

Het juiste antwoord is inderdaad: **Flucloxacilline**

### Septische bursitis: bespreking

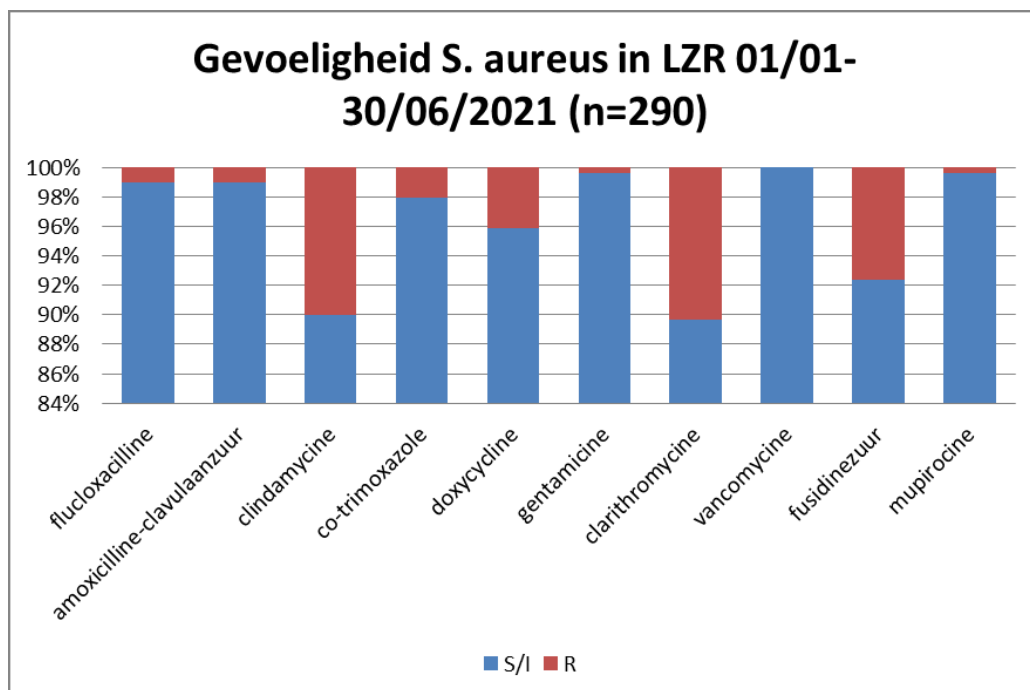
Bursitis is een ontsteking van een slijmbeurs. Septische bursitis wordt het meest gezien aan de elleboog en aan de knie waar de bursa en het onderliggende bot direct onder de huid gelegen zijn. Bacteriën bereiken de bursa vanuit (micro) lesies of infectie van de overliggende huid. Bursitis is vaak een gelokaliseerde infectie maar kan ook gepaard gaan met meer systemische tekenen van infectie.

De meest voorkomende verwekkers van bursitis zijn *Staphylococcus aureus* (80-90%) en beta-hemolytische streptococci (ca. 10%).

De verwekker wordt aangetoond middels kweek van pus uit de bursa. Bij systemische tekenen van infectie dienen ook bloedkweken te worden afgenomen.

Tussen 01/01/2021 en 30/06/2021 werd in het Laurentius Ziekenhuis materiaal van de bursa van 5 patiënten ingezonden voor kweek ( bursa prepatellaris (4), bursa olecrani (1)). Bij 4 patiënten werd *S. aureus* gekweekt en bij 1 patiënt bleef de kweek negatief (aseptische bursitis).

De gemeten gevoeligheid van *S. aureus* isolaten in ons laboratorium wordt weergegeven in de grafiek.



Flucloxacilline is dus een goede keus voor de empirische behandeling van bursitis. Er is vrijwel geen resistentie (in geval van resistentie spreken we van MRSA (methicilline-resistente *S. aureus*) en het heeft een smal spectrum gericht op staphylococci en streptococci. Toch zien we soms therapeutisch falen bij orale therapie. Dit komt dan vaak

doordat in de patiënt onvoldoende antibiotica spiegels bereikt worden. De biologische beschikbaarheid van orale flucloxacilline wisselt van persoon tot persoon en kan ook per dag variabel zijn binnen een individu. Uiteraard kan therapeutisch falen ook een teken zijn dat de bursa onvoldoende gedraineerd is.

Amoxicilline-clavulaanzuur heeft een veel te breed spectrum dat ook veel Gram-negatieve staven en anaeroben bevat en zal dus onnodig leiden tot meer selectie van resistentie. Farmaco-kinetisch heeft amoxicilline-clavulaanzuur geen voordelen ten opzichte van flucloxacilline en dient dus niet gebruikt te worden voor deze indicatie.

Clindamycine heeft wel als voordeel dat het een uitstekende biologische beschikbaarheid heeft. In Nederland is ca. 10 % resistent. Bij een ernstig zieke patiënt is dit resistentie percentage te hoog om nog empirisch te gebruiken maar wanneer orale therapie mogelijk is (en het dus geen ernstige infectie betreft) is dit ook een goede keus in afwachting van de gevoeligheid en de eerste keus bij een penicilline allergie.

Voor co-trimoxazole en doxycycline geldt ook dat deze een goede orale biologische beschikbaarheid hebben. Echter, deze middelen hebben weer een breder spectrum en zijn dus vanuit dat oogpunt minder aantrekkelijk. Maar bij een contra-indicatie voor zowel flucloxacilline als clindamycine kan voor één van deze middelen worden gekozen. Co-trimoxazole heeft nog een nadeel: Uiteraard werkt geen enkel antibioticum goed in pus, er is tenslotte geen bloedvoorziening, maar co-trimoxazole werkt ook niet goed in pus vanwege de grote aanwezigheid van stoffen met een antagonistische werking (thymidine).

Voor de volledigheid ziet u de gevoeligheden voor nog een aantal antibiotica weergegeven.

### **Casus vervolg**

De volgende dag werd op basis van de kweek amoxicilline-clavulaanzuur alsnog vervangen en werd de patiënt met succes behandeld met flucloxacilline 4 dd 500 mg p.o. voor de duur van 10 dagen.