



NHG-Behandelrichtlijn

Bursitis olecrani

Auteur(s):
Van de Pol A, Kuipers T

Versie 2.0, december 2018

© Nederlands Huisartsen Genootschap



Kernboodschappen

- Bursitis olecrani kan ontstaan door niet-infectieuze of infectieuze oorzaken.
- Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelopties van bursitis olecrani.
- Wacht bij een niet-infectieuze bursitis het natuurlijke beloop van de klachten af, ook als klachten een paar weken duren.
- Adviseer om druk op de elleboog en pijnprovocaties te vermijden.
- Een corticosteroidinjectie wordt niet aanbevolen.
- Start bij infectieuze bursitis een empirische antibiotische behandeling met flucloxacilline indien er geen ernstige klachten zijn zoals uitgebreide cellulitis, abcesvorming of ernstige algemene ziekteverschijnselen. Overleg met de tweedelij bij risicogroepen.



Inleiding

Scope

Behandeling van niet-infectieuze en infectieuze bursitis olecrani.

Buiten de scope

- bursitis na een acuut trauma met een open bursa
- behandeling van bursitis veroorzaakt door systeemziekten, zoals jicht en reumatoïde artritis



Achtergronden

Epidemiologie

Over de incidentie en prevalentie van bursitis olecrani in de huisartsenpraktijk zijn geen betrouwbare cijfers bekend.

Zie ook: Detail nr. 1 Epidemiologie

Klinisch beeld

- Een bursitis olecrani kenmerkt zich door een eenzijdige zwelling van de achterzijde van de elleboog.
- De beweging van het ellebooggewricht is bij een bursitis meestal niet beperkt, omdat de bursa oppervlakkig ligt.
- Zeker in het beginstadium van de aandoening is het soms lastig om op het klinische beeld onderscheid te maken tussen niet-infectieuze en infectieuze bursitis, aangezien symptomen elkaar kunnen overlappen.

Zie ook: Detail nr. 2 Klinisch beeld

Niet-infectieuze bursitis

- Een zwelling zonder pijn, warmte of roodheid wijst in de richting van een niet-infectieus probleem.
- De klachten kunnen recentelijk zijn ontstaan, of al langer aanwezig zijn door:
 - veelvuldig leunen op de elleboog
 - stoten van de elleboog, bijvoorbeeld tijdens het uitoefenen van beroep of sport

Infectieuze bursitis

De kans op een infectieuze oorzaak van de bursitis is groter

- als de integriteit van de huid doorbroken is:
 - door een trauma of schaafwonden
 - bij huidziekten zoals eczeem of psoriasis
- bij pijn, warmte, roodheid of uitbreiding van zwelling, al dan niet in combinatie met regionale lymfadenopathie en algemene ziekteverschijnselen zoals koorts, rillingen en misselijkheid

Een infectie kan zich verspreid hebben vanuit een cellulitis van de nabijgelegen huid. Mogelijk heeft de patiënt predisponerende factoren voor infectie zoals verminderde afweer, diabetes mellitus of nierziekte (zie [NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties](#)).

Patiënten met infectieuze bursitis komen veelal eerder bij een arts dan patiënten met een niet-infectieuze bursitis, maar het is ook mogelijk dat een infectie al langer bestaat.



Etiologie

Een bursa is een platte, met vloeistof gevulde ruimte waarvan de wand bestaat uit synoviaal weefsel. Bursae zitten op plaatsen waar huid, bot, pezen, ligamenten en kapsels ten opzichte van elkaar bewegen. Een eenmalige of herhaalde irritatie beschadigt de wand van de bursa en/of leidt tot een bloeding in de bursa met als gevolg een acute, aseptische ontsteking (niet-infectieuze bursitis). Als complicatie kan een infectie optreden, meestal door stafylokokken of streptokokken (infectieuze bursitis).

De klachten van de bursitis kunnen langdurig aanwezig blijven, of er kan een recidief optreden. Systeemziekten zoals jicht en reumatoïde artritis kunnen ook een niet-infectieuze bursitis veroorzaken.

Zie ook: Detail nr. 3 Etiologie

Prognose en natuurlijk beloop

Het natuurlijke beloop van de symptomen van bursitis olecrani in de huisartsenpraktijk is niet bekend. Het is ook niet bekend hoe groot de kans is dat een niet-infectieuze bursitis geïnfecteerd raakt.



Richtlijnen diagnostiek

Anamnese

Vraag naar:

- duur van de klachten, moment van ontstaan en beloop tot nu toe, ervaren hinder en invloed op functioneren
- huidlaesies: verwonding, huidzieken
- uitlokkende factoren: steunen op de elleboog, hobby's en beroep
- aangeboren of verworven stollingsstoornis, gebruik van antistolling en zo ja mogelijke ontregeling van de instelling hiervan
- algemene ziekteverschijnselen zoals koorts, rillingen of misselijkheid
- aanwezigheid van (symptomen van) systeemziekten zoals jicht en reumatoïde artritis
- verhoogd risico op gecompliceerd beloop door verminderde afweer, diabetes mellitus, nierziekte (zie [NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties](#))

Lichamelijk onderzoek

Onderzoek:

- omvang, uitbreiding, consistentie en pijnlijkheid van de zwelling aan de achterzijde van de elleboog
- de huid:
 - roodheid en warmte
 - aanwezigheid van huidlaesies, zoals schaafwonden of bijvoorbeeld eczeem of psoriasis
 - tekenen van cellulitis van nabijgelegen huid
 - abcesvorming
- bewegingsonderzoek van de elleboog
- mate van ziek-zijn
- lichaamstemperatuur
- bij een vermoeden van een infectieuze oorzaak: palpatie van regionale lymfeklieren

Aanvullend onderzoek

Overweeg een aspiratie van de bursa bij de wens een verwekker aan te tonen bij infectieuze bursitis. Wees terughoudend met bursapuncties bij diagnostische twijfel over de aanwezigheid van een niet-infectieuze of infectieuze oorzaak van de bursitis.

Zie ook: Detail nr. 4 Aanvullend onderzoek

Evaluatie

Differentiële diagnostiek

Sluit belangrijke, zeldzamere differentiële diagnoses van bursitis olecrani uit, zoals maligniteit, septische artritis, osteomyelitis en systeemziekten zoals jicht en reumatoïde artritis.



Hemartros en artritis

Denk aan mogelijke betrokkenheid van het gewricht (hemartros of artritis) bij bewegingsbeperking van de elleboog.

Niet-infectieuze of infectieuze bursitis olecrani

Stel op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek (en eventueel een diagnostische punctie) vast of er sprake is van niet-infectieuze of infectieuze bursitis olecrani.

Infectieuze bursitis

- Bepaal of er ernstige klachten zijn zoals uitgebreide cellulitis, abcesvorming, of ernstige algemene ziekteverschijnselen.
- Ga na of de patiënt behoort tot een risicogroep voor gecompliceerd beloop (zie NHG-Standaard bacteriële huidinfecties).



Richtlijnen beleid niet-infectieuze bursitis

Voorlichting en advies

- Geef uitleg over de ontstaanswijze en het beloop van de aandoening.
- Adviseer de patiënt om druk op de elleboog en pijnprovocaties te vermijden.

Thuisarts

Bied voorlichtingsmateriaal aan en verwijst naar de informatie over bursitis olecrani op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl). De informatie op Thuisarts.nl is gebaseerd op deze NHG-Behandelrichtlijn.

Niet-medicamenteuze behandeling

Therapeutische bursa-aspiratie

Wacht in eerste instantie het natuurlijke beloop van de klachten af, ook als klachten een paar weken duren.

Wees terughoudend met aspiratie van de bursa. Bespreek met de patiënt de mogelijkheid van bursa-aspiratie indien de klachten van niet-infectieuze bursitis ernstig zijn en na 4 weken niet zijn verbeterd.

Leg uit dat:

- het verrichten van een bursa-aspiratie bij niet-infectieuze bursitis nadelen heeft.
- het effect van aspiratie op klinische symptomen niet is aangetoond en complicaties kunnen optreden.

Zie ook: Detail nr. 5 Therapeutische bursa-aspiratie

Medicamenteuze behandeling

Pijnbestrijding

Volg voor pijnbestrijding de algemene adviezen in de [NHG-Standaard Pijn](#).

Corticosteroidinjectie

We bevelen geen corticosteroidinjectie aan. De effectiviteit van corticosteroidinjectie is niet aangetoond en er kunnen bijwerkingen optreden.

Zie ook: Detail nr. 6 Corticosteroidinjectie



Controles

- Instrueer om direct terug te komen bij tekenen van infectie.
- Adviseer om contact op te nemen als de klachten van niet-infectieuze bursitis verergeren, of gedurende 4 weken niet verminderen.

Verwijzing

Overweeg verwijzing naar de chirurg om een bursectomie te overwegen indien:

- hinderlijke klachten van niet-infectieuze bursitis erg lang aanhouden
- de klachten steeds recidiveren



Richtlijnen beleid infectieuze bursitis

Voorlichting en advies

- Geef uitleg over de ontstaanswijze en het beloop van de aandoening.
- Leg uit dat voor de genezing van diepe bacteriële huidinfecties beperking van de belasting van het aangedane lichaamsdeel waarschijnlijk zinvol is.

Thuisarts

Bied voorlichtingsmateriaal aan en verwijst naar de informatie over bursitis olecrani op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl). De informatie op Thuisarts.nl is gebaseerd op deze NHG-Behandelrichtlijn.

Medicamenteuze behandeling

Antibiotica

Start bij een vermoeden van een infectieuze bursitis de behandeling zo snel mogelijk.

Overweeg bij infectieuze bursitis een empirische antibiotische behandeling indien er geen ernstige klachten zijn zoals uitgebreide cellulitis, abcesvorming of ernstige algemene ziekteverschijnselen.

- Start conform de richtlijn [NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties](#) met flucloxacilline 500 mg 4 dd, 10 tot 14 dagen.
- Bij penicilline-overgevoeligheid: claritromycine 500 mg 2 dd of clindamycine 600 mg 3 dd, 10 tot 14 dagen.

Zie ook: Detail nr. 7 Antibiotica

Pijnbestrijding

Volg voor pijnbestrijding de algemene adviezen in de [NHG-Standaard Pijn](#).

Controles

- Maak na 2 en na 10 dagen een controleafspraak om het effect van de behandeling te evalueren.
- Adviseer om direct contact op te (laten) nemen bij uitbreiding van de infectie of indien inname van antibiotica niet lukt, bijvoorbeeld door misselijkheid of braken.

Verwijzing

- Overweeg overleg met de 2e lijn of verwijzing naar de 2e lijn bij patiënten met een verhoogd risico op een gecompliceerd beloop. Verwijs in dat geval met spoed naar de chirurg, of naar de reumatoloog indien er geen duidelijke abcesvorming is en conservatieve behandeling de voorkeur heeft.



- Verwijs patiënten met ernstige klachten zoals uitgebreide cellulitis, abcesvorming of ernstige algemene ziekteverschijnselen met spoed naar de chirurg of reumatoloog
- Verwijs met spoed bij onvoldoende reactie op empirisch gestarte antibiotische behandeling.



Detail nr. 1 Epidemiologie

Epidemiologie

Er is geen ICPC-code die specifiek de klachten van een bursitis olecrani dekt. De ICPC-subcode L99.01 omvat alle bursitiden tezamen en valt onder de code L99: Andere ziekte(n) bewegingsapparaat. [1](#) [2](#) Ook de internationale literatuur biedt geen incidentiecijfers. [3](#) [4](#)



Detail nr. 2 Klinisch beeld

Klinisch beeld

Bursitis wordt onderverdeeld in 2 soorten: niet-infectieuze en infectieuze bursitis. Het maken van onderscheid kan lastig zijn; symptomen kunnen overlappen. [5](#) Soms maakt men in de literatuur onderscheid tussen een acute en een chronische vorm van de aandoening, maar men beschrijft daarbij geen tijdsintervallen om acuut van chronisch te onderscheiden. [3](#) [5](#) [6](#) [7](#)

Detail nr. 3 Etiologie

Etiologie

Niet-infectieuze bursitis

Een oorzaak van plotseling ontstane niet-infectieuze bursitis is een trauma (val of stoot) waarbij een intrabursale bloeding optreedt waardoor inflammatie ontstaat. Bij patiënten met anticoagulantiagebruik of met stollingsproblemen door een andere oorzaak kan een bloeding ook spontaan ontstaan. Langer bestaande klachten van een niet-infectieuze bursitis kunnen komen door herhaaldelijke of langdurige lokale druk of microtraumata. Dit komt regelmatig voor in de context van veelvuldig leunen op de elleboog. Naast mechanische oorzaken kunnen systeemziekten zoals jicht en reumatoïde artritis een niet-infectieuze bursitis veroorzaken. Denk tot slot aan zeldzame oorzaken als een maligniteit.

Infectieuze bursitis

Infectieuze bursitis ontstaat door bacteriële invasie vanuit infectie van de nabijgelegen huid zoals bij cellulitis, door directe introductie van bacteriën zoals bij trauma, of iatrogeen na een punctie van de bursa. [6](#) [8](#) De meest voorkomende verwekkers van infectieuze bursitis zijn stafylokokken en streptokokken, maar er zijn nog veel meer micro-organismen bekend als oorzaak. [2](#) [9](#) [10](#) [11](#) De differentiële diagnose van infectieuze bursitis omvat diepere infecties zoals septische artritis van het ellebooggewricht en osteomyelitis. [6](#) [10](#) Bij infectieuze bursitis is er vaak nog een relatief goede beweeglijkheid; bij bewegingsbeperking dient men extra alert te zijn op het bestaan van een gewrichtsprobleem zoals hemartros of artritis.

Detail nr. 4 Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek

Bursapunctie om niet-infectieuze bursitis te onderscheiden van infectieuze bursitis

Klinisch onderscheid tussen niet-infectieuze en infectieuze bursitis kan lastig zijn. [3 10 12](#) Sommige auteurs (uit de 2e lijn) zijn daarom van mening dat een diagnostische punctie altijd geïndiceerd is, [13 12](#) terwijl andere aanraden om eerst laboratoriumonderzoek te doen en/of een röntgenfoto te maken, [3 13 10](#) of alleen te punteren bij diagnostische twijfel. [3 2](#) Tot slot zijn er ook auteurs die vinden dat terughoudendheid geboden is met bursapuncties, zeker bij een sterk vermoeden van een niet-infectieuze bursitis, [4 6](#) om te voorkomen dat de patiënt onnodig risico loopt op een iatrogene infectieuze bursitis.

De diagnostische waarde van het aspect van het aspiraat is grotendeels onbekend. In de literatuur wordt wel beschreven dat pus bij aspiratie wijst op een bacteriële infectie en dat helder vocht of bloed een infectieuze bursitis minder waarschijnlijk maken. Echter, helder vocht of bloed sluiten een bacteriële infectie ook niet geheel uit. Auteurs van beschikbare overzichtsartikelen raden aan om in aspiraat het leukocytenaantal te bepalen en een gramkleuring te verrichten [6 7](#) ; dit wordt echter in de huisartspraktijk niet vaak gedaan.

De werkgroep is onzeker over de voor- en nadelen van diagnostische puncties. De afweging om te punteren (of te verwijzen hiervoor) hangt samen met de mate van diagnostische twijfel bij de huisarts. Het nadeel van punteren zal groter zijn bij een geringer vermoeden van een infectieuze oorzaak, want dan weegt het risico van iatrogene introductie van bacteriën zwaarder en kun je ook overwegen om de patiënt een dag later te controleren en zo mogelijk een punctie te besparen. Anderzijds, als het vermoeden van een infectieuze oorzaak groter is en het aspiraat wijst in de richting van een infectieuze oorzaak dan kan direct de juiste behandeling worden ingezet en kan materiaal op kweek worden gezet. Een laatste overweging is om bij twijfel empirisch (mogelijk onnodig) te starten met antibiotica zonder te punteren, om dan in elk geval niet het risico te lopen op introductie van bacteriën indien de bursitis niet-infectieus was.

Bursapunctie om een verwekker aan te tonen bij infectieuze bursitis

Verschillende experts adviseren om een punctie te overwegen bij een vermoeden van een infectieuze oorzaak om een verwekker te kunnen aantonen. [9 3 6](#) Echter, er zijn ook auteurs die menen dat puncties enkel verricht dienen te worden in settings waar dit haalbaar is en op gecontroleerde wijze gedaan kan worden, aangezien het per ongeluk aanpakken van het ellebooggewricht kan leiden tot iatrogene septische artritis. [10](#)

De werkgroep is onzeker over de voor- en nadelen van een bursapunctie die dient om een verwekker aan te tonen (zie [Antibiotica](#)).

Detail nr. 5 Therapeutische bursa-aspiratie

Van bewijs naar aanbeveling

De kwaliteit van bewijs was laag. Kim et al. [14](#) vonden geen duidelijke meerwaarde van aspiratie van de bursa bij patiënten met niet-infectieuze bursitis. Er werd geen onderscheid gemaakt in patiënten met kortdurende versus langdurende klachten. Bijwerkingen traden niet op, maar het onderzoek was klein van omvang. We zijn kortom zeer onzeker of aspiratie beter is dan afwachtend beleid en vanwege de mogelijke nadelige effecten van aspiratie (zoals iatrogene introductie van bacteriën) bevelen we aan om bij patiënten met niet-infectieuze bursitis het natuurlijke beloop af te wachten, ook als klachten wat langer aanhouden. De werkgroep is van mening dat als klachten ernstig zijn en langdurig niet verbeteren (arbitrair: > 4 weken) een bursapunctie kan worden overwogen. Bespreek de voor- en nadelen met de patiënten.

Samenvatting van bewijs

Uitgangsvraag

Is een bursa-aspiratie zonder corticosteroïdinjectie of een afwachtend beleid aan te bevelen voor patiënten met niet-infectieuze bursitis olecrani?

Tabel 1 PICO bursa-aspiratie zonder corticosteroïdinjectie versus afwachtend beleid

Patiënten (P)	Volwassenen met niet-infectieuze bursitis olecrani
Interventie (I)	Aspiratie zonder corticosteroïdinjectie
Vergelijking (C)	Afwachtend beleid
Uitkomstmaten (O)	<ul style="list-style-type: none">• Klinische verbetering• Tijd tot verbetering• Pijn• Functioneren• Bijwerkingen

Methode

We hebben een systematisch literatuuronderzoek verricht naar de vraag of aspiratie zonder corticosteroïdinjectie of aspiratie met corticosteroïdinjectie beter is dan afwachtend beleid voor de behandeling van patiënten met een niet-infectieuze bursitis olecrani. De zoekstrategie met zoekdatum vanaf 1 januari 1978 tot en met 18 juni 2018 gaf 50 treffers. De zoekstrategie leverde 1 RCT [14](#) op.

Resultaten

Tabel 2 Bursa-aspiratie versus afwachtend beleid voor niet-infectieuze bursitis olecrani

Uitkomsten	Absolute effecten (95%-BI)	Bursa-aspiratie	Relatief effect (95%-BI)	Aantal deelnemers (onderzoeken)	Kwaliteit van bewijs (GRADE)	Tekstuele samenvatting
	Afwachtend beleid					
Tijd tot klinische verbetering 0-4 weken follow-up	3,2	3,1	-	56 (1 RCT)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het effect van bursa-aspiratie is zeer onzeker
	Verschil (mediaan): 0,1 week minder					
Percentage verbetering van symptomen (ja/nee) 4 weken follow-up	25/30 (83,3%)	17/26 (65,4%)	RR 0,87 (0,54 tot 1,40)	56 (1 RCT)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het effect van bursa-aspiratie is zeer onzeker
	Verschil: 108 minder per 1,000 (van 333 meer tot 383 minder)					
Pijnscore (VAS 0 tot 10) 4 weken	1,9	1,7	-	56 (1 RCT)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het effect van bursa-aspiratie is zeer onzeker
	Verschil (gemiddelde): 0,2 punten minder					
Bijwerkingen	In dit onderzoek zijn geen belangrijke bijwerkingen opgetreden.		-	-	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}	Over het optreden van bijwerkingen zijn we zeer onzeker

BI: betrouwbaarheidsinterval; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; RCT: randomised controlled trial; RR: relatieve risicoreductie; VAS: visueel analoge schaal
a Risk of bias: geen blinding
b Indirect bewijs: ziekenhuispopulatie
c Onnauwkeurigheid: kleine aantallen, lage power (power om een verschil te vinden van 30% afname in patiënten met verbetering na 4 weken)

Beschrijving onderzoeken

Kim et al. [14](#) includeerden 83 ziekenhuispatiënten in Korea met niet-infectieuze bursitis olecrani (waarvan 41 met een traumatische oorzaak). De klachtenduur van de patiënten varieerde van 1 week tot 16 weken. De diagnose was gebaseerd op het oordeel van 2 orthopeden. Exclusiecriteria waren onder andere de aanwezigheid van jicht of reumatoïde artritis, andere elleboogpathologie, en eerdere aspiratie of corticosteroïdinjectie. Patiënten gerandomiseerd in de controlegroep kregen een non-steroidal anti-inflammatoire drug (NSAID) en een drukverband. De ene interventiegroep kreeg daarnaast wekelijkse (re)aspiratie van de bursa (zolang klachten persisteerden) en bij de andere interventiegroep werd daarbij tevens steeds 1 ml 40mg/ml triamcinolonacetonide met 1 ml 2% lidocaïne achtergelaten. Wekelijks werd gekeken naar afname van de klachten en complicaties zoals infectie, huidatrofie, of persisterende drainage. Onvoldoende klachtenvermindering werd gedefinieerd als persisterende of recidiverende zwelling na 4 weken. Daarnaast werd bepaald of er sprake was van persisterende pijn op een visueel analoge schaal (VAS). De uitkomsten van het onderzoek zijn weergegeven in tabel 2.

Conclusie

Het effect van bursa-aspiratie is zeer onzeker (kwaliteit van bewijs was zeer laag) op tijd tot klinische verbetering, percentage verbetering van symptomen, pijnscore en het optreden van



bijwerkingen.

Detail nr. 6 Corticosteroidinjectie

Van bewijs naar aanbeveling

De kwaliteit van bewijs was laag. Het kleine onderzoek van Smith et al. [16](#) vond geen relevant effect van corticosteroidinjectie. Het recentere, ook kleine onderzoek van Kim et al. vond geen klinisch relevant effect van corticosteroidinjectie op het percentage patiënten met klinische verbetering. De tijd tot herstel was wel 1 week korter in de corticosteroidgroep (namelijk 2,3 weken versus 3,1/3,2 weken). In deze kleine onderzoeken traden geen ernstige bijwerkingen op. In de literatuur wordt wel beschreven dat corticosteroidinjecties verschillende bijwerkingen kunnen veroorzaken zoals huidatrofie, depigmentatie (extra vervelend bij een donkere huid), secundaire infecties en sinusvorming en/of chronische drainage. [6](#) [8](#) [10](#) [15](#) [17](#)

Samenvatting van bewijs

Uitgangsvraag

Is een bursa-aspiratie met corticosteroidinjectie vergeleken met aspiratie zonder corticosteroidinjectie of afwachtend beleid aan te bevelen voor patiënten met niet-infectieuze bursitis olecrani?

Tabel 3 PICO bursa-aspiratie met corticosteroidinjectie versus afwachtend beleid

Patiënten	Volwassenen met niet-infectieuze bursitis olecrani
Interventie	Aspiratie met corticosteroidinjectie
Vergelijking	Geen corticosteroidinjectie (dat wil zeggen aspiratie zonder corticosteroidinjectie of afwachtend beleid)
Uitkomstmaten	<ul style="list-style-type: none">• Klinische verbetering• Tijd tot verbetering• Pijn• Functioneren• Bijwerkingen

Methode

We hebben een systematisch literatuuronderzoek verricht naar de vraag of aspiratie zonder corticosteroidinjectie of aspiratie met corticosteroidinjectie beter is dan afwachtend beleid voor de behandeling van patiënten met een niet-infectieuze bursitis olecrani. De zoekstrategie met zoekdatum vanaf 1 januari 1978 tot en met 18 juni 2018 gaf 50 treffers. De zoekstrategie leverde 2 RCT's [14](#) [16](#) op.

Resultaten


Tabel 4 Corticosteroidinjectie versus geen corticosteroidinjectie voor niet-infectieuze bursitis olecrani

Uitkomsten	Impact	Aantal deelnemers (onderzoeken)	Kwaliteit van bewijs (GRADE)	Tekstuele samenvatting
Tijd tot klinische verbetering 0-4 weken follow-up	Kim et al. 14 : steroidgroep mediaan 2,3; Controlegroepen 3.2 en 3.1 weken (p=0.015)	83 (1 RCT)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het effect van steroidinjectie is zeer onzeker
Percentage verbetering van symptomen (ja/nee) 4 weken follow-up	Smith et al. 16 : steroidgroepen 20/21 (95%); niet-steroidgroepen 19/21 (90%); RR 1,05 (0,89-1,25) Kim et al. 16 : steroidgroep 23/27 (85%), niet-steroidgroepen 42/56 (75%) RR 1,14 (CI 0,91-1,41)	125 (1 RCT)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het effect van steroidinjectie is zeer onzeker
Percentage pijnvrij na 6 maanden (VAS 0 tot 10) follow up: gemiddeld 6 maanden	Smith et al. 16 : steroidgroepen 20/21 (95%); niet-steroidgroepen 18/21 (86%); RR 1,11 (CI 0,91-1,36)	42 (1 RCT)	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het effect van steroidinjectie is zeer onzeker
Bijwerkingen	In dit onderzoek zijn geen belangrijke bijwerkingen opgetreden.	-	⊕○○○ ZEER LAAG ^{a,b,c}	Het effect van steroidinjectie is zeer onzeker

BI: betrouwbaarheidsinterval; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; RCT: randomised controlled trial; RR: relatieve risicoreductie; VAS: visueel analoge schaal
a Risk of bias: geen blinding
b Indirect bewijs: ziekenhuispopulatie
c Onnauwkeurigheid: kleine aantallen, lage power (Kim et al. [14](#) : power om een verschil te vinden van 30% afname in patiënten met verbetering na 4 weken. Smith et al. [16](#) : 11 en 10 patiënten in de steroidgroepen)

Beschrijving onderzoeken

Kim et al. [14](#) includeerden 83 ziekenhuispatiënten in Korea met niet-infectieuze bursitis olecrani, waarvan 41 met een traumatische oorzaak. De klachtenduur van de patiënten varieerde van 1 week tot 16 weken. De diagnose was gebaseerd op het oordeel van 2 orthopeden. Exclusiecriteria waren onder andere de aanwezigheid van jicht of reumatoïde artritis, andere elleboogpathologie en eerdere aspiratie of corticosteroidinjectie. Patiënten gerandomiseerd in de controlegroep kregen een non-steroidal anti-inflammatoire drug (NSAID) en een drukverband. De ene interventiegroep kreeg daarnaast wekelijkse (re)aspiratie van de bursa (zolang klachten persisteerden) en bij de andere interventiegroep werd daarbij tevens steeds 1 ml 40mg/ml



triamcinolonacetonide met 1 ml 2% lidocaïne achtergelaten. Wekelijks werd gekeken naar afname van de klachten en complicaties zoals infectie, huidatrofie, of persisterende drainage.

Onvoldoende klachtenvermindering werd gedefinieerd als persisterende of recidiverende zwelling na 4 weken. Daarnaast werd bepaald of er sprake was van persisterende pijn op een visueel analoge schaal (VAS).

Smith et al. [16](#) includeerden 42 mannen in de Verenigde Staten met niet-infectieuze bursitis, waarvan 16 traumatisch. De gemiddelde klachtenduur van de patiënten varieerde van 12 tot 25 dagen in de 4 groepen, met standaarddeviaties van 8 tot 28. De diagnose was gebaseerd op onder andere de huidtemperatuur en analyse van vloeistof verkregen door aspiratie van de bursa die bij alle patiënten werd verricht. Exclusiecriteria waren onder andere jicht of reumatoïde artritis, andere elleboogpathologie, gebruik van NSAID, bloedverdunners, en verminderde afweer. Patiënten werden gerandomiseerd in 4 groepen. Van deze groepen kregen er 2 een intrabursale injectie met 20 mg methylprednisolon, waarbij de ene groep tevens een oraal NSAID kreeg (naproxen 1 gram per dag voor 10 dagen) en de andere een oraal placebo. Ook waren er 2 groepen zonder intrabursale steroïden: 1 groep met een oraal NSAID en 1 met een orale placebo. Follow-up vond plaats in week 1, 3 en 6 en na 6 maanden. De beoordelaar was geblindeerd voor de behandeling. Reaspiratie vond plaats als de bursa weer net zo gezwollen bleek te zijn als bij aanvang van het onderzoek. Zo nodig werd tijdens follow-up momenten opnieuw geaspireerd. Treatment failure werd gedefinieerd als persisterende zwelling na minstens 3 reaspiraties. De uitkomsten van de onderzoeken zijn weergegeven in tabel 4.

Conclusie

Het effect van bursa-aspiratie met corticosteroïdinjectie is zeer onzeker (kwaliteit van bewijs was zeer laag) op tijd tot klinische verbetering, percentage verbetering van symptomen, percentage pijnvrij na 6 maanden en het optreden van bijwerkingen.

Detail nr. 7 Antibiotica

Antibiotica

Er is geen prospectief onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelingen van septische bursitis olecrani. [9](#) We zijn dan ook onzeker over de voor- en nadelen van bursa-aspiratie om een verwekker aan te tonen en op basis hiervan antibiotische behandeling te kunnen aanpassen. Tevens zijn er geen onderzoeken die de dosis en duur van empirische te starten antibiotica vergelijken. Infectieuze bursitis wordt in het merendeel van de gevallen veroorzaakt door stafylokokken of streptokokken. De werkgroep behandelrichtlijnen van het NHG is van mening dat bij patiënten zonder ernstige klachten zoals uitgebreide cellulitis, abcesvorming of ernstige algemene ziekteverschijnselen gekozen kan worden voor empirische behandeling met flucloxacilline met laagdrempelige controle, conform de richtlijn [NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties](#). Verwijs de patiënt bij ernstige klachten. Overweeg bij patiënten uit risicogroepen overleg met of verwijzing naar de 2e lijn.



Referenties

1. Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. Amsterdam: Reed Business Education, 2013.
2. Knuistingh Neven A, Eekhof JAH. Bursitis olecrani en bursitis prepatellaris Huisarts Wet 2005;5:245-7.
3. Del Buono A, Franceschi F, Palumbo A, Denaro V, Maffulli N. Diagnosis and management of olecranon bursitis. Surgeon 2012;10:297-300.
4. Herrera FA, Meals RA. Chronic olecranon bursitis. J Hand Surg Am 2011;36:708-9; quiz 10.
5. Schers H. Zwelling elleboogpunt. Huisarts Wet 2014;3:157.
6. Khodae M. Common superficial bursitis. Am Fam Physician 2017;95:224-31.
7. McFarland EG, Mamane P, Queale WS, Cosgarea AJ. Olecranon and prepatellar bursitis: Treating acute, chronic, and inflamed. Phys Sportsmed 2000;28:40-52.
8. Sayegh ET, Strauch RJ. Treatment of olecranon bursitis: A systematic review. Arch Orthop Trauma Surg 2014;134:1517-36.
9. Abzug JM, Chen NC, Jacoby SM. Septic olecranon bursitis. J Hand Surg Am 2012;37:1252-3.
10. Blackwell JR, Hay BA, Bolt AM, Hay SM. Olecranon bursitis: A systematic overview. Shoulder Elbow 2014;6:182-90.
11. Reilly D, Kamineni S. Olecranon bursitis. J Shoulder Elbow Surg 2016;25:158-67.
12. Truong J, Ashurst JV. Bursitis, septic. Statpearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing StatPearls Publishing LLC.;2018.
13. Baumbach SF, Lobo CM, Badyine I, Mutschler W, Kanz KG. Prepatellar and olecranon bursitis: Literature review and development of a treatment algorithm. Arch Orthop Trauma Surg 2014;134:359-70.
14. Kim JY, Chung SW, Kim JH, Jung JH, Sung GY, Oh KS, et al. A randomized trial among compression plus nonsteroidal antiinflammatory drugs, aspiration, and aspiration with steroid injection for nonseptic olecranon bursitis. Clin Orthop Relat Res 2016;474:776-83.
15. Kennedy SA. Cor insights(r): A randomized trial among compression plus nonsteroidal antiinflammatory drugs, aspiration, and aspiration with steroid injection for nonseptic olecranon bursitis. Clin Orthop Relat Res 2016;474:784-6.
16. Smith DL, McAfee JH, Lucas LM, Kumar KL, Romney DM. Treatment of nonseptic olecranon bursitis. A controlled, blinded prospective trial. Arch Intern Med 1989;149:2527-30.
17. Weinstein PS, Canoso JJ, Wohlgethan JR. Long-term follow-up of corticosteroid injection for traumatic olecranon bursitis. Ann Rheum Dis 1984;43:44-6.