

# Uw diagnose?

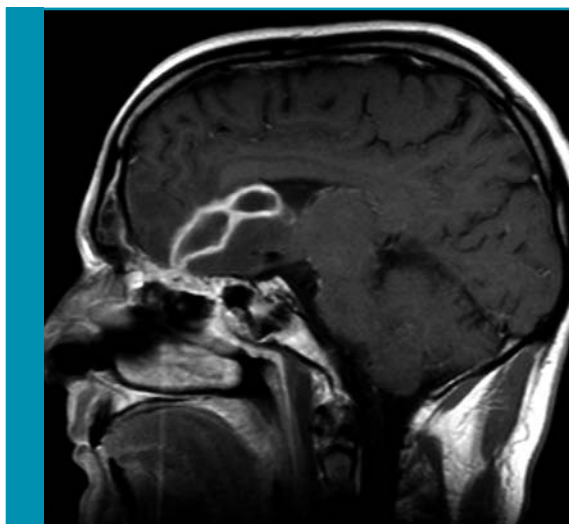
A.C. Kappelle en B.R. Bloem

(Tijdschr Neurol Neurochir 2005;106:237)

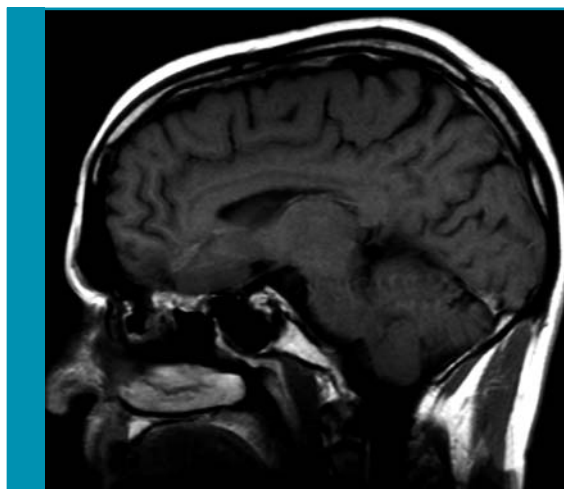
## Ziektegeschiedenis

Een 44-jarige man werd met spoed opgenomen in verband met progressieve hoofdpijn, misselijkheid en braken. Tweeëntwintig dagen voor opname was bij de patiënt de sinus frontalis en de sinus maxillaris endoscopisch gespoeld wegens een chronische sinusitis. Tijdens de operatie was er sprake van kortdurende liquorlekkage, waarna de patiënt gedurende 10 dagen profylactisch was behandeld met ceftriaxon, flucloxacilline en metronidazol intraveneus.

Bij lichamelijk onderzoek werd een heldere, zieke man gezien met een temperatuur van 38,4°C. Er was sprake van meningeale prikkeling zonder focale neurologische uitvalsverschijnselen. Een sagittale T1-gewogen MRI van het cerebrum (zie *Figuur 1*) toonde een grillige hypodensiteit frontobasaal rechts, die vermoedelijk uitgaat van de lamina cribrosa, met een ringvormige aankleuring na toediening van contrast. Liquoronderzoek toonde 111 leukocyten (normaal <5) waarvan 70% neutrofiële segmentkernigen en 28% lymfocyten, totaal eiwit 1.560 mg/l (normaalwaarde <490 mg/l) en een lactaatgehalte



**Figuur 1.**



**Figuur 2.**

van 5.694  $\mu\text{mol/l}$  (normaalwaarde 1.900  $\mu\text{mol/l}$ ). Alle kweken van bloed en liquor, en kweken uit het KNO-gebied bleven negatief.

De patiënt werd gedurende drie maanden medicamenteus behandeld, in eerste instantie klinisch en vervolgens door de huisarts. Er deden zich geen complicaties voor. Na drie maanden behandeling was de patiënt volledig klachtenvrij. Een herhaalde MRI van het cerebrum (zie *Figuur 2*) liet een duidelijke afname van de cerebrale afwijking zien.

## Kunt u met deze gegevens een diagnose stellen?

De juiste diagnose vindt u onderaan de pagina.

### Correspondentieadres eerste auteur:

**Dr. A.C. Kappelle, neuroloog**

UMC St Radboud  
Afdeling Neurologie  
Postbus 9101  
6500 HB Nijmegen  
Tel: 024 361 52 02  
E-mail: a.kappelle@neuro.umcn.nl

*Diagnose: Intracerebraal abces met evidente remissie na intraveneuze behandeling. De behandeling bestond uit ceftriaxon, flucloxacilline en aanvankelijk metronidazol. Metronidazol werd na 10 dagen vervangen door clindamycine oraal vanwege bijwerkingen.*