

Leitlinie: Vorgehen bei periprotetischer Gelenksinfektion

Allgemeines

Jede Infektion an einer Gelenkprothese soll gemeinsam von Chirurgie, Infektiologie und Mikrobiologie besprochen werden. Abweichungen vom beschriebenen Vorgehen sind je nach Situation möglich.

Nicht Teil dieser Leitlinie sind die Suppressionstherapie und die Fistelanlage. Diese Maßnahmen kommen nur bei fehlenden anderen Therapieoptionen in Betracht und sollten individuell im interdisziplinären Team besprochen werden.

Vorgehen

Chirurgisches Vorgehen		Antibiotische Therapie	Hinweise
Frühinfekt (Symptombeginn innerhalb von 4 Wochen)	DAIR-Verfahren: Reinigung (Debridement), Wechsel der beweglichen Teile, gründliche Spülung.	12 Wochen Antibiotikatherapie nach Resistogramm. Bei <i>Staphylococcus</i> spp. zusätzlich Rifampicin, falls sensibel.	Ziel: Erhalt der Prothese bei stabiler Fixierung und gutem Weichteilgewebe.
Einzeitiger Wechsel	Alte Prothese entfernen und in derselben Operation eine neue einsetzen.	Mindestens 6 Wochen Antibiotikatherapie nach der neuen Implantation. Dauer abhängig von Erreger und OP-Befund.	Geeignet bei bekanntem Erreger und gutem Gewebezustand.
Zweizeitiger Wechsel	Alte Prothese entfernen, Antibiotika-Spacer einsetzen. Nach Therapiepause erneuter Einbau einer neuen Prothese.	6 Wochen Antibiotikatherapie nach Ausbau, dann Pause (antibiotikafreies Fenster). Nach Reimplantation erneuter Beginn mit zuvor eingesetztem Antibiotikum bis Kulturen steril sind. <u>Alternativ</u> (ohne antibiotikafreiem Fenster): 6 Wochen im Anschluss nach Implantation (zB bei Reimplantation vor 6-wöchiger Antibiotikatherapie)	Standard bei chronischer oder unklarer Infektion.

Empirische antibiotische Therapie

- wann immer möglich (stabiler Patient) Beginn der antibiotischen Therapie nach der Probenentnahme. Falls vorher durch Punktion oder Blutkultur kein Keim identifiziert wurde: Beginn mit Unacid 3x3g iv, ggf. nierenadaptiert.
- nach Erregeridentifizierung: Umstellung der Therapie

Gewebeproben

- 4-5 Gewebeproben intraoperativ zur mikrobiologischen Untersuchung, 1 Gewebeprobe zur histopathologischen Untersuchung

Gezielte Therapie

Allgemein: eine Oralisierung kann ohne entsprechende Kontraindikationen postoperativ umgehend erfolgen, solange ein Präparat mit ausreichender Bioverfügbarkeit sensibel getestet ist.

Dosierung: siehe Dosierungstabelle in unserer internen Richtlinie (Punkt 6)

Mikroorganismus	Antibiotikum i.v.	Antibiotikum p.o.
<i>Staphylococcus</i> spp. (Rifampicin add on nur bei Prothesenerhalt)	Cefazolin/Flucloxacillin bzw. Vancomycin bei MRSA/MRSE oder Penicillinallergie	Clindamycin oder Cotrim; bei Prothesenerhalt: Rifampicin add on (ggf. mit Levofloxacin)
<i>Streptococcus</i> spp.	Penicillin oder Ceftriaxon oder Vancomycin bei Penicillinallergie	Amoxicillin oder Clindamycin
<i>Enterococcus</i> spp.	Ampicillin oder Vancomycin	Amoxicillin oder Linezolid
Enterobacterales	nach Resistenzlage und Erreger (Rücksprache Infektiologie)	Ciprofloxacin
Mischinfektionen	ggf. Ampicillin/Sulbactam	ggf. Amoxicillin/Clavulansre.