

Obere Extremität 2016 · 11:77
 DOI 10.1007/s11678-016-0364-2
 Online publiziert: 2. Juni 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



Andrej Trampuz · Markus Scheibel

Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC), Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Infektionen der oberen Extremität

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Infektionen in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie stellen eine Herausforderung für den behandelnden Arzt dar. Die periprothetischen Infekte nehmen dabei aufgrund der komplexen Behandlungsstrategien einen besonderen Stellenwert ein. Sie treten in 1–2 % bei Primärimplantationen und in bis zu >5 % der Fälle nach Revisionseingriffen auf. Entsprechende Kenntnisse der Epidemiologie, Mikrobiologie, Klinik und Heilungsprozesse erleichtern das Verständnis für die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Verfahren.

In dieser Themenausgabe sind die neuesten Erkenntnisse in der Pathogenese, Diagnostik und Therapie von periprothetischen Infektionen des Schultergelenks zusammengefasst. In der Diagnostik hat die präoperative Gelenk-aspiration einen wichtigen Stellenwert eingenommen. Obwohl diese Untersuchung am Schultergelenk oft durch die Schwierigkeit der Gewinnung von Synovialflüssigkeit limitiert ist, kann die Bestimmung der Leukozytenzahl darin zuverlässig zwischen septischer und aseptischer Pathologie vor der Operation unterscheiden. Zur weiteren Verbesserung der Infektdiagnostik haben die arthroskopische Gewebeprobeentnahme, die Sonikation von entfernten Endoprothesenkomponenten und die Molekulardiagnostik geführt, welche in den meisten Fällen den Erregernachweis und seine Empfindlichkeit ermöglichen. Besonders der Stellenwert von *Propionibacterium acnes* als einer der häufigsten

Erreger von chronischen Low-grade-Endoprotheseninfektionen der Schulter wird zusätzlich durch eine Originalarbeit hervorgehoben.

Neue Entwicklungen haben den Stellenwert von biofilmaktiven Antibiotika in der Eradikation der Infektion unterstrichen. Eine effiziente Antibiotikatherapie erlaubt eine Verkürzung des Zeitintervalls vom Ausbau bis zum Wiedereinbau der Endoprothese, ohne das Risiko eines Infektrezidivs zu erhöhen. Das Intervall kann in den meisten Fällen von 6–8 Wochen (langes Intervall) auf 2–3 Wochen (kurzes Intervall) reduziert oder die Endoprothese sogar einzeitig gewechselt werden.

Neben den periprothetischen Infekten nehmen die periartikulären Weichteilinfektionen einen wichtigen Stellenwert in der täglichen Praxis ein. Eine weitere Übersichtsarbeit stellt daher die aktuellen diagnostischen und therapeutischen Konzepte in der Behandlung der Bursitis olecrani dar. Die Differenzierung zwischen akuten und chronischen bzw. bakteriellen und sterilen Formen ist hierbei für eine erfolgreiche Behandlung essentiell.

Das Ziel einer modernen und wirksamen Infekttherapie ist nicht nur in einer effektiven Infektanierung, sondern insbesondere in einer schnelleren Mobilisation, besseren Funktion und frühzeitigeren Rückkehr unserer Patienten ins häusliche Umfeld zu sehen. Durch einen standardisierten und abgestimmten Behandlungsalgorithmus, sowie einer engen Zusammenarbeit zwischen behandelnden Chirurgen, In-

fektiologen und Mikrobiologen können die Behandlungsergebnisse heutzutage deutlich verbessert werden.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen viel Freude bei der Durchsicht des vorliegenden Themenheftes.

PD Dr. med. Andrej Trampuz

Univ.-Prof. Dr. med. Markus Scheibel

Korrespondenzadresse



PD Dr. med. A. Trampuz
 Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC), Charité-Universitätsmedizin Berlin
 Augustenburger Platz 1,
 13353 Berlin, Deutschland
 andrej.trampuz@charite.de



Univ.-Prof. Dr. med. M. Scheibel
 Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC), Charité-Universitätsmedizin Berlin
 Augustenburger Platz 1,
 13353 Berlin, Deutschland
 markus.scheibel@charite.de

Interessenkonflikt. A. Trampuz und M. Scheibel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.