Unfallchirurg 2012 · 115:958
DOI 10.1007/s00113-012-2201-4
Online publiziert: 2. November 2012
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

M. Jagodzinski¹ · C. Krettek²

¹ Klinik für Unfallchirurgie, Professur „Regenerative Gelenkchirurgie“, Hannover

² Unfallchirurgische Klinik, Medizinische Hochschule Hannover

Septische Hüftgelenkchirurgie

Liebe Leserinnen und Leser,

die Diagnostik und Therapie des septischen Hüftgelenks stellt unverändert eine Herausforderung im klinischen Alltag dar. Obwohl die Risikofaktoren Alter, Diabetes mellitus, rheumatoide Arthritis, vorausgegangene Operation, Knie- oder Hüftendoprothese, Hautinfektion und HIV-Infektion gut belegt sind, fehlt bisher ein Schnelltest, der in einer Blutprobe oder im Gelenkpunktat die bakterielle Genese mit sehr hoher Sensitivität nachweist [1]. Bei ca. 20% der klinisch eindeutigen Gelenkinfekte fehlt auch langfristig der Keimnachweis [2]. In dieser Situation muss der Chirurg aus der Summe der verfügbaren Parameter (Anamnese, klinische Untersuchung, Labor, Röntgen, Sonographie, ggf. erweiterte Bildgebung) unter Berücksichtigung der Risikofaktoren die bestmögliche Therapie einleiten.

» Diagnostik und Therapie des septischen Hüftgelenks stellt unverändert eine Herausforderung im klinischen Alltag dar

Obwohl sich die arthroskopische Spülung und das arthroskopische Débridement v. a. bei Frühinfekten mit unproblematischem Erreger als schonendstes Verfahren weitgehend durchgesetzt hat und auch am Hüftgelenk bei vorhandener Expertise zunehmend bewährt, so bleibt dennoch bei Endoprotheseninfekt und Ausdehnung des Infekts nach extraartikulär, sowie bei fortgeschritte-

ner Gelenkdestruktion die Arthrotomie das Verfahren der Wahl [3].

Das vorliegende Themenheft stellt zunächst die geläufigsten Klassifikationen des bakteriellen Gelenkinfekts dar. Hier hat sich v. a. für das arthroskopische Management die Einteilung nach Gächter bewährt, da diese parallel mit der Eskalation der Therapie einhergeht [4].

Im Folgenden stellt Herr Meyer-Olson die wichtigen Differentialdiagnosen und wegweisenden Befunde der nicht bakteriellen Arthritiden dar. Während sich Herr Kusma mit den Möglichkeiten und Grenzen der arthroskopischen Techniken befasst, stellt Herr Gaulke den unverändert hohen Stellenwert der Arthrotomie bei kompliziertem Gelenkinfekt heraus. Hier bleibt anzumerken, dass die arthroskopische Therapie einer infizierten TEP, wie sie in Einzelfällen als erfolgreiches Verfahren publiziert wurde, nicht als Regel, sondern als Sonderfall eingestuft werden muss [5].

Wir wünschen einen hohen Informationsgewinn bei interessanter Lektüre.

M. Jagodzinski

C. Krettek

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. M. Jagodzinski
Klinik für Unfallchirurgie,
Professur „Regenerative
Gelenkchirurgie
Carl-Neuberg-Straße 1,
30625 Hannover
jagodzinski.michael@
mh-hannover.de

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

Literatur

1. Margaretten ME, Kohlwe J, Moore D, Bent S (2007) Does this adult patient have septic arthritis? JAMA 297(13):1478–1488
2. Goldenberg DL (1998) Septic arthritis. Lancet 351(9097):197–202
3. Stevens MS, Legay DA, Glazebrook MA, Amirault D (2010) The evidence for hip arthroscopy: grading the current indications. Arthroscopy 26(10):1370–1383
4. Gächter A (1985) Der Gelenkinfekt. Inform Arzt 6:35–43
5. Polzhofer GK, Hassenpflug J, Petersen W (2004) Arthroscopic treatment of septic arthritis in a patient with posterior stabilized total knee arthroplasty. Arthroscopy 20(3):311–313