

Uw diagnose?

Dr. H.C.T. van Zaanen¹, dr. Y.C. Schrama²

(Tijdschr Infect 2015;10(1):13)

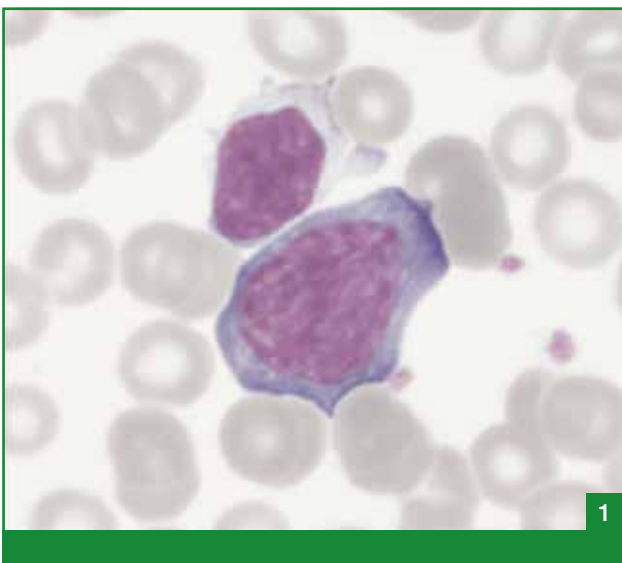
Ziektegeschiedenis

Een 20-jarige, gezonde vrouw presenteerde zich op de Spoedeisende Hulp met plotseling ontstane, heftige, stekende pijn in haar linkerflank en linkerschouder. Na enkele uren veranderde de pijn in een meer branderige, zeurende, continue pijn. Vanwege deze pijn, die toenam bij inspiratie, werd zij door de huisarts ingestuurd onder verdenking van longembolieën. Zij gebruikte een oraal anticonceptivum en had een blanco medische voorgeschiedenis. Wel had zij sinds twee weken voor presentatie keel- en hoofdpijn, koorts, algehele malaise en spierpijn. Lichamelijk onderzoek toonde weinig bijzonderheden behalve een polsfrequentie van 104/minuut en ontstoken

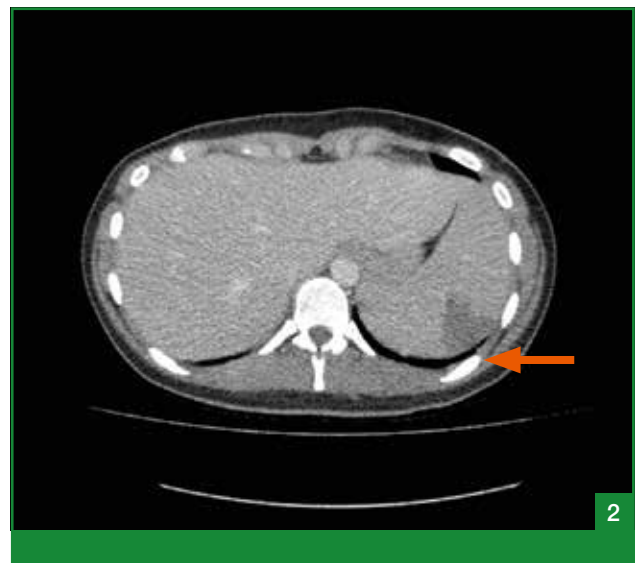
tonsillen. De milt was percutoir vergroot maar niet palpabel. Er waren geen pathologische lymfomen palpabel. Het bloedbeeld toonde leukocytose ($12,4 \times 10^9/L$) met 58% (veelal atypische) lymfocyten (zie *Figuur 1*), verhoogd D-dimeer (2628 $\mu g/L$), bilirubine (31 $\mu mol/L$), LD (1104 U/L), ASAT (127 U/L) en ALAT (196 U/L). De zwangerschapstest was negatief, een CT-scan werd verricht (zie *Figuur 2*).

Kunt u met deze gegevens een diagnose stellen?

Antwoord van de vraagstelling op pagina 18.



Figuur 1. Bloedbeeld met atypische lymfocyten.



Figuur 2. Dens gebied perifeer in de milt.

¹internist-hematoloog, afdeling Interne Geneeskunde, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam ²internist-nefroloog, afdeling Interne Geneeskunde, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam.

Correspondentie graag richten aan: dr. H.C.T. van Zaanen, internist-hematoloog, afdeling Interne Geneeskunde, Sint Franciscus Gasthuis, Kleiweg 500, 3045 PM Rotterdam, tel: 010-4616161, e-mailadres: h.vanzaanen@sfg.nl.

Belangenconflict/Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Ontvangen 3 november 2014, geaccepteerd 12 januari 2014.

Antwoord van de vraagstelling op pagina 13

Diagnose

De CT toonde geen longembolieën maar een vergrote milt van 16 cm met een infarct (zie *Figuur 2*, pagina 13). De atypische lymfocyten waren CD8 positieve T-cellen, cytotoxische lymfocyten (zie *Figuur 1*, pagina 13). De Epstein-Barrvirus (EBV) -serologie toonde positieve VCA-gM en VCA-IgG en een negatieve EBV-EBNA-IgG, dit past bij een actuele EBV-infectie. Aanvullende anamnese vermeldde dat zij sinds enkele maanden een nieuwe vriend had, die de mogelijke bron geweest zou kunnen zijn van deze 'kissing disease'. De behandeling bestond uit pijnstilling in de vorm van paracetamol en diclofenac. Milt-infarct is een zeldzame diagnose. De typisch klinische verschijnselen zijn pijn in de linkerflank vaak uitstralend naar de linkerschouder. De symptomen kunnen atypisch zijn en lijken op acuut coronair lijden, longembolie, peptisch ulcus, acute bloeding of miltrupuur. Soms verloopt het beeld zonder symptomen. De diagnose kan gesteld worden met zowel een abdominale echo als met een CT-scan.

Infectieuze oorzaken van een miltinfarct zijn onder andere meningococcaemie, EBV- en cytomegalovirus-(CMV) infectie, viscerale leishmaniasis, malaria, salmonellosen- en leptospiroseninfecties. De niet-infectieuze oorzaken zijn onder andere embolieën (endocarditis en atriumfibrilleren), hematologische aandoeningen (myeloproliferatieve ziekten, leukemie, lymfomen, sikkelcelziekte, stollingsstoornissen, sferocytose), collageenziekten (systemische lupus erythematoses (SLE), polyarteritis

nodosa) trauma, post-operatieve infecties en amyloidosis.¹ Miltinfarct door EBV-infectie is erg zeldzaam, slechts een paar case reports zijn beschreven maar meestal in aanwezigheid van een onderliggende aandoening zoals sferocytose of een stollingsstoornis.² Hier was bij onze patiënte geen sprake van.

Er is geen specifieke therapie anders dan behandeling van de onderliggende aandoening en adequate pijnstilling. Complicaties van een miltinfarct zijn bloeding, vorming van een pseudocyste of abces. De mortaliteit van een miltinfarct (alle oorzaken samen) is ongeveer 5%.³

Miltrupuur, een meer frequente, mogelijk fatale complicatie van een EBV-infectie wordt gezien in 0,1-0,5% van de gevallen en heeft een mortaliteit van ongeveer 30%.^{4,5}

Patiënte kon de derde dag van opname ontslagen worden en herstelde voorspoedig.

Referenties

1. Gupta S, Kakar A. Splenic infarct of unusual aetiology. *JACM* 2004;5:310-4.
2. Suzuki Y, Shichishima T, Mukae M, et al. Splenic infarction after Epstein-Barr virus infection in a patient with hereditary spherocytosis. *Int J Haematol* 2007;85:380-3.
3. Jaroch MT, Broughan TA, Hermann RE. The natural history of splenic infarction. *Surgery* 1986;100:743-50.
4. Chapman AL, Watkin R, Ellis CJ. Abdominal pain in acute infectious mononucleosis. *BMJ* 2002;324:660-1.
5. Van Manen LE, Heidt J. Acute abdominal pain, painful left shoulder and near collapse. *Neth J Med* 2014;72:282.