

Uw diagnose?

K.R. Wilting¹, H. Grundmann²

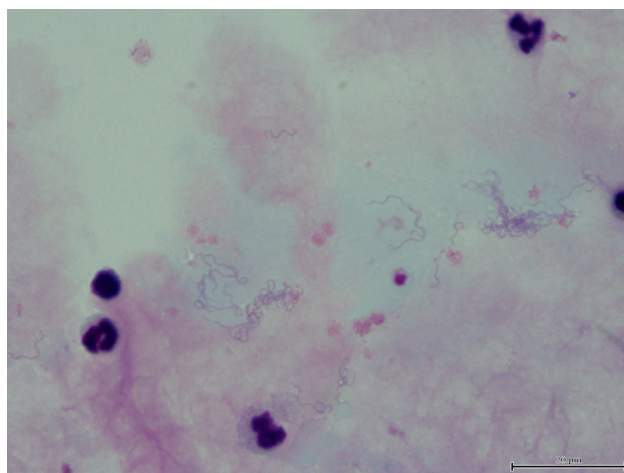
(TIJDSCHR INFECT 2018;13(1):24)

ZIEKTEGESCHIEDENIS

U wordt gebeld door uw analist. Er is zojuist een dikke-druppelpreparaat en een bloeduitstrijkje gemaakt van een vluchteling uit Eritrea. De patiënt is ingestuurd met koorts, hoofdpijn en algehele malaise. Op basis van het klinisch beeld wordt er gedacht aan malaria. Onder de microscoop (giemsa-kleuring) ziet u geen voor Plasmodium verdachte structuren (zie *Figuur 1*).

KUNT U AAN DE HAND VAN HET MICROSCOPISCH BEELD DE DIAGNOSE STELLEN?

De juiste diagnose vindt u op pagina 27.



FIGUUR 1. Microscopisch beeld (giemsa-kleuring).

¹internist-infectioloog, afdeling Medische microbiologie & Infectiepreventie, UMC Groningen, ²arts-microbioloog, Institut für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg, Duitsland.

Correspondentie graag richten aan: K.R. Wilting, afdeling Medische microbiologie & Infectiepreventie, UMC Groningen, e-mailadres: k.r.wilting@umcg.nl

Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

DIAGNOSE VAN DE VRAAGSTELLING OP PAGINA 24

‘LOUSE-BORNE RELAPSING FEVER’

Op de foto zijn meerdere spirocheten te zien. Er is sprake van ‘louse-borne relapsing fever’ (LBRF) ten gevolge van een infectie met *Borrelia recurrentis*. De diagnose kan in principe gesteld worden met de routine giemsakleuring voor malaria en kan bevestigd worden met een directe 16S-PCR op bloed. *B. recurrentis* komt endemisch voor in Oost-Afrika en wordt overgedragen door kleepluizen. De mens is het enige reservoir. LBRF komt epidemisch voor bij mensen die leven onder slechte hygiënische omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van overbevolking of hongersnood. Transmissie is mogelijk via besmette kleding en beddengoed. Het is niet de directe beet van de luis waardoor de mens besmet raakt; de beschadigde huid raakt geïnfecteerd door uitwerpselen of lichaamsvloeistoffen van de luis die vrijkomen nadat de luis wordt doodgedrukt of als er wordt gekrabbd.

De klinische presentatie bestaat vaak uit hoge koorts, koude rillingen, hoofdpijn, duizeligheid en gegeneraliseerde spieren- en gewrichtspijnen.¹ De koorts houdt 5-7 dagen aan en eindigt vaak met een zogenoemde ‘crisis’: 15-30 minuten van acute verergering van de klachten waarna de bloeddruk daalt, gepaard gaande met hevig transpireren, diarree en algehele zwakte. Dit kan gepaard gaan met overlijden. Door verandering van expressie van bacteriële antigenen zijn de bacteriën in staat om zich een aantal malen aan de immuunrespons van de patiënt te onttrekken waarna deze geadapteerde spirocheten opnieuw een bacteriëmie kunnen geven. Dit verklaart dat de koortsaanvallen een aantal maal - tot een maximum van 4 keer - kunnen recidiveren, afgewisseld met koortsvrije perioden van ongeveer 7 dagen. Doorgaans verloopt een recidief milder. Gecomplieerde infecties met stollingsstoornissen (diffuse intravasale stolling, trombo-cytopenie, hematemesis, myocarditis en miltrupturen) zijn beschreven. De mortaliteit van een onbehandelde infectie

bedraagt 10-40%. Met directe, adequate behandeling is de mortaliteit nog steeds 2-5%.

De behandeling bestaat uit tetracycline (doxycycline), maar ook penicilline is effectief.^{2,3} Voor de ‘louse-borne’-variant is in principe een eenmalige dosering voldoende. In de praktijk wordt vaak langer behandeld als niet direct het onderscheid gemaakt kan worden met de ‘tick-borne’-variant. Bij 80% van de patiënten zal na het starten van de antibiotische behandeling een Jarisch-Herxheimerreactie optreden. Deze kan zeer ernstig verlopen en vaak moeten patiënten opgenomen worden op een afdeling Intensive care voor inotropische ondersteuning. Voor het starten met antibiotica dienen patiënten dan ook te worden voorzien van 2 goedlopende infusen. In meerdere Europese landen, waaronder Nederland⁴, zijn inmiddels patiënten gediagnosticeerd met LBRF. Het is van belang om aan deze (alternatieve) diagnose te denken bij patiënten met koorts die afkomstig zijn uit Oost-Afrika. Op dit moment geldt dat met name voor vluchtelingen uit Eritrea.

Met dank aan Bas Huizinga (analist laboratorium Medische microbiologie & Infectiepreventie UMCG) voor het maken van de foto.

REFERENTIES

1. Longo, et al. Harrison's Principles of Internal medicine. 18th edition. McGraw-Hill Medical: New York, Verenigde Staten; 2012. Chapter 172: Relapsing fever. pp 1398-1400.
2. Guerrier G, et al. Comparison of antibiotic regimens for treating louse-borne relapsing fever: a meta-analysis. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2011;105:483-90.
3. Butler T, et al. *Borrelia recurrentis* infection: single-dose antibiotic regimens and management of the Jarisch-Herxheimer reaction. *J Infect Dis* 1978;137:573-7.
4. Wliting KR, et al. Louse-borne relapsing fever (*Borrelia recurrentis*) in asylum seekers from Eritrea, the Netherlands, July 2015. *Euro Surveill* 2015;20(30).

ONTVANGEN 17 JULI 2017, GEACCEPTEERD 4 SEPTEMBER 2017.