

BURSITE

• Aspects cliniques et commentaires

- Gonflement, sensibilité et érythème au niveau de la peau couvrant la bourse.
- Bursite olécrânienne, bursite prépatellaire: douleur provoquée par flexion complète, extension généralement confortable (important pour le diagnostic différentiel avec arthrite).
- Relativement peu de globules blancs dans le liquide synovial (de 2.000 à 20.000, prédominance des polymorphonucléaires).
- Incision et drainage ou aspiration journalière jusqu'à réduction de la quantité de liquide synovial.
- En cas de récurrence, excision chirurgicale de la bourse à considérer.
- Infection à *Mycobacterium tuberculosis* à considérer (bursite chronique ou récurrente).
- Traitement initial par voie intraveineuse (quelques jours, jusqu'à évolution clinique favorable), switch précoce vers traitement par voie orale.

• Pathogènes impliqués

- *Staphylococcus aureus*.
- Streptocoques.

• Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
 - Patients sans facteurs de risque d'infections à MRSA.
 - Flucloxacilline.
 - Oxacilline.
 - Patients avec facteurs de risque d'infections à MRSA: vancomycine.
- Posologies standard.
 - Flucloxacilline: 2 g iv q4h.
 - Oxacilline: 2 g iv q4h.
 - Vancomycine: dose de charge de 25 à 30 mg/kg iv, immédiatement suivie soit par une perfusion continue titrée pour atteindre des concentrations sériques de 20 à 30 µg/ml soit par des perfusions intermittentes q12h titrées pour atteindre des concentrations sériques de vallée de 15 à 20 µg/ml.
- Durée totale du traitement anti-infectieux approprié (empirique + documenté).
 - Pas de drainage chirurgical: 14 à 21 jours (dépend de l'évolution clinique et du résultat du drainage).
 - Drainage chirurgical: jusqu'à maximum 7 jours après l'intervention.