

ARTHRITIS: VOORAFGAANDELIJKE OPMERKINGEN

• *Algemene opmerkingen*

- Risicofactoren voor septische arthritis.
 - Bestaande gewrichtspathologie (vooral reumatoïde arthritis).
 - Leeftijd (pasgeborenen en volwassenen > 80 jaar).
 - Onderliggende systemische aandoeningen [diabetes, chronische lever- en nierziekten (en hemodialyse), maligniteiten, intraveneus druggebruik, immuundepressie, ...].
 - Lokale factoren (rechtstreeks gewrichtstrauma, recente gewrichtschirurgie, arthroscopie, aanwezigheid van een gewrichtsprothese, ...).
 - Sociale factoren [beroepsmatige blootstelling aan dieren (brucellose), lage sociale status (tuberculose), ...].
- Een geïntegreerde medico-chirurgische aanpak is vereist.
 - Geschikte antibiotherapie.
 - Behandeling gebeurt bij voorkeur met hoge doses antibiotica met een:
 - ▲ hoge biodisponibiliteit wanneer oraal toegediend.
 - ▲ goede penetratie in bot- en gewrichtsweefsel [clindamycine, fluoroquinolones, (neo)macroliden, rifampicine, linezolid, TMP-SMX]. Deze antibiotica zijn te verkiezen boven bètalactams, aminoglycosiden en glycopeptiden.
 - Geen rechtstreekse intra-articulaire toediening van antibiotica.
 - Meestal is de duur van de behandeling die wordt aanbevolen voor volwassenen langer dan die voor kinderen.
 - Chirurgie.
 - Adequate drainage (naaldaspiratie) van purulent synoviaal vocht. Indien nodig (dagelijks) te herhalen tot de hoeveelheid en de purulentie van het synoviaal vocht minimaal geworden zijn.
 - Extensieve debridering en adequate drainage van alle geïnfecteerd weefsel.
 - Verwijderen van prothesen en andere hardware indien aangewezen.
 - Complete wondsluiting, stabilisatie van geïnfecteerde fracturen,
 - Arthroscopische lavage (afhankelijk van de lokalisatie en de toegankelijkheid van het gewricht) noodzakelijk indien herhaalde drainage en geschikte antibiotherapie niet het gewenste resultaat opleveren.
- Identificatie en in vitro gevoeligheidsbepalingen van de betrokken pathogenen zijn van cruciaal belang.
 - Bloed, botweefsel (chirurgische staalafname of door naaldaspiratie onder radiologische geleiding). Meerdere stalen zijn nodig voor Gramkleuring, cultuur en histopathologisch onderzoek.
 - Culturen van oppervlakkige stalen (uitstrijkjes van fistels, vloeistof afkomstig uit drainerende wondes, ...) zijn vaak misleidend.
 - PCR kan nuttig zijn bij patiënten die reeds antibiotica toegediend krijgen.
 - Bij stabiele patiënten onder antibiotherapie moet een antibioticavrij venster van 10 tot 14 dagen worden gerespecteerd vooraleer nieuwe diepe stalen worden afgenomen.

• *Sequentiële orale antibiotherapie*

Standaard posologieën bij switch van intraveneuze naar orale behandeling (antibiotica met bewezen in vitro activiteit tegen de betrokken pathogenen) is mogelijk (sequentiële therapie).

- Amoxicilline: 1 g q6h.
- Cefadroxil: niet aangewezen.
- Cefalexine: niet aangewezen.
- Ciprofloxacin: 750 mg q12h.
- Clindamycine: 600 mg q6h.
- Doxycycline: 200 mg q24h of 100 mg q12h.
- Flucloxacilline: niet aangewezen.
- Levofloxacin: 500 mg q12h.
- Linezolid: 600 mg q12h.
- Minocycline: 200 mg q24h of 100 mg q12h.
- Moxifloxacin: 400 mg q24h.
- Rifampicine (mag, als de toestand van de patiënt het toelaat, steeds per os worden toegediend): 300 mg q8h of 450 mg po q12h of 600 mg q24h.
- TMP-SMX: (5 tot 7 mg TMP + 25 tot 35 mg SMX)/kg q8h.

• *Verdere commentaren*

- Aminoziden: beperkte penetratie in bot -en gewrichtsweefsel. Te vermijden bij deze infecties.

- Teicoplanine voor langdurige behandeling [eventuele thuisbehandeling (“out of hospital parenteral antimicrobial therapy” of OPAT) met administratie via een perifere ingebrachte centrale catheter (PICC) of port-a-cath].
Oplaaddoses van 1,6 g in 1 dosis op dag 1 en 800 mg op dag 2, gevolgd:
 - vanaf dag 3, door +/- 400 mg q24h getitreerd om dalserumconcentraties te bereiken van > 30 µg/ml.
 - of door 1,2 g iv 3 x per week.
- Flucloxacilline (po), cefadroxil en cefalexine: komen in aanmerking voor behandeling po bij kinderen ,maar niet bij adolescenten en volwassenen (verschillen in vascularisatie).
- Rifampicine.
 - Mag niet gebruikt worden voor empirische behandeling of in monotherapie omwille van het risico voor ontstaan van resistentie tijdens de behandeling.
 - Toe te voegen aan het regime bij infecties in aanwezigheid van een vreemd lichaam.
- Clindamycine: hoog risico voor klinisch falen omwille van de (induceerbare) resistentie bij sommige pathogenen (waaronder *Kingella kingae*, stafylo- en streptokokken). Daarom is clindamycine:
 - niet langere een optie voor empirische therapie.
 - te mijden bij infecties door erythromycine resistente maar clindamycine gevoelige stammen tenzij een clindamycine resistentie inductietest negatief is.