

*Op basis van Merck Manual osteomyelitis en Certe richtlijn huid-, weke delen en wondinfecties (diabetische voet) en botten- en gewrichtsinfecties (acute osteomyelitis en chronische osteomyelitis) en overleg microbiologen Treant.*

## Osteomyelitis

Osteomyelitis is een botontsteking die in de meeste gevallen wordt veroorzaakt door bacteriën, maar ook ontstekingen door schimmels zijn mogelijk. De botten kunnen op drie manieren geïnfecteerd raken: via bloed, via directe invasie en vanuit een infectie in nabijgelegen weefsel. Er kan een chronische osteomyelitis ontstaan wanneer de osteomyelitis in eerste instantie niet met succes wordt behandeld.

### MEDICAMENTEUZE THERAPIE:

Osteomyelitis wordt in het algemeen eerst chirurgisch behandeld, waarbij wonden en abscessen gedraineerd worden en eventueel necrotisch weefsel verwijderd wordt.

#### Acute osteomyelitis

1. Voor een optimale behandeling moeten bloed en materiaal rond de infectie op kweek gezet worden. Stuur tenminste 1 diepe wondkweek in, alvorens te starten met behandeling.  
De behandeling met antibiotica vindt, wanneer mogelijk, plaats op geleide van de kweek.
2. De voorkeur gaat uit naar 2 weken iv behandelen, daarna 4 weken oraal. Indien dit niet mogelijk/wenselijk is, gaat de voorkeur uit naar clindamycine 3dd 600mg gedurende 6 weken.  
Dit geeft goede spiegels in het bot en de meeste verwekkers worden hiermee gedekt.
3. Overleg met de microbioloog, indien uit de kweek blijkt dat de verwekker niet behandeld kan worden met clindamycine.

#### Chronische osteomyelitis

1. Voor chronische osteomyelitis wordt geen antibiotische therapie geadviseerd. Tenzij de verwekker bekend is of wanneer er een verdenking is van sepsis.
2. Bij een bekende verwekker dient de antibiotische therapie gezamenlijk met drainage van het geïnfecteerde weefsel plaats te vinden.

#### Osteomyelitis bij diabetische voet

Zie ook het protocol [Diabetische voet, richtlijn voor diagnostiek en behandeling](#).

Bij een diabetische voet en sprake van osteomyelitis, sepsis of een dreigend verlies van het been dient antibiotische therapie gestart te worden:

1. Eerste keuze is oraal ciprofloxacine in combinatie met oraal clindamycine gedurende 4 tot 6 weken.
2. Er kan ook gekozen worden voor intraveneus ceftazidim in combinatie met oraal clindamycine gedurende 4-6 weken.

## PREPARATEN BIJ OSTEOMYELITIS

Clindamycine	Tablet 1mg	<p><b>D:</b> Intraveneus: 3dd 600 mg gedurende 4-6 weken. Oraal: 3dd 600 mg gedurende 4-6 weken.</p> <p><b>B:</b> Capsules mogen niet geopend worden, uiteen laten vallen in water mag wel. (capsule niet langs een sonde slikken)</p> <p>Injectievloeistof is geschikt voor orale toediening.</p> <p><b>CI:</b> Overgevoeligheid, bij orale toediening slokdarmstenose, voorzichtigheid geboden bij levercirrose en leverfunctiestoornissen en inflammatoire darmziekten.</p>
Ciprofloxacin	Tablet: 250mg, 500 mg Suspensie: 50mg/ml (ciproxin®)	<p><b>D:</b> Oraal: 2dd 500 mg gedurende 4-6 weken. Bij nierfunctie 10-30 mL/min: 2dd 250 mg.</p> <p><b>B:</b> Tablet mag vermalen worden, suspensie is ook een alternatief.</p> <p><b>CI:</b> Overgevoeligheid, epilepsie, lang QT-intervalsyndroom.</p>
Ceftazidim	Poeder voor injectievloeistof: 500mg, 1000mg, 2000mg	<p><b>D:</b> Intraveneus: 3dd 2000 mg gedurende 4-6 weken. Bij nierfunctie 30-50 mL/min: 2dd 1 g, bij ernstige infecties 2dd 1,5 g of 3dd 1 g. Bij nierfunctie 10-30 mL/min: 1dd 1 g, bij ernstige infecties 1dd 1,5 g of 1 g elke 16 uur.</p> <p><b>B:</b> -</p> <p><b>CI:</b> Overgevoeligheid.</p>