

Uw diagnose?

Mw. drs. A.J. Damman¹, dr. S. Debast², dr. H. Vennema³, dr. P.H.P. Groeneveld⁴

(TIJDSCHR INFECT 2018;13(3):92)

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 39-jarige man werd via de dermatoloog ingestuurd naar de Spoedeisende Hulp vanwege lymfangitis bij een crusteuze papel op zijn linkerhand. De patiënt had een angststoornis waarvoor hij paroxetine 10 mg 1 dd 1 gebruikt. Hij had geen allergieën. Verder had de patiënt 2 weken eerder een blaasje op de rug van zijn linkerhand opgemerkt, dat zich inmiddels uitbreidde. Daarbij was er ook een pijnlijke zwelling en roodheid van de linkerarm en -oksel. De patiënt voelde zich ziek. Hij gebruikte feneticilline. De patiënt was boer en had zijn eigen veeteeltbedrijf met koeien.

Bij lichamelijk onderzoek werd een niet acuut zieke patiënt gezien met erytheem aan de mediale zijde van de linkerboven- en -onderarm (zie *Figuur 1*). Er was een pijnlijke lymfadenopathie van de linkeraxilla. Daarbij werd een ulcus gezien op de rug van de linkerhand in de vijfde straal (zie *Figuur 2*). Onderzoek van hart, longen en buik was niet afwijkend. Controles waren een bloeddruk van 126/75 mm Hg, hartfrequentie van 86/min, saturatie van 97% en een temperatuur van 37,2°C. Bloedonderzoek toonde een leukocytengehalte van 7,2 x 10⁹/l, een LDH-gehalte van 276 U/l en het CRP-gehalte bedroeg 23 mg/l.

KUNT U MET DEZE GEGEVENS EEN DIAGNOSE STELLEN?

Het antwoord op de vraagstelling vindt u op pagina 96.



FIGUUR 1. Linkerarm.



FIGUUR 2. Ulcus linkerhand.

¹anios, afdeling interne geneeskunde, Isala, Zwolle, ²arts-microbioloog, afdeling Interne Geneeskunde, Isala, Zwolle, ³viroloog, RIVM, Utrecht, ⁴internist-infectioloog, afdeling interne geneeskunde, Isala, Zwolle

Correspondentie graag richten aan: mw. drs. A.J. Damman, anios, Isala, afdeling Interne Geneeskunde, Dokter van Heesweg 2, 8025 AB, Zwolle, tel.: 038-4244375

Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

ANTWOORD VAN DE VRAAGSTELLING OP PAGINA 92

DIAGNOSE

De PCR op wondvocht toonde een *Orthopoxvirus* sp.: het koepokkenvirus. Bij de patiënt was dus sprake van een koepokkeninfectie. Bloedkweken waren negatief. Het ulcus bleek secundair geïnfecteerd met een *Staphylococcus aureus* waarvoor werd gestart met flucloxacilline 4 dd 500 mg. Een koepokkeninfectie is in principe zelflimiterend.

De patiënt kwam na 2 dagen terug op de polikliniek Infectieziekten. Hij voelde zich iets beter en had geen koorts. Het erytheem en de zwelling van de linkerarm waren afgenomen, ook het ulcus was minder vurig. De patiënt meldde op de boerderij een nestje met 12 kittens te hebben gehad die etterende pootjes hadden en ulcera en blaasjes op de huid. Deze kittens waren besmet geraakt met het koepokkenvirus via muizen rondom de boerderij, waarop de kittens de patiënt hadden besmet. Naast de patiënt bleek ook zijn dochter de koepokken te hebben met ulcera in haar gezicht.

Koepokken worden veroorzaakt door het koepokkenvirus. Dit virus behoort tot de Poxviridae en dan specifiek de Chordopoxvirinae. Gastheren zijn onder andere katten, runderen en mensen. Wilde knaagdieren, zoals de rat, zijn het reservoir. Het virus heeft een incubatietijd van ongeveer 7 dagen, nadien zorgt het voor symptomen in de vorm van zwelling, papels en ulceraties van de huid. In korstmateriaal

kan het virus jarenlang infectieus blijven. De ziekte is in principe zelflimiterend, maar bij immuungecompromitteerden kan het fataal aflopen.¹ Momenteel zijn er 2 antivirale middelen, brincidofovir en tecovirimat, die in diermodellen hebben gezorgd voor toegenomen overleving.² Daarnaast kan chirurgische excisie van een ulcus de genezing bevorderen.³ Bij de mens is het aantal casussen beperkt.^{1,4-5} In Nederland werd de eerste casus beschreven in 1985, met transmissie van kat naar mens.¹ In 2002 was er een casus met transmissie van rat naar mens.⁴

REFERENTIES

1. Egberink H. Zoönotische casuïstiek: koepokken (cowpox). Beschikbaar via: http://vandieropmens.nl/uploads/Herman_Egberink.pdf.
2. Foster SA, Parker S, Lanier R. The role of brincidofovir in preparation for a potential smallpox outbreak. *Viruses* 2017;9:320. doi:10.3390/v9110320.
3. Talarek E, Marczyńska M. Images in clinical medicine - cowpox virus infection. *N Engl J Med* 2018;378:181.
4. Wolfs TF, Wagenaar JA, Niesters HG, et al. Rat-to-human transmission of cowpox infection. *Emerging Infect Dis* 2002;8:1495-6.
5. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Cowpox (koepokken). 2014. Beschikbaar via: https://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Wilde_knaagdieren_en_zo_nosen/Ziekteverwekkers/Cowpox_koepokken.

ONTVANGEN 14 FEBRUARI 2018, GEACCEPTEERD 17 APRIL 2018.