

Once osteomyelitis, always osteomyelitis?

Prof. KUIJER geeft in een klinische les (1974) enkele voorbeelden van het verloop van osteomyelitis uit de tijd toen antibiotica nog weinig of geen invloed uitoefenden op het beloop van deze ziekte. Als herinnering aan een ziektebeeld dat — tenzij tijdig herkend en adequaat behandeld — voor de patiënt zeer ernstige consequenties kan hebben is het een nuttige les. Maar ook in een ander opzicht, waar deze les enkele vragen oproept die een meer algemene strekking hebben dan alleen betreffende de osteomyelitis.

In de eerste plaats vroegen wij ons af waarom de patiënten A en B in 1972, nadat het bot was opengebijtd, de sekwester was verwijderd en de holte was gespoeld met een „antibiotica bevattende vloeistof”, niet ook algemeen met antibiotica werden behandeld. Daarbij is het voor het verdere verloop van de ziekte van het grootste belang te weten hoe de antibiotische therapie werd toegediend (aard van het middel, dosering, langs welke weg, hoe lang).

In de tweede plaats kan men zich afvragen of een klassiek Engels gezegde „once osteomyelitis, always osteomyelitis” in 1974 nog wel representatief is voor het Britse standpunt van vandaag. Wij willen daarbij wijzen op de resultaten van BLOCKEY uit Glasgow, die sedert 1962 strikte criteria hanteert bij de bacteriologische diagnose, de therapie en de follow-up (van 1-8 jaar) van acute osteomyelitis en die genezingspercentages vermeldt van omstreeks 85. Ook bij de behandeling van chronische osteomyelitis kan men door samengaan van goede bacteriologische diagnostiek, adequate gevoeligheidsbepaling, chirurgisch verwijderen van dood weefsel, langdurig voortgezette algemene en lokale toediening van bactericide antibiotica, bij follow-up genezingspercentages van 70 à 80 bereiken.

In de derde plaats hebben didactisch bedoelde verklaringen omtrent het ontstaan van bepaalde ziekten soms tot gevolg dat zij het nieuwsgierig nadenken over de dingen in de geneeskunde blokkeren. De voorstelling dat bepaalde circulatieverhoudingen in de metafyse bestaan (die een verlangzaming van de bloedstroom met zich meebrengen) is nog geen verklaring voor het feit dat 90% van de acute osteomyelitis-gevallen door „aanslibbende” stafylokokken (zeker niet altijd penicilline-resistent) wordt veroorzaakt en maar 10% door andere veel voorkomende pathogene microben zoals *H. influenzae*, groep A-streptokokken, pneumokokken of salmonella's. Omtrent de pathogenese van bacteriële ziekten is nog weinig bekend en de betekenis van coagulase in dit verband is op zijn zachtst gezegd omstrepen.

Tenslotte, de plaats van de osteomyelitis-patiënt in het ziekenhuis. Professor KUIJER schrijft: „Toen penicilline beschikbaar kwam heeft men een ogenblik gemeend dat osteomyelitis een interne ziekte zou worden, maar dit is niet juist gebleken.” In plaats van te delibereren over wie de patiënt met osteomyelitis zal behandelen, is deze beter gebaat met de volgende handelwijze: snelle klinische diagnose door degene die de patiënt het eerst ziet (huisarts dan wel specialist); iedere dag uitstel maakt de kans op primaire genezing kleiner en bezorgt de patiënt extra pijn; nog dezelfde dag volledig bacteriologisch onderzoek volgens een tevoren opgesteld schema, waarbij, met enkele uren tussenruimte, een serie bloedkweken (bv. drie) worden aangelegd, eventueel punctie ter plaatse wordt verricht en andere, voor de stafylokokkenpopulatie representatieve plaatsen worden gemonsterd (neus, wondjes, perineum) zodat de kans maximaal wordt dat de bacterioloog de „echte” ziekteverwekker in handen krijgt en een rationeel behandelings-

advies kan geven, dat in 24 uur beschikbaar kan zijn; nog dezelfde dag beginnen met een „best guess” therapie, die in eerste instantie gericht kan zijn op penicillinasevormende stafylokokken en die dus bestaat uit cloxacilline (of flucloxacilline) of andere middelen die speciaal tegen stafylokokken werkzaam zijn zoals lincomycine, fucidine, erytromycine of een cefalosporine. Speciaal met de combinatie fucidine/erytromycine werden door McALLISTER (1974) fraaie resultaten verkregen, die farmacologisch goed verantwoord zijn. Geeft men cloxacilline, dan zal men, omdat het middel tegen stafylokokken minder sterk (circa 1/8) werkt dan penicilline, veel hoger moeten doseren dan de fabrikant meestal aangeeft (niet 2 g maar 5 à 10 g per dag, en bij kinderen 50-100 mg/kg/d); is het therapeutisch resultaat niet bevredigend of wordt een andere ziekteverwekker geïsoleerd, dan moet men niet aarzelen, wederom in overleg met de bacterioloog, de therapie te herzien; bij chronische osteomyelitis is er doorgaans voldoende gelegenheid eerst de bacteriologische diagnose af te wachten en een gevoeligheidsbepaling te verrichten, zodat men vóór of tijdens de operatie met het juiste antibioticum kan beginnen. Na het chirurgisch verwijderen van dood en besmet weefsel geeft een maandenlang voortgezette algemene antimicrobiële therapie, eventueel gesteund door plaatselijke irrigatie met hetzelfde middel, redelijke kansen op succes. Daarbij is het goed te overwegen dat het nut van plaatselijke drainage niet bewezen is en dat daarbij de kans op superinfectie groot is, zodat het middel erger kan zijn dan de kwaal. De nauwgezetheid waarmee een gesloten systeem wordt aangelegd, de samenstelling van de irrigatievloeistof en de zorg en toewijding waarmee van de kant van de verpleging en de arts de asepsis wordt bewaakt, zijn hierbij van doorslaggevende betekenis.

Samenvattend: bij de behandeling van osteomyelitis (evenals bij andere ernstige ziekten) is de patiënt het meest gebaat met nauwe samenwerking, in stafverband, van clinicus, laboratoriumarts, apotheker en verpleging, waarbij een ieder zich zijn beperking bewust blijft.

Literatuur: BLOCKEY, N. J. en T. A. Mc ALLISTER (1972) *J. Bone Jt Surg.* 54B, 299. — BLOCKEY, N. J. en J. T. WATSON (1970) *J. Bone Jt Surg.* 52B, 77. — KUIJER, P. J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1925. — McALLISTER, T. A. (1974) *Brit. J. Hosp. Med.* 12, 535.

Amsterdam, januari 1975

J. HOOGENDIJK
C. E. DE MOOR
H. C. ZANEN

Gezien de verschillende reacties die de klinische les over „osteomyelitis” oproep, zijn door deze les ook gedachten losgemaakt. Dat doet me plezier.

De ingezonden mededeling van de collegae HOOGENDIJK, DE MOOR en ZANEN lijkt mij een goede aanvulling. Natuurlijk mag een slagzin als „once osteomyelitis, always osteomyelitis” niet tot fatalisme stemmen. Het vraagteken achter dit gezegde is daarom terecht. Dat machtige hulpmiddelen als antibiotica op intelligente wijze moeten worden gebruikt en dat goed overleg tussen de deskundigen in kliniek en laboratorium daarbij wezenlijk is, beaam ik van harte. Gelukkig is de prognose niet meer zo somber, als men in de acute fase maar aan de ziekte denkt en in de chronische fase hardnekkig genoeg is met de behandeling.

Groningen, februari 1975

P. J. KUIJER