

### **Teil III: Spezial- und Sonderfälle**

**1.) Patienten unter vorbestehender Antibiotikatherapie:** Unabhängig von der Zeit der letzten Dosis wird innerhalb von 60 Minuten präoperativ eine zusätzliche Dosis verabreicht. Cave: Gentamicin, Vancomycin bei Niereninsuffizienz: Rücksprache Dienstarzt Infektiologie

**2.) Verzögerung der Operation:** Perioperative Dosis wurde bei Narkoseeinleitung verabreicht, die Operation verzögert sich aber auf > 60 Minuten: Folgedosis häufig erforderlich. Der Zeitpunkt der Folgedosierung richtet sich nach dem Zeitpunkt der ersten Dosis, NICHT nach dem Zeitpunkt des Operationsbeginns

**3.) Eingriffe mit Blutsperre:** Das Anlegen einer Blutsperre nach Verabreichung des Antibiotikums scheint keinen negativen Effekt zu haben. Die minimale Hemmkonzentration für die wichtigsten Keime bleibt im Gewebe erhalten. Es ist nicht absolut zwingend, dass die ganze Antibiotikainfusion vor Anlage des Tourniquets verabreicht wurde.

**4.) Endourologische Eingriffe:** Vor endourologischen Eingriffen soll bei einer Bakteriurie eine gezielte Therapie durchgeführt werden.

**5.) Kaiserschnitt:** vor Schnitt und nicht erst beim Abklemmen der Nabelschnur

**6.) Penicillin-Allergie in der Vorgeschichte: anamnestisch**

- Makulopapulöses Exanthem: Cephalosporine erlaubt.
- Anaphylaxie, Bronchospasmus, Lyell-Syndrom oder Hypersensitivitätssyndrom nach Penicillin oder anderen Betalaktam-Antibiotikum in der Vorgeschichte (Typ 1): Kein Einsatz von Penicillin-, Cephalosporin- und Carbapenem-Antibiotika!

<b>Typ-1-Penicillin-Allergie</b>	<b>Alternative</b>	<b>Dosis &lt; 80kg KG</b>	<b>Zeitpunkt</b>	<b>Bemerkung</b>
<b>Statt Cefuroxim</b>	Clindamycin	600mg i.v.	30-60 Minuten vor Schnitt	Anpassung an Gewicht und Nierenfunktion
	Ciprofloxacin	0.4g i.v.	60-90 Minuten vor Schnitt	
<b>Statt Cefuroxim plus Metronidazol</b>	Metronidazol	0.5g i.v.	30-60 Minuten vor Schnitt	
	Clindamycin	600mg i.v.	30-60 Minuten vor Schnitt	

**7.) MRSA:**

- MRSA-Anamnese (keine elektiven Eingriffe ohne Dekolonisierungs-versuch. Gilt auch für PEG-Anlage)
- > MRSA-Eradikation nach Hygieneplan

<b>Operation unumgänglich</b>	<b>Wirkstoff</b>	<b>Standard-Dosierung</b>	<b>Zeitpunkt</b>	<b>Bemerkung</b>
Ggf. Anpassung der PAP bei positiven MRSA-Befund (Schnelltest oder Kultur) und aseptischen Eingriffen	Vancomycin plus Cefuroxim	1 x 15mg/kg KG i.v.	60-120 Minuten vor Schnitt	CAVE: Nierenfunktion nicht bei Typ 1 Beta-Lactam Allergie

## 8.) MRGN-Anamnese oder VRE-Anamnese - kein präoperatives Screening, keine Dekolonisation

- Keine generelle Empfehlung zur Anpassung der PAP, Einzelfall-Entscheidung je nach Erreger und Ort/ Art des Eingriffs; antiseptische Waschungen können auch bei MRGN die Keimlast reduzieren und damit das Infektionsrisiko für den Patienten vermindern

ESBL-Kolonisation (bekannt)	Wirkstoff	Standard- Dosis	Gabe vor Schnitt	Bemerkung
Kolorektale Chirurgie oder Urologisch-/gynäkolog- ische-OP mit Darm- eröffnung oder großer Pankreas-Chirurgie	Ertapenem oder Tigecyclin	1 x 1g i.v. 1 x 100mg i.v	30-60 Minuten über 30-60 min 30-60 Minuten über 30-60 min	CAVE: Nierenfunktion CAVE: Child C Zirrhose
VRE-Kolonisation (bekannt)	Wirkstoff	Standard- Dosis	Gabe vor Schnitt	Bemerkung
Shunt, EVAR, TAVI und bei Dialysepatienten	Linezolid	1 x 0.6g i.v.	30-60 Minuten über 30-60 min	CAVE: T3/T4 ( ), Serotonin- Wiederaufnahmehemmer Psychose, instabile Hypertonie

### Bedeutung dieser AMP/PAP-Leitlinien

- Die Leitlinien haben den Status von Empfehlungen und sollen helfen, Entscheidungen zu treffen.
- Sie sind mit allen Fachabteilungen konsentiert, berücksichtigen das lokale Resistenz-Profil und sind durch wissenschaftliche Publikationen belegt.
- Abweichungen davon sind möglich, müssen aber von den Verantwortlichen begründet und dokumentiert werden.

### Pädiatrische Chirurgie inkl. Neonatologie

Neonatologie	Empfohlener Wirkstoff	Standard- Dosierung	Alternativen bei Typ-1- Beta-Laktam Allergie (Standard bei < 80kg KG)
Bei allen operativen Eingriffen die Prophylaxe benötigen (nicht bei aseptischen Eingriffen ohne Eröffnung des GI-Traktes oder saubere urologische Eingriffe (s.u.))	Ampicillin + Gentamicin	100mg/kg i.v. 4-5mg/kg i.v.	Clindamycin 10mg/kg, max. 900mg i.v. (statt Ampicillin)
Pädiatrie	Empfohlener Wirkstoff	Standard- Dosierung	Alternativen bei Typ-1- Beta-Laktam Allergie

(Standard bei < 80kg KG)

### Operationen im Bauchbereich

-transabdominellen Eingriffen ohne Eröffnung des GIT-Lumens (z.B.: Hernien-OP, Splenektomie, Invagination)

Ösophagus- & Magen chirurgie, PEG-Anlage

Bauchchirurgie mit Eröffnung des GIT-Lumens

Cefuroxim

50mg/kg  
i.v. (Kinder  
<40kg)

Gentamicin 5mg/kg i.v.

Cefuroxim +  
Metronidazol

50mg/kg  
i.v. (Kinder  
<40kg) +  
15mg/kg i.v.  
(Kinder bis 11  
Jahre), max.  
500mg

Gentamicin 5mg/kg i.v.  
(statt Cefuroxim)

### Urologie

saubere Eingriffe (z.B.: Zirkumzision, Hodentorsion) keine Prophylaxe

Instrumentierung der Harnwege **mit Risiko** (z.B.: Zystoskopie,

Nephrektomie, Korrektur  
Ureterabgangsstenose,  
Hypospadie-Korrektur)\*

Cefuroxim

50mg/kg i.v.  
(Kinder bis 11  
Jahre), max.  
500mg

Gentamicin 5mg/kg i.v.

\*ggf. Anpassung an resistente Keime (Urinkultur)

mit potenzieller Eröffnung des Darmlumens

Cefuroxim +  
Metronidazol

50mg/kg  
i.v. (Kinder  
<40kg) +  
15mg/kg i.v.  
(Kinder bis 11  
Jahre), max.  
500mg

Gentamicin,5mg/kg i.v.  
(statt Cefuroxim)

Thoraxchirurgie, inkl. Trichterbrust-OP

Cefuroxim

50mg/kg i.v.  
(Kinder bis 11  
Jahre), max.  
500mg

Clindamycin 10mg/kg  
i.v., max. 900mg (statt  
Cefuroxim)

Trichterbrust-OP

Cefazolin

30mg/kg i.v.  
(max. 2g) (ab  
2.LJ)

Vancomycin 15mg/kg  
i.v. (Kinder < 12 Jahre)

**Allgemein:** ist unter fortlaufender antibiotischer Therapie das erwartete Erregerspektrum des Eingriffs abgedeckt, dann Gabe einer Wiederholungsdosis des therapeutisch

gewählten Antibiotikums innerhalb von 30-60 Minuten vor Schnitt, ansonsten Standard-Prophylaxe verabreichen (add-on).