

Journal für
Mineralstoffwechsel

Zeitschrift für Knochen- und Gelenkserkrankungen

Orthopädie • Osteologie • Rheumatologie

News-Screen Orthopädie

Pieler-Bruha E

Journal für Mineralstoffwechsel &

Muskuloskelettale Erkrankungen

2011; 18 (4), 187-188

Homepage:

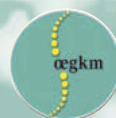
**[www.kup.at/
mineralstoffwechsel](http://www.kup.at/mineralstoffwechsel)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Member of the



Indexed in SCOPUS/EMBASE/Excerpta Medica
www.kup.at/mineralstoffwechsel



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
zur Erforschung des Knochens
und Mineralstoffwechsels



Österreichische Gesellschaft
für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie



Österreichische
Gesellschaft
für Rheumatologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ02Z031108M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



News-Screen Orthopädie

E. Pieler-Bruha

■ Chlamydia and Chronic Arthritis

Carter JD, et al. *Ann Med* 2011 Aug 24. [Epub ahead of print]

Abstract

Certain bacterial infections have been demonstrated to be causative of reactive arthritis. The most common bacterial trigger of reactive arthritis is *Chlamydia trachomatis*. *Chlamydia pneumoniae* is another known cause, albeit far less frequently. Although *Chlamydia*-induced reactive arthritis will often spontaneously remit, approximately 30 % of patients will develop a chronic course. Modern medicine has provided rather remarkable advances in our understanding of the chlamydiae, as these organisms relate to chronic arthritis and the delicate balance between host and pathogen. *C. trachomatis* and *C. pneumoniae* both have a remarkable ability to disseminate from the initial site of infection and establish persistently viable organisms in distant organ sites, namely the synovial tissue. How these persistent chlamydiae contribute to disease maintenance remains to be fully established, but recent data demonstrating that long-term combination antimicrobial treatment can not only ameliorate the symptoms but eradicate the persistent infection suggest that these chronically infecting chlamydiae are indeed a driving force behind the chronic inflammation. We are beginning to learn that this all appears possible even after an asymptomatic initial chlamydial infection. Both *C. trachomatis* and *C. pneumoniae* are a clear cause of chronic arthritis in the setting of reactive arthritis; the possibility remains that these same organisms are culpable in other forms of chronic arthritis as well.

Kommentar

Es ist bekannt, dass einige Erreger Auslöser einer reaktiven Arthritis sein können. Insbesondere Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* waren hier häufig pathogen. Chlamydien-induzierte Arthritissschübe zeigen oft eine Spontanremission, aber in 30 % der Fälle entsteht ein chronischer Verlauf. In dieser Studie wurde nachgewiesen, dass *Chlamydia trachomatis* und *C. pneumoniae* die Fähigkeit besitzen, vom Infektionsort zum synovialen Gewebe zu wandern, wo sie für chronische Entzündungen sorgen können. Diese Arthritiden können jedoch auch nach einer asymptomatischen Infektion passieren. Eine Langzeitkombinationsantibiose kann nicht nur Symptome behandeln, sondern auch Chlamydien in der Synovialis auslöschen und damit chronische Entzündungen vermeiden.

Relevanz für die Praxis

Chlamydia trachomatis und *C. pneumoniae* können auch nach asymptomatischer Infektion chronisch verlaufende Arthritissschübe hervorrufen und sollten mit einer Langzeitkombinationsantibiose eradiziert werden.

■ Prophylaxis Against Pulmonary Embolism in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty

Khatod M, et al. *J Bone Joint Surg Am* 2011; 93: 1767–72.

Abstract

Background: The optimal method of prophylaxis for the prevention of pulmonary embolism in patients undergoing total hip arthroplasty remains controversial. Guidelines appear to be contradictory. The purpose of the present study was to examine whether a best prophylactic agent exists for the prevention of postoperative pulmonary embolism and whether the type of anesthesia affects the rates of pulmonary embolism. **Methods:** From 2001 to 2008, a total joint registry from a nationwide health maintenance organization was evaluated to determine the rates of pulmonary embolism, fatal pulmonary embolism, and death among 17,595 patients without a history of venous thromboembolism who were managed with unilateral total hip arthroplasty. All patients were followed for ninety days postoperatively. Data were abstracted electronically and were validated through chart reviews. Multivariate logistic regression models were used to assess associations between the types of prophylaxis and anesthesia that were used and pulmonary embolism while adjusting for other risk factors. **Results:** Patients received either mechanical prophylaxis alone ($N = 1533$) or chemical prophylaxis (aspirin [$N = 934$], Coumadin [warfarin] [$N = 6063$], or low-molecular-weight heparin [$N = 7202$]) with or without mechanical prophylaxis. The rate of pulmonary embolism was 0.41 % (95 % confidence interval [CI], 0.32 % to 0.51 %) overall, 0.37 % (95 % CI, 0.05 % to 0.70 %) for mechanical prophylaxis, 0.43 % (95 % CI, 0.01 % to 0.85 %) for aspirin, 0.43 % (95 % CI, 0.26 % to 0.59 %) for Coumadin, 0.40 % (95 % CI, 0.26 % to 0.55 %) for low-molecular-weight heparin, 0.43 % (95 % CI, 0.28 % to 0.58 %) for general anesthesia, and 0.40 % (95 % CI, 0.28 % to 0.52 %) for non-general anesthesia. The mortality rate was 0.51 % (95 % CI, 0.40 % to 1.01 %) overall, 0.67 % (95 % CI, 0.23 % to 1.34 %) for mechanical prophylaxis, 0.64 % (95 % CI, 0.13 % to 1.28 %) for aspirin, 0.51 % (95 % CI, 0.33 % to 1.02 %) for Coumadin, 0.42 % (95 % CI, 0.27 % to 0.83 %) for low-molecular-weight heparin, 0.51 % (95 % CI, 0.35 % to 0.67 %) for general anesthesia, and 0.50 % (95 % CI, 0.36 % to 0.64 %) for non-general anesthesia. Regression models did not show any association between the type of prophylaxis used or the choice of anesthesia and increased odds of pulmonary embolism when adjusting for age, sex, and American Society of Anesthesiologists score. **Conclusions:** No clinical differences were detected among the types of prophylaxis against venous thromboembolism or the types of anesthesia with respect to pulmonary embolism, fatal pulmonary embolism, or death on the basis of prospective collection of data by a contemporary total joint registry.

Kommentar

Ziel dieser Studie war, die bestmögliche Prophylaxe gegen Pulmonalembolien nach Hüftarthroplastien zu finden. Es wurden 17.595 Patienten mit unterschiedlicher Thromboseprophylaxe nachuntersucht. 1533 erhielten mechanische Prophylaxemaßnahmen wie Stützstrümpfe oder Beinpumpen, 6063 erhielten Marcoumar, 7202 erhielten niedermolekulares Heparin, 934 nahmen Aspirin ein, 82 standen unter NSAR. Die unterschiedlichen Narkosemethoden zeigten keine signifikanten Unterschiede. Egal welche Thromboseprophylaxe ein Patient erhielt, die Rate an Pulmonalembolien zeigte in allen Gruppen keinen signifikanten Unterschied mit einem Auftreten von 0,40–0,43 %.

Relevanz für die Praxis

Das Risiko, nach einer Hüftarthroplastie eine Pulmonalembolie zu bekommen, liegt bei <0,5 %. Es ist unabhängig von der Art der Thromboseprophylaxe und der Art der Narkose.

■ A Randomized, Controlled, Double-Blind Trial of Fluoroscopic Caudal Epidural Injections in the Treatment of Lumbar Disc Herniation and Radiculitis

Manchikanti L, et al. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011; 36: 1897–905.

Abstract

Study Design: A randomized, controlled, double-blind trial. **Objective:** To assess the effectiveness of fluoroscopically directed caudal epidural injections in managing chronic low back and lower extremity pain in patients with disc herniation and radiculitis with local anesthetic with or without steroids. **Summary of Background Data:** The available literature on the effectiveness of epidural injections in managing chronic low back pain secondary to disc herniation is highly variable. **Methods:** One hundred twenty patients suffering with low back and lower extremity pain with disc herniation and radiculitis were randomized to one of the two groups: group I received caudal epidural injections with an injection of local anesthetic, lidocaine 0.5 %, 10 mL; group II patients received caudal epidural injections with 0.5 % lidocaine, 9 mL, mixed with 1 mL of steroid. The Numeric Rating Scale (NRS), the Oswestry Disability Index 2.0 (ODI), employment status, and opioid intake were utilized with assessment at 3, 6, and 12 months posttreatment. **Results:** The percentage of patients with significant pain relief of 50 % or greater and/or improvement in functional status

with 50 % or more reduction in ODI scores was seen in 70 % and 67 % in group I and 77 % and 75 % in group II with average procedures per year of 3.8 ± 1.4 in group I and 3.6 ± 1.1 in group II. However, the relief with first and second procedures was significantly higher in the steroid group. The number of injections performed was also higher in local anesthetic group even though overall relief was without any significant difference among the groups. There was no difference among the patients receiving steroids. **Conclusion:** Caudal epidural injection with local anesthetic with or without steroids might be effective in patients with disc herniation or radiculitis. The present evidence illustrates potential superiority of steroids compared with local anesthetic at 1-year follow-up.

Kommentar

In dieser randomisierten, kontrollierten Doppelblindstudie wurde der Effekt von Kaudalblockaden mit und ohne Kortison bei Patienten mit Bandscheibenvorfällen und Radikulopathie getestet. Unter Bildwandlerkontrolle wurden entweder 10 ml 0,5 % Lidocain oder 9 ml 0,5 % Lidocain plus 6 mg Betamethason in den Kaudalkanal instilliert. Es zeigte sich in beiden Gruppen eine ca. 50%ige Schmerzunahme und Verbesserung der Funktion. In der Kortisongruppe kam es nach der 2. Injektion zu einer etwas besseren Wirkung, nach 1 Jahr profitierten jedoch beide Gruppen gleich. Es kam in ca. 70 % zu einem guten Ansprechen, dies entspricht einer mind. 50%igen Verbesserung von Schmerz und Funktion.

Zeitgleich wurde im *British Medical Journal* eine norwegische Studie über Kaudalblockaden veröffentlicht (Iversen et al., „Effect of caudal epidural steroid or saline injection in chronic lumbar radiculopathy“), wobei hier kein Unterschied zu subkutanen Shaminjektionen gefunden werden konnte. Diese Kaudalblockaden wurden jedoch nur mit NaCl oder NaCl mit Kortison durchgeführt.

Relevanz für die Praxis

Kaudalblockaden können bei Bandscheibenvorfällen und Radikulopathien wirksam sein, wobei nach 1 Jahr kein relevanter Unterschied zwischen der Gruppe mit oder ohne Kortison zu bemerken ist.

Korrespondenzadresse:

Dr. Elisabeth Pieler-Bruha
OA an der Abteilung für interdisziplinäre Schmerztherapie
Hartmannspital
A-1050 Wien, Nikolsdorfer Gasse 32–36
E-Mail: ellapieler@yahoo.com

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)