

Leserbrief

Überbehandlung bei einer Bursitis olecrani?

Leserbrief zu: Schröder U, Brandenberger M, Piso RJ. Die kutane Nocardiose. Swiss Med Forum. 2018;18(38):779–81.

Der «peer reviewed» Artikel zur kutanen Nocardiose unter dem Spitztitel «Ein seltener Kasus» [1] löst bei mir Stirnrünzeln aus.

Bursitiden am Ellbogen sind ja in der Grundversorgerpraxis ein regelmässiges Thema. Der erwähnte Artikel zeichnet meiner Ansicht nach aber ein völlig falsches Bild über die Herangehensweise und Behandlung bei Bursitiden. Es wäre eine grandiose Mengenausweitung und Überbehandlung, wenn jetzt alle Bursitiden punktiert und die Punktate bakteriologisch und mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) untersucht sowie zusätzlich noch die Ellbogen radiologisch nach destruierenden und osteomyelitischen Prozessen abgesehen würden.

Wenn erst drei Fälle von Infektionen mit *Nocardia* spp. in einem Punktat der Bursa in der Literatur beschrieben sind, liegt es möglicherweise nicht an der Rarität einer solchen Infektion, sondern eher daran, dass die meisten Mediziner schlicht nicht auf die Idee kommen, erstens Bursitiden als Primärtherapie zu punktieren und dann zweitens ein klares Sekret von gelblicher Farbe, wie es eben typischerweise in solchen Bursitiden vorkommt, noch bakteriell untersuchen zu lassen.

Dr. med. Daniel Flach, Bern

Literatur

- 1 Schröder U, Brandenberger M, Piso RJ. Die kutane Nocardiose. Swiss Med Forum. 2018;18(38):779–81.

Replik

Im Folgenden möchte ich auf die Kritik des Kollegen Daniel Flach [1] zum Fallbericht über die kutane Nocardiose [2] eingehen.

Bekanntlich handelt es sich bei dem Artikel um einen Fallbericht mit interessantem bakteriologischen Ergebnis, somit um eine Einzelbeobachtung und nicht um den Versuch, eine Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Bursitis olecrani zu veröffentlichen. Dies kann, darf und soll nicht sein. Die Literatur zu diesem Thema ist sich einig, dass im Rahmen der Ursachenforschung die Punktion der Bursa mit Laboranalysen, Ultraschall und konventionellem Röntgen durchaus sinnvoll sein kann, wobei es dem behandelnden Arzt natürlich überlassen bleibt, welche diagnostischen Massnahmen er anwendet und welche nicht. Niemand hat behauptet, dass alle (!) Patienten mit Bursitis olecrani nach der im Artikel beschriebenen Vorgehensweise untersucht werden sollen. Der Patient, beruflich Monteur, arbeitet in einem Milieu, das kutane Verletzungen und konsekutive bakterielle Infektionen prädestiniert. Ich wollte in diesem Fall sicher gehen, dass keine eitrige Bursitis mit Knochenarrosion vorliegt, zumal der Ellbogen stark gerötet, massiv druckdolent und in der Motorik erheblich eingeschränkt war. Das bakteriologische Resultat mit *Nocardia* war ein Zufallsbefund, den ich ausgesprochen interessant finde. So ist zum Beispiel bei protrahierten Verläufen einer derartigen Infektion mit Therapieresistenz auch an *Nocardia* als Auslöser zu denken, zumal dies erhebliche Konsequenzen für die Therapie hat. Da die diagnostische und therapeutische Vorgehensweise bei meinem Patienten begründet und nachvollziehbar ist, sehe ich keine Probleme bei der Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Ich hoffe, dass sich die Falten auf der Stirn des Kollegen nun wieder glätten und stehe für weitere Kritiken stets zur Verfügung.

Dr. med. Ulrich Schröder, Egerkingen

Literatur

- 1 Flach D. Überbehandlung bei einer Bursitis olecrani? Swiss Med Forum. 2019;19(5–6):102.
- 2 Schröder U, Brandenberger M, Piso RJ. Die kutane Nocardiose. Swiss Med Forum. 2018;18(38):779–81