

Uw diagnose?

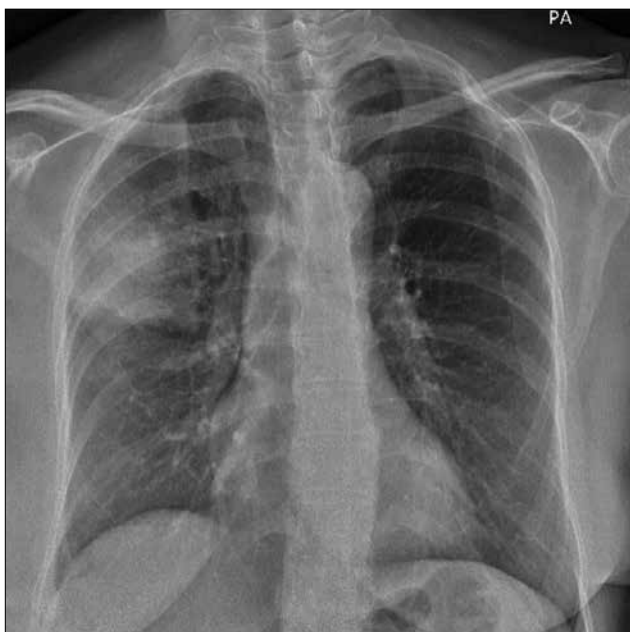
Drs. B.V.C. Kraaijenbrink¹, drs. W. Rozemeijer², mw. drs. F.C.P. Frerichs³, dr. J.F.P. Wagenaar⁴

(TIJDSCHR INFECT 2018;13(6):212-3)

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 67-jarige Indiase vrouw, bekend met diabetes mellitus type 2 waarvoor zij metformine gebruikte, werd in verband met koorts en malaise doorverwezen naar de afdeling Spoedeisende Hulp. Zij woonde in Goa, een deelstaat van India. Hoewel daar veel rijstvelden zijn, was ze daar niet werkzaam. Sinds 1 week was zij in Nederland op familiebezoek. De patiënte vertelde dat ze sinds 3 weken last had van pijn onderin de buik, dysurie en periodes van koorts tot 39°C. Voorts was zij 4 kg afgevallen in enkele weken tijd. Zij had geen last van hoesten of dyspnoe.

Bij lichamelijk onderzoek werd een matig zieke vrouw gezien die afwisselend wat afwezig was in het contact. De vitale parameters waren ongestoord. Het lichamelijk onder-



FIGUUR 1. Röntgenfoto van de thorax bij ziekenhuisopname.

TABEL 1. Laboratoriumuitslagen van de patiënte.

Bepaling	Uitslag	Referentiewaarde
Hematologie		
Leukocyten	12,3 x 10 ⁹ /l	4,0-10,0 x 10 ⁹ /l
Neutrofiële granulocyten	10,5 x 10 ⁹ /l	
Trombocyten	98 x 10 ⁹ /l	150-400 x 10 ⁹ /l
Chemie		
CRP	184 mg/l	0-5 mg/l
Glucose	21,9 mmol/l	
Kreatinine	98 µmol/l en een geschatte klaring* van 49 ml/min	
Urineonderzoek		
Leukocyten	2.200/µl	
Erytrocyten	98/µl [#]	
*volgens MDRD-formule; [#] zonder dysmorphie		

zoek toonde, behoudens milde drukpijn onderin de buik, geen afwijkingen. De uitslagen van het laboratoriumonderzoek (zie Tabel 1) wezen onder meer op een milde nierinsufficiëntie. De röntgenfoto van de thorax toonde een infiltratieve afwijking in de rechterbovenkwab (zie Figuur 1). De patiënte werd opgenomen met de werkdiagnose urine-

¹aios interne geneeskunde, afdeling Interne Geneeskunde, ²arts-microbioloog, afdeling Medische Microbiologie, ³internist-nefroloog, afdeling Interne Geneeskunde, ⁴internist-infectioloog, afdeling Interne Geneeskunde, allen Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar.

Correspondentie graag richten aan: dhr. drs. B.V.C. Kraaijenbrink, Noordwest Ziekenhuisgroep, Postbus 501, 1800 AM Alkmaar,

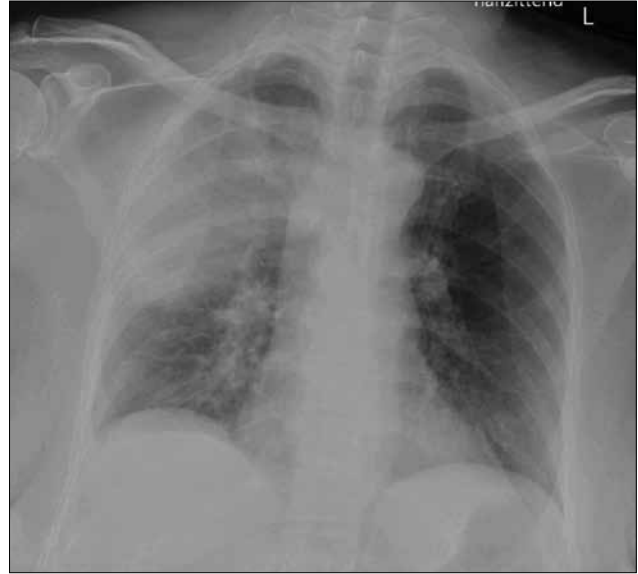
tel: 072 548 4444, e-mailadres: bvc.kraaijenbrink@nwz.nl

Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

weginfectie en een afwijking in de rechterbovenkwab, mogelijk passend bij een pneumonie of maligniteit. Na afname van urine- en bloedkweken werd gestart met ceftriaxon 2.000 mg 1 dd intraveneus. Ook werd een bijspuit-schema met snelwerkende insuline afgesproken. De patiënte ging 2 dagen na opname klinisch achteruit: zij was verward, tachypnoïsch en had koorts tot 40°C. Op de herhaalde foto van de thorax werd een forse toename van de infiltratieve afwijking gezien (zie *Figuur 2*). De urinekweek toonde inmiddels een goed gevoelige *Escherichia coli*. De pneumokokkenantigeentest en *Legionella*-antigeentest in urine waren negatief.

KUNT U MET DEZE GEGEVENS EEN DIAGNOSE STELLEN?

Het antwoord op de vraagstelling vindt u op pagina 216.



FIGUUR 2. Röntgenfoto van de thorax 2 dagen na ziekenhuisopname.

ANTWOORD VAN DE VRAAGSTELLING OP PAGINA 212

VERWEKKER

Ondanks behandeling met een derdegeneratie cefalosporine ging de patiënte klinisch achteruit. Differentiaaldiagnostisch werd onder andere gedacht aan een pneumonie veroorzaakt door *Pseudomonas aeruginosa*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* of *Burkholderia pseudomallei*.¹ Ook *Legionella pneumophila* en ceftriaxonresistente *Streptococcus pneumoniae* werden bij de differentiaaldiagnose geacht als mogelijke verwekkers, ondanks de hogere sensitiviteit van de urinesneltesten bij ernstigere ziekte.² Gezien de snelle progressie werd *Mycobacterium tuberculosis* als verwekker minder waarschijnlijk geacht.

Ciprofloxacin 500 mg 2 dd per os werd toegevoegd aan de behandeling. Als aanvullende diagnostiek werd middels een keeluitstrijk gecontroleerd op respiratoire virussen en werd een broncho-alveolaire lavage gedaan. De keeluitstrijk was negatief. De kweek van het bronchusspoelsel toonde *Burkholderia pseudomallei* met een 'minimum inhibitory concentration' (MIC) van 1 mg/l voor meropenem en een MIC van 2 mg/l voor cotrimoxazol. De behandeling ging over op meropenem intraveneus 1.000 mg 3 dd gedurende 2 weken. Dit resulteerde in goed klinisch herstel, waarna de patiënte in India nog gedurende 3 maanden een eradicatietherapie onderging met cotrimoxazol 1.920 mg 2 dd per os.

MELIOIDOSE

Burkholderia pseudomallei, een gramnegatieve, aerobe, staafvormige bacterie, is de verwekker van melioidose. Melioidose is endemisch in Zuidoost-Azië en Noord-Australië. In andere tropische gebieden is waarschijnlijk sprake van onderdiagnose en -rapportage.³ De bacterie bevindt zich in de bodem en in zoet oppervlaktewater. Transmissie vindt plaats via beschadigde huid, ingestie van besmet water of voedsel, of via inhalatie van aerosolen. De infectie is seizoensgebonden en komt het vaakst voor tijdens het regenseizoen. Het klinisch beeld varieert van een latente ziekte tot een fulminant verlopende sepsis, waarbij de mortaliteit kan

oplopen tot 40%.⁴ De vaakst voorkomende uitingen zijn een pneumonie en gedissemineerde ziekte met cutane en viscerale abscessen en osteomyelitis. De beschreven patiënte had wel buikpijn, maar een CT-scan van het abdomen liet geen aanwijzingen voor abscessen zien. Risicofactoren op het ontwikkelen van een infectie zijn diabetes mellitus, levercirrose, chronische nierinsufficiëntie en COPD.

B. pseudomallei groeit op de gebruikelijke kweekmedia, maar kan met name in niet-endemische gebieden verkeerd worden geïdentificeerd als bijvoorbeeld *Pseudomonas aeruginosa*. De bacterie wordt adequaat herkend door de MALDI-TOF ('matrix-assisted laser desorption/ionization time of flight').³ Indien de aanwezigheid van *B. pseudomallei* wordt vermoed, dient dit expliciet aan het microbiologisch laboratorium te worden gemeld, zodat beschermende maatregelen kunnen worden genomen.

B. pseudomallei is gewoonlijk niet goed gevoelig voor cefuroxim of ceftriaxon. De behandeling van melioidose bestaat derhalve uit 10-14 dagen ceftazidim 2.000 mg 4 dd intraveneus of meropenem 1.000 mg 3 dd intraveneus, gevolgd door 3-6 maanden eradicatietherapie met cotrimoxazol 1.920 mg 2 dd per os.³

REFERENTIES

1. Chawla K, Gurung B, Mukhopadhyay C, et al. Reporting emerging resistance of *Streptococcus pneumoniae* from India. J Glob Infect Dis 2010;2:10-4.
2. Vergheze VP, Veeraraghavan B, Jayaraman R, et al. Increasing incidence of penicillin- and cefotaxime-resistant *Streptococcus pneumoniae* causing meningitis in India: Time for revision of treatment guidelines? Indian J Med Microbiol 2017;35:228-36.
3. Wiersinga WJ, Virk HS, Torres AG, et al. Melioidosis. Nat Rev Dis Prim. 2018;4:17107.
4. Wiersinga WJ, Currie BJ, Peacock SJ. Melioidosis. N Engl J Med 2012;367:1035-44.

ONTVANGEN 25 JULI 2018, GEACCEPTTEERD 30 AUGUSTUS 2018.