

Anwendungsbeispiel



Anamnese:

Patientin, weiblich, 68 Jahre alt, Z.n. Mehrfachrevision wegen periprothetischen Infektes einer Kniegelenksendoprothese rechts.
 05.2011: Implantation bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz, zementiert.
 09.2011: Distale gelenksnahe Femurfraktur, winkelstabile Plattenosteosynthese.
 11.2012: Revision, Wechsel Kniegelenksendoprothese, Verfahrenswechsel, gekoppelte Sonderprothese. **1 2**
 11.2012: Infekt, beta-hämolyisierende Streptokokken, chir. Wundtoilette mit Debridement, Einlage eines Medikamententrägers.
 11.2012: Offene chirg. Revision mit Debridement re. Kniegelenk.
 01.2013: Ersatzlose Knie-TEP Explantation, Spacer Implantation nach tiefer persistierender periprothetischer Infektion mit Fistelbildung.
 12.2013: Mehrfacher Spacerwechsel und Resektion des infizierten Knochens (Rest Femurschaft Mitte und proximale Hälfte Tibia).
 01.2014: Versorgung mit Arthrodesenagel plus Drahtcerclagen zementiert, subtotaler Tibia und Femurersatz (2/3 Tibia, 2/3 Femur). **3a 3b**
 02.2015: Erweiterung der Megaprothese auf das Hüftgelenk nach Ausbruch der Diaphysen-Anschlussstücke am proximalen Femur. **4**
 Einbau einer tripolaren Pfanne, Ummantelung von ca. 25cm Implantatoberfläche am proximalen Femur mit GENTA-FOIL resorb®. **5a**
 Fertige Megaprothese. **5b**
 Ergebnis: Reizlose Wundheilung, Entzündungsparameter im Normalbereich, keine motorischen / sensiblen Ausfallerscheinungen. Patient läuft mit 2 Unterarmgehstützen.
 Fazit: Bei bestehendem Mega-Implantat und mechanischer Komplikation (ausgebrochenes Diaphysenanschlussstück) ist aufgrund drohender Infektgefahr die prophylaktische Anwendung von GENTA-FOIL resorb® eine sinnvolle Handlungsoption.



Kurzes anfeuchten der GENTA-FOIL resorb® mit wenigen Tropfen NaCl 0,9%. Verteilen durch Streichen mit dem Finger. Danach Entnahme aus dem Blister und anmodellieren der im feuchten Zustand geschmeidigen Folie.

Oberarzt

Dr. med. Michael Arnhold

Waldkrankenhaus
 "Rudolf Eile" GmbH
 Klosterlausnitzer Straße 81
 07607 Eisenberg
 Ärztlicher Direktor:
 Univ.- Prof.
 Dr. med. Georg Matziolis

REF	Größe	Packungsinhalt
GF 25	2,5 x 2,5 cm	1 Folie / VE
GF 255	2,5 x 5 cm	1 Folie / VE
GF 1010	10 x 10 cm	1 Folie / VE

1 cm² der Folie enthält:
 5,6 mg Kollagen equinen Ursprungs
 4 mg Gentamicinsulfat entsprechend
 2,20 -2,86 mg Gentamicinbase

RESORBA®
 REPAIR AND REGENERATE
 an Advanced Medical Solutions Group plc company

Fallbericht Rezidiv Spondylodiszitis

Anwendungsbeispiel

Patient; männlich; 62Jahre
 17.03.2015: Rezidiv Spondylodiszitis L2-4, dorsale Abszesse, Z.n. dorsaler Spondylodese L2/3 und Dekompression bei Spondylodese L2/3 und Dekompression bei Spondylodese L2/2014

Diagnose:
 dorsale und ventrale paravertebrale lumbale Abszesse LWK 2/3- LWK 5/SWK1, mehrsegmentale Spondylodiszitis L2-4, Glutealsabszesse bds.
 Z.n. dorsaler Stabilisierung L2/3 und Abszess-ausräumung 09.12.2014 in domo

Nebendiagnosen:

- Z.n. Sepsis 11/2004 unklarer Genese mit kulturellem Nachweis von Staph. aureus
- Rheumatoidarthritis, Rheumafaktor positiv, CCP-Ak positiv, erosiv (ED 1996)
- Myelodysplastisches Syndrom, DD toxische KM Schädigung unter Etanercept
- Therapierefraktäre Thrombopenie seit 2007/ DD: Hyperspleniesyndrom im Rahmen einer Leberzirrhose (posthepatitisch) / DD: Thrombopenie bei positiven Thrombozyten-Autoantikörpern
- Immnhämolytische Anämie mit Nachweis von Wärmeautoantikörpern

Therapie:
 19.03.2015:

- Revision dorsal mit paravertebraler Abszess-ausräumung und Dekompression L2/3, L3/4 und L5/S1 mit Verlängerung der Spondylodese von L2/3 auf L2-4 Abszess-ausräumung lumbosacraler Übergang bds., Abstrichentnahme, Implantatummantelung mit Gentamicinfolien
- Abszess-ausräumung gluteal bds. mit Einlage von Gentamicinfolien

23.03.2015:

- Ventrale prä-/paravertebrale Abszess-ausräumung und Spondylodese mittels Cage L2/3 und L4/5 über links retroperitonealen Zugang, Abstrichentnahmen
- Wundrevision dorsal und Spülung lumbal sowie gluteal - kaum Flüssigkeit im OP-Gebiet subfaszial

01.04.2015:

Punktion lumbal und gluteal, Abstrichentnahme

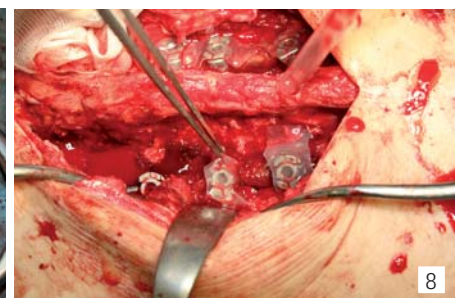
02.04.2015 und 03.04.2015:

Stichinzisionen und Serom-Entlastung lumbal und Hämatomentlastung gluteal

Mikrobiologie:

Abstriche intraoperativ vom 19.03.2015 und 23.03.2015: Staph. aureus

Punktion Flüssigkeitsverhalt subcutan lumbal und lumbosacral vom 01.04.2015:



1. Benetzen der GENTA-FOIL resorb® mit NaCl
2. Aufnehmen der GENTA-FOIL resorb® mit anatomischen Pinzetten
3. Ummanteln der Spondylodesestäbe mit GENTA-FOIL resorb®
4. Fertig ummantelter Spondylodesestab

5. Einlegen des GENTA-FOIL resorb®-ummantelten Spondylodesestabes in die Schraubentulpen
6. Achtung beim Saugen, besser Blut wegtupfen
- 7./8. Ummanteln der Schraubenköpfe mit GENTA-FOIL resorb®

Kein bakteriologisches Wachstum

ZVK Spitze vom 31.03.2015: MRSE positiv

Röntgen LWS in 2 Ebenen vom 18.03.2015: Unverändert zu den Voraufnahmen einliegende dorsale Instrumentation L2/3. Destruktion der Endplatte L2/3, bekannte Osteochondrose L3-5, Aufgehobene lumbale Lordose.

MRT BWS und LWS vom 17.03.2015: Große Abszesse gluteal subcutan beidseits. Z.n. dorsaler Stabilisierung L2/3 mit abszessverdächtiger Struktur im Bandscheibenfach L2/3 und Destruktion im Bereich der Wirbelkörperabschlussplatten: Spondylodiszitis in der Etage L4/5 und fraglich auch L5/S1 mit epiduraler Abszedierung. Ausgedehnte traubenförmig konfigurierte Abszessformation para- und prävertebral in Höhe LWK 2 - SWK 1. Ausgeprägte Abszedierung auch dorsal beidseits der Dornfortsätze, der Befund setzt sich weit nach caudal bis nach gluteal fort.

Verlauf:

Nach der Aufklärung (dtl. Erhöhtes OP-Risiko bei den o.g. Nebendiagnosen) des Patienten und präoperativen Vorbereitung erfolgte o. g. operativer Eingriff am 19.03.2015 in unauffälliger Allgemeinanästhesie.

Am 23.03.2015 konnte der ventrale Eingriff und Second-look dorsal lumbal und gluteal bds. erfolgen.

Die radiologische Verlaufskontrolle zeigte das gewünschte Operationsergebnis mit regelrecht einliegendem Schrauben- Stab-system sowie regelrecht implantierten Cages. Der Patient wurde jeweils ab dem postoperativen Tag mobilisiert und war zuletzt wieder in der Ebene und auf der Treppe selbstständig mobil.

Die intraoperativ begonnene Antibiose mit Piperacillin und Tazobactam erwies sich als testgerecht und wurde für 14 Tage postoperativ iv. verabreicht und dann auf Cefuroxim oral umgestellt.

Bei fluktuierenden Schwellungen der lumbalen und lumbosacralen Wunden (Flüssigkeitsansammlung) ohne äußerliche Infektzeichen erfolgten am 01.04.2015 paravertebral lumbal rechts (Serom) und gluteal (Hämatom) eine Punktion mit Abstrichentnahme, die Abstrichergebnisse waren negativ.

Am 02.04. (rechts) und 03.04.2015 (links) erfolgte eine Stichinzision gluteal mit Hämatomentlastung (reichlich Hämatoserom) und Kompressionsverband der glutealen subcutanen Hämatomaschen. Bei fallenden Entzündungswerten und subjektiven Wohlbefinden wurde auf die Gabe eines Zweitantibiotikums bei Erhalt des Abstrichergebnis-



Präoperative Röntgenaufnahme der LWS am 18.03.2015



Intraoperative Röntgenkontrolle am 19.03.2015 nach dorsaler Stabilisierung L2-4

ses der ZVK Spitze (MRSE) verzichtet. Am 08.04.2015 Verlegung des Patienten deutlich beschwerdereduziert aus der stationären Behandlung in die Rehabilitation.

OP Ablauf 19.03.2015

Abszessräumung lumbal u. gluteal, Debridement
Entfernung altes Schrauben-Stab-System L2/L3
Spülung Schraubenlöcher, GENTA-COLL® resorb - Schwämmchen in Schraubenkanäle eingelegt, neue Instrumentation L2-L4
Spondylodesestäbe vor Einbringen mit GENTA-FOIL resorb® umwickelt (zuvor mit phys. NaCl benetzt) Nach Einbringen der Innies Umlegen der Schraubenköpfe mit GENTA-FOIL resorb®
Drainage ohne Sog, Wundverschluss.

Handling von Genta-Foil:
Formbarkeit der Folie gut,

Folie rutscht leicht von Implantaten mit geringem Durchmesser (Stäbe) wieder ab. Absauggefahr bei kleinen Folienstücken. Folie hat im Vergleich zum Schwamm weniger Klebneigung an Einbringinstrumenten oder Tupfern.
Bei geplanter Second-Look Operation am 23.03.2015 reizarme Muskulatur, kaum Flüssigkeitsverhalt, kein neuer lumbaler Abszess.
Implantate durch Folie weiterhin gut umhüllt.
Im Vergleich zu Schwämmen keine wahrnehmbaren Kollagenrückstände.

Thüringen Klinik Saalfeld
Rainweg 68 · 07318 Saalfeld

Klinik für Wirbelsäulentherapie;
leitender OA: Olaf Schlonski
Chefärztin: Frau Dr. med. Katja Liepold

REF	Größe	Packungsinhalt
GF 25	2,5 x 2,5 cm	1 Folie / VE
GF 255	2,5 x 5 cm	1 Folie / VE
GF 1010	10 x 10 cm	1 Folie / VE

1 cm² der Folie enthält:
5,6 mg Kollagen equinen Ursprungs
4 mg Gentamicinsulfat entsprechend
2,20 -2,86 mg Gentamicinbase

