

## Uw diagnose?

Y. de Jong<sup>1</sup>, C.L. Jansen<sup>2</sup>, mw. A.E. Muller<sup>2</sup>,  
mw. M.E. Haverkort<sup>3</sup>

(TIJDSCHR INFECT 2018;13(2):58)

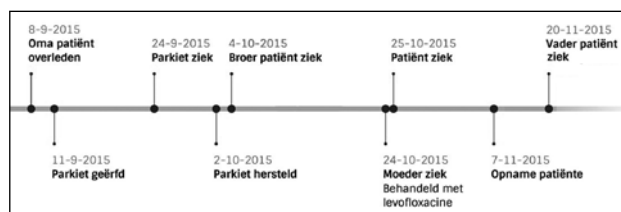
### ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 18-jarige vrouw, bekend met hypermobiliteit en recidiverende patellaluxaties, presenteerde zich op de afdeling Spoedeisende Hulp vanwege sinds 2 weken bestaande klachten van dyspneu, hoesten met opgeven van grote hoeveelheden wit slijm, koorts en thoracale pijn. De huisarts was 5 dagen tevoren behandeling met amoxicilline gestart, maar na 1 dag wegens braken geswitcht naar doxycycline. Op dag 5 van de doxycyclinekuur, de dag van presentatie, was er geen enkel teken van herstel en braakte zij ook de doxycycline uit. De patiënte woonde nog thuis met haar moeder en 2 jaar jongere broer. De reisanamnese was negatief.

Bij lichamelijk onderzoek werd een flink hoestende vrouw gezien met een perifere saturatie van 98% bij kamerlucht. Zij had een versnelde ademfrequentie van 20 per minuut en een normale temperatuur, die enkele uren na opname steeg naar 38,4°C. Over de longen werd rechts basaal crepiteren gehoord. Laboratoriumonderzoek toonde een verhoogd gehalte C-reactief proteïne (CRP) van 113 (referentiewaarde 0-8 mg/l), een leukocytose van  $13,5 \times 10^9/l$  ( $4,0-10,0 \times 10^9/l$ ) met neutrofielen  $10,9 \times 10^9/l$  ( $1,5-7,5 \times 10^9/l$ ), en een trombocytose van  $714 \times 10^9/l$  ( $150-400 \times 10^9/l$ ). Daarnaast waren de leverenzymwaarden verhoogd: ASAT 187 (0-31 U/l), ALAT 246 (0-34 U/l), alkalische fosfatase 139 (45-110 U/l),  $\gamma$ -GT 173 (0-38 U/l), met daarbij een normale bilirubine waarde. Het LDH was 321 (0-248 U/l); overig bloedonderzoek toonde geen afwijkingen. Op de thoraxfoto was een vlekkelig infiltraat in de rechter onderkwab zichtbaar (zie Figuur 1). De patiënte vertelde dat haar grootmoeder 2 maanden voor presentatie was overleden aan een onbekende oorzaak; zij had echter zeer veel gehoest. De patiënte had de grasparkiet (*Melospittacus undulatus*)



**FIGUUR 1.** Röntgenfoto van de thorax. AP opname. Multipеле, in grootte wisselende, alveolaire verdichtingen in de rechter onderkwab.



**FIGUUR 2.** Beloop van de casus.

van haar grootmoeder geërfd, die kort daarna ook productief begon te hoesten, veel sliep en “bol zat”. Daarna ontwikkelden zowel de broer als de moeder van de patiënte een pneumonie waarvoor zij antibiotisch behandeld werden (zie Figuur 2). Enkele weken na de opname van de patiënte werd ook bij haar vader, die op een ander adres woonachtig was, een pneumonie vastgesteld, waarvoor hij antibiotisch behandeld werd.

### KUNT U MET DEZE GEGEVENS EEN DIAGNOSE STELLEN?

De juiste diagnose vindt u op pagina 61.

<sup>1</sup>aios interne geneeskunde, afdeling Interne Geneeskunde, Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag (thans PhD-student Klinische epidemiologie, Leids Universitair Medisch Centrum), <sup>2</sup>arts-microbioloog, afdeling Medische Microbiologie, Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag, <sup>3</sup>internist-infectioloog, afdeling Interne Geneeskunde, Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag (thans afdeling Interne Geneeskunde, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda).

Correspondentie graag richten aan: Y. de Jong, Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Epidemiologie, Postbus 9600, 2300 RC Leiden, e-mailadres: y.de\_jong@lumc.nl

Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

## ANTWOORD VAN DE VRAAGSTELLING OP PAGINA 58

### **M. PNEUMONIAE-INFECTIE**

Gezien de tijdsrelatie, de pneumonie bij oma, broer en moeder en vanwege de zieke parkiet werd aanvankelijk gedacht aan psittacose, ook wel papegaaienziekte genoemd. Dit is een zoönose veroorzaakt door *Chlamydia psittaci*; een meldingsplichtige infectie groep C met een in Nederland gerapporteerde incidentie van 30-40 gevallen per jaar. De incubatietijd bedraagt 1 tot 4 weken.<sup>1</sup> *C. psittaci*-serologie en PCR van het sputum waren echter negatief, evenals de urinesneltest voor *Legionella* en *Streptococcus pneumoniae* en serologie voor *Chlamydia pneumoniae*. De bloed- en sputumkweken bleven negatief. Vanwege de sterk positieve familieanamnese werd ook serologie voor *Mycoplasma pneumoniae* afgenomen: deze was zowel IgG- als IgM-positief, een PCR op het sputum ter bevestiging was eveneens positief. De ingezette behandeling, bestaande uit cefuroxim en erythromycine i.v., werd na bekend worden van de sputumuitslagen en verbetering van het klinisch beeld op dag 3 gewijzigd in azitromycine 1 dd 500 mg p.o. gedurende 3 dagen. Op de 6<sup>e</sup> dag van de opname kon de patiënte huiswaarts keren, 2 weken na ontslag voelde zij zich volledig hersteld. De matige klinische reactie op de doxycycline die zij via de huisarts kreeg, kan verklaard worden door onvoldoende resorptie bij het braken. De parkiet was begin oktober al hersteld van zijn luchtweg-infectie, maar werd in november toch geëuthanaseerd en geobduceerd in verband met een inoperabele tumor (subcutaan ter hoogte van met name de 'buikholte'). Na contact met de veterinaire arts werd materiaal uit de snavelholte, de cloaca, de long en de lever afgenomen. In het laboratorium in het Medisch Centrum Haaglanden werd dit vervolgens met PCR op *C. psittaci* en *M. pneumoniae* getest. De PCR voor beide verwekkers was negatief; helaas is er te weinig bloed afgenomen om serologie en PCR te verrichten. Bij de broer was de serologie op *M. pneumoniae* zowel IgG- als IgM-positief, de serum-PCR was, een ruime maand na de eerste ziektedag, echter negatief. Serum-PCR op *C. psittaci* en *C. pneumoniae* waren eveneens negatief. Bij de ouders van de patiënte, die soortgelijke klachten hadden en daarvoor antibiotisch behandeld waren, waren serologie en PCR niet positief, en de verwekker van de pneumonie zal bij hen een andere zijn geweest, hoewel een fout-negatieve uitslag ook tot de mogelijkheden behoort.

Transmissie van *M. pneumoniae* komt vaak voor bij jongere kinderen en jongvolwassenen. Waarschijnlijk heeft de broer de patiënte besmet. De incubatietijd bedraagt 6-32 dagen en is meestal 2-3 weken. Er zijn meerdere uitbraken beschreven

in gesloten of semigesloten situaties, zoals militaire trainingkampen, ziekenhuizen, religieuze gemeenschappen, campings, et cetera.<sup>2</sup> De vraag is of de grootmoeder een *M. pneumoniae*-infectie had en er transmissie van de grootmoeder naar de broer of naar haar parkiet heeft plaatsgevonden. Daar er geen serologie-uitslagen beschikbaar zijn van de parkiet en van de grootmoeder, kan hier geen uitspraak over worden gedaan.

Hoewel aanvankelijk gedacht werd dat *Mycoplasma*-species zeer gastheerspecifiek zijn, blijkt er toch enige overlap te zijn tussen mensen en dieren, waarbij het overigens zelden tot een zoönose leidt.<sup>3</sup> Desondanks zijn er in de literatuur een aantal gevallen bekend, waarvan slechts één enkel geval transmissie van *M. pneumoniae* betreft, namelijk tussen mens en hamster – deze transmissie werd later ook experimenteel bevestigd.<sup>3</sup> Transmissie van *M. pneumoniae* via een gevederde gastheer is nooit beschreven. De enige beschreven transmissie van *Mycoplasma*-species bij gevederden is *M. lipofaciens*, een *Mycoplasma*-species dat veel voorkomt bij kippen.<sup>4</sup> Ook incidenteel wordt *M. bovis* (contact met uitwerpselen van koeien), *M. canis*, *M. felis* (contact met respectievelijk honden en katten), en *M. caviae* (accidentele auto-inoculatie) beschreven.<sup>3</sup> De meest beschreven, en waarschijnlijk meest voorkomende zoönose veroorzaakt door *Mycoplasma* is de *M. phocicerebrale*; een species dat vooral gezien wordt bij zeehonden. Een infectie met *M. phocicerebrale* komt vaak bij vissers voor. Zij presenteren zich met een zogenaamde spekvinger: een cellulitis met artritis van de vingers na een beet door een zeehond.<sup>3,5</sup>

Concluderend maakte de patiënte een *M. pneumoniae*-pneumonie door. Transmissie vond waarschijnlijk plaats via de broer; het is in theorie mogelijk dat de oma en de parkiet eveneens een *M. pneumoniae*-pneumonie hebben gehad, maar dit kon niet worden bewezen en een dergelijke transmissie is ook niet eerder beschreven.

### **REFERENTIES**

1. RIVM. LCI-richtlijn Psittacose. Te raadplegen op: <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/psittacose>
2. Atkinson AP, Balish MF, Waites KB. Epidemiology, clinical manifestations, pathogenesis and laboratory detection of *Mycoplasma pneumoniae* infections. *FEMS Microbiol Rev* 2008;32:956-73.
3. Pitcher DG, Nicholas RA. *Mycoplasma* host specificity: fact or fiction? *Vet J* 2005;170:300-6.
4. Lierz M, Jansen A, Hafez HM. Avian *Mycoplasma lipofaciens* transmission to veterinarian. *Emerg Infect Dis* 2008;14:1161-3.
5. Breuker GF, Marck KW, Veenendaal D, et al. De spekvinger; een infectie door contact met robben. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:2579-81.

ONTVANGEN 26 JULI 2017, GEACCEPTTEERD 27 SEPTEMBER 2017.