Infektionen in der Unfallchirurgie

Akzidentelle Infektionen des Bewegungsapparats, insbesondere der Weichgewebe, wirkten über lange Jahre wie ein Relikt aus historischen Zeiten, allenfalls mit gewisser Bedeutung in Regionen mit inferioren Hygienestandards als in Deutschland.

Nun sind seit Jahren schwere Strepto- und Staphylokokken-, aber auch Anaerobierinfektionen auf dem Vormarsch. Die Ursachen sind sicher vielfältig, wobei die Selektionierung der Bakterienflora durch einen großzügigen Einsatz von Breitbandantibiotika und die rasche Resistenzentwicklung, aber auch die Zunahme besonders anfälliger immunkompromittierter Patienten (Diabetiker, Patienten unter oder nach Strahlen- und Chemotherapie bzw. unter Langzeitsteroidtherapie) und geriatrischer Patienten einen wesentlichen Anteil haben. Die Kenntnisse um diese z. T. vital bedrohlichen Krankheitsbilder wie der nekrotisierenden Faszitis haben sich in den vergangenen Jahren erheblich verbessert, allein bei diesem Krankheitsbild werden heute 4 verschiedene Typen und weitere Sonderformen unterschieden [1], die Differentialdiagnose zu verwandten Infektionen ist nicht immer einfach, therapeutische Standards wurden erarbeitet und liegen vor.

Der Anstieg bei den gut dokumentierten Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*- (MRSA-) Infektionen bei Diabetikern in den USA zwischen 2003 und 2007 betrug über 10% sowohl bei den nicht den Fuß betreffenden Infektionen als auch beim diabetischen Fuß. Eng verknüpft mit diesem Umstand ist die Tatsache, dass bei vorhandener MRSA-Kolonisation Patienten ein 4fach erhöhtes Risiko haben während eines stationären Auf-

enthaltes eine MRSA-Infektion zu entwickeln, MRSA-Infektionen bedingen einen längeren stationären Aufenthalt und gehen mit einer höheren Mortalität einher. *Staphylococcus aureus* ist mit knapp 40% der häufigste Erreger von postoperativen Wundinfektionen in Orthopädie und Traumatologie, wobei postoperative Infektionen heute an dritter Stelle bei den nosokomialen Infektionen stehen.

Seit Jahren sind schwere Strepto- und Staphylokokken-, aber auch Anaerobierinfektionen auf dem Vormarsch

Auch unter ökonomischen Aspekten sind wir alle neben den bereits gültigen gesetzlichen Verpflichtungen aufgerufen adäquate Präventionsmaßnahmen wie Hygienestrategien und Surveillance- und Screeningprogramme zu nutzen, um den Krankenhausproblemkeimen Herr zu werden. Allein eine verbesserte Händehygiene ist eine effektive Maßnahme nosokomiale Infektionen um bis zu einem Drittel zu reduzieren. Die Kenntnisse chirurgischer Strategien zur Infektbekämpfung im Konzert mit weiteren Verfahren sind aus unserer Sicht für jeden operativ tätigen Unfallchirurgen und Orthopäden von Bedeutung, da eine verzögerte und das vorhandene Repertoire nicht ausschöpfende Therapie häufig schlechtere Resultate nach sich zieht. Die Behandlung des infizierten diabetischen Fußsyndroms mag als Beispiel dafür dienen, dass nur die interdisziplinäre Interaktion zwischen den operativ Tätigen, dem Angiologen, dem Diabetologen, dem interventionellen Radiologen und dem Mikrobiolo-

gen entsprechend den gültigen Leitlinien reproduzierbar gute und Richtungweisende Resultate unter Extremitätenerhalt erbringen kann [2].

T. Mittlmeier

C. Krettek

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Mittlmeier

Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie,
 Universitätsklinik und Poliklinik für Chirurgie
 Schillingallee 35, 18055 Rostock
 thomas.mittlmeier@med.uni-rostock.de

Prof. Dr. C. Krettek

Unfallchirurgische Klinik,
 Medizinische Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Straße 1,
 30625 Hannover
 krettek.christian@mh-hannover.de

Literatur

1. Sarani, B, Strong M, Pascual J, Schwab CW (2009) Necrotizing fasciitis; current concepts and review of the literature. J Am Coll Surg 208:279-288
2. Weigelt JA (2010) Diabetic foot infections: diagnosis and management. Surg Infections 11:295-298