Streptococcus milleri" septicemia in a patient with colorectal cancer. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993;12:225.
- 3 Churchill AJ, Tole DM, Hayward JM. Bilateral panuveitis in a patient with colonic adenocarcinoma and *Streptococcus milleri* liver abscesses. *Eye* 1995;9:372–5.

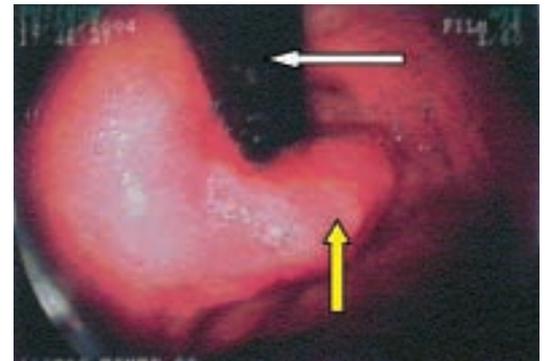


Abbildung 1.

Endoskopische Aufnahme des Kardiakarzinoms (gelber Pfeil), das Gastroskop befindet sich dabei in Inversionsstellung mit Blick auf den eigenen Schlauch beim Durchtritt durch die Kardia (weisser Pfeil).

Unsere Abklärungen ergaben nach erfolgloser Suche eines Infektfokus den Nachweis eines mässig differenzierten, wenig schleimbildenden Adenokarzinoms des Magens. Auch wenn bisher in der Literatur noch kein Magenkarzinom mit einer Bakteriämie mit Streptokokken der Milleri-Gruppe beschrieben wurde, halten wir in unserem Fall diese Assoziation für die weitest plausible Erklärung. Demnach sollte bei einer Bakteriämie mit Milleri-Streptokokken, unklarem Infektfokus und negativer Koloskopie unbedingt auch die obere Panendoskopie durchgeführt werden, um einen bislang stummen malignen Tumor in diesem Bereich auszuschliessen.

Korrespondenz:
Dr. med. A. Oestmann
Leitender Arzt
Medizinische Abteilung
Spital Grenchen
CH-2540 Grenchen

- 4 Smit EF, Wijnja L, Manson WL. Bacteremia caused by *Streptococcus salivarius* and *S. Milleri* and colonic carcinoma. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:1529–31.
- 5 Gleeson DC, Fielding J, Heath DA. *Streptococcus milleri* liver abscesses associated with leiomyosarcoma of the ileum. *Postgrad Med J* 1983;59:323–4.
- 6 Conde Martel A, Martin Perez A, Suarez Ortega S, Bordes Benitez A. Hepatic abscess caused by *Streptococcus intermedius* as first manifestation of renal carcinoma. *Rev Esp Enferm Dig* 2002;94:45–6.