Korrespondierender Autor

M. Keil

Abt. Orthopädie II, Stiftung Orthopädische
Universitätsklinik Heidelberg,
Schlierbacher Landstraße 200a,
69118 Heidelberg
E-Mail: info@ok.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Literatur

1. Arnold PM, Baek PN, Bernardi RJ, Luck EA, Larson SJ (1997) Surgical management of nontuberculous thoracic and lumbar vertebral osteomyelitis: report of 33 cases. *Surg Neurol* 47 (6): 551–561
2. Carragee EJ (1997) The clinical use of magnetic resonance imaging in pyogenic vertebral osteomyelitis. *Spine* 22 (7): 780–785
3. Carragee EJ (1997) Instrumentation of the infected and unstable spine: a review of 17 cases from the thoracic and lumbar spine with pyogenic infections. *J Spinal Disord* 10 (4): 317–324
4. Digby JM, Kersley JB (1979) Pyogenic non-tuberculous spinal infection: an analysis of thirty cases. *J Bone Joint Surg Br* 61 (1): 47–55
5. Eismont FJ, Bohlmann HH, Soni PL, Goldberg VM, Freehafer AA (1983) Pyogenic and fungal vertebral osteomyelitis with paralysis. *JBJS Am* 65: 19–29
6. Goel V, Young JB, Patterson CJ (2000) Infective discitis as an uncommon but important cause of back pain in older people. *Age Ageing* 29 (5): 454–456
7. Hadjipavlou AG, Mader JT, Necessary JT, Muffoletto AJ (2000) Hematogenous pyogenic spinal infections and their surgical management. *Spine* 25 (13): 1668–1679
8. Hopkinson N, Stevenson J, Benjamin S (2001) A case ascertainment study of septic discitis: clinical, microbiological and radiological features. *QJM* 94 (9): 465–470
9. Kaufman DM, Kaplan JG, Litman N (1980) Infectious agents in spinal epidural abscesses. *Neurology* 30: 844–850
10. Klöckner C, Valencia R (2003) Sagittal alignment after anterior debridement and fusion with or without additional posterior instrumentation in the treatment of pyogenic and tuberculous spondylodiscitis. *Spine* 28 (10): 1036–1042
11. Liebergall M, Chaimsky G, Lowe J, Robin GC, Floman Y (1991) Pyogenic vertebral osteomyelitis with paralysis. Prognosis and treatment. *Clin Orthop* 269: 142–150
12. Maiuri F, Iaconetta G, Gallicchio B, Manto A, Briganti F (1997) Spondylodiscitis. Clinical and magnetic resonance diagnosis. *Spine* 22 (15): 1741–1746
13. Malawski SK, Lukawski S (1991) Pyogenic infection of the spine. *Clin Orthop* 272: 58–66
14. Maynard FM Jr, Bracken MB, Creasey G et al. (1997) International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury. American Spinal Injury Association. *Spinal Cord* 35 (5): 266–274
15. Mc Guire R, Eismont FJ (1994) The fate of autogenous bone graft in surgically treated patients. *J Spinal Dis* 7: 206–215
16. Meiners T, Böhm V (2003) Gibt es Folgen des Diabetes mellitus am Rückenmark? In: Grüninger W, Pott M: Nichttraumatische Querschnittslähmungen, Steinkopff, Darmstadt
17. Mückley T, Kirschner M, Hierholzer C, Hofmann GO (2003) Spondylitis – Spondylodiscitis. Neue Therapiekonzepte. *Trauma Berufskrankh* 5 [Suppl 2]: 296–304
18. Patzakis MJ, Rao S, Wilkins J, Moore TM, Harvey PJ (1991) Analysis of 61 cases of vertebral osteomyelitis. *Clin Orthop* 264: 178–183
19. Przybylski GJ, Sharan AD (2001) Single-stage autogenous bone grafting and internal fixation in the surgical management of pyogenic discitis and vertebral osteomyelitis. *J Neurosurg* 94: 1–7
20. Rao S, Parikh S, Kerr R (1991) Echinococcal infestation of the spine in North America. *Clin Orthop* (271): 164–169
21. Rath SA, Neff U, Schneider O, Richter HP (1996) Neurosurgical management of thoracic and lumbar vertebral osteomyelitis and discitis in adults: a review of 43 consecutive surgically treated patients. *Neurosurgery* 38 (5): 926–933
22. Redfern RM, Miles J, Banks AJ, Dervin E (1988) Stabilisation of the infected spine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 51 (6): 803–807
23. Reihsaus E, Waldbaur H, Seeling W (2000) Spinal epidural abscess: a meta-analysis of 915 patients. *Neurosurg Rev* 23 (4): 175–204; discussion 205

Erratum

Orthopäde 2005 · 34:119
DOI 10.1007/s00132-005-0769-x
Online publiziert: 2. Februar 2005
© Springer Medizin Verlag 2005

U. Geipel · M. Herrmann

Institut für Medizinische Mikrobiologie
und Hygiene, Institut für Infektionsmedi-
zin, Universitätsklinikum des Saarlandes,
Homburg

Das infizierte Implantat Teil 1. Bakteriologie

Orthopäde (2004) 33:1411-1428

Im o.g. Beitrag wurde leider durch ein technisches Versehen des Verlags die Tabelle 6 fehlerhaft wiedergegeben. Die Angabe „[Teicoplanin (8000 mg/d bis zu 4 Tage, anschließend 8000 mg/alle 2d)...] ist falsch. Richtig ist die Dosis **800 mg/d**. Die Passage lautet korrekt:

- Methicillin-resistent

Vancomycin (2 g/d i.v.) + Rifampicin (mind. 4 Wochen), **anschließend** [Teicoplanin (800 mg/d bis zu 4 Tage, anschließend 800 mg/alle 2d) i.v. **oder** Ciprofloxacin **oder** Fusidinsäure (3×500 mg/Tag p.o.)] + Rifampicin

Wir bitten den Fehler zu entschuldigen.
Die Redaktion

Korrespondierender Autor

Dr. U. Geipel

Institut für Medizinische Mikrobiologie,
Universitätsklinikum des Saarlandes,
Kirrberger Straße, Geb. 43, 66421 Homburg
E-Mail: bhugei@uniklinik-saarland.de

Die Online-Version des Originalartikels
können Sie unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00132-004-0741-1> finden.