

Uw diagnose?

Dr. C.A. Wijsman¹, drs. H. Scheper²

Dit artikel is een bewerking van Wijsman CA, Hanssen JL, Scheper H, et al. J Trav Med 2018;25:doi: 10.1093/jtm/tay024.

(TIJDSCHR INFECT 2019;14(1):30)

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 56-jarige Nederlandse vrouw presenteerde zich op de afdeling Spoedeisende Hulp met misselijkheid, braken, hoofdpijn en koorts sinds 5 dagen. Recentelijk (12 dagen voor presentatie) was zij teruggekeerd van een 17-daagse rondreis door Tanzania en Kenia, waar ze meerdere wildparken had bezocht. Zij had adequaat malariaprofylaxe ingenomen en kon zich geen insectenbeten herinneren.

Bij presentatie werd een matig zieke vrouw gezien zonder koorts. Het bloedonderzoek was niet afwijkend en de malariasneltest was negatief, waarna zij werd ontslagen met de werkdiagnose gastro-enteritis. Het microscopisch onderzoek van het dikkedruppelpreparaat bevestigde de afwezigheid van malariaparasieten.

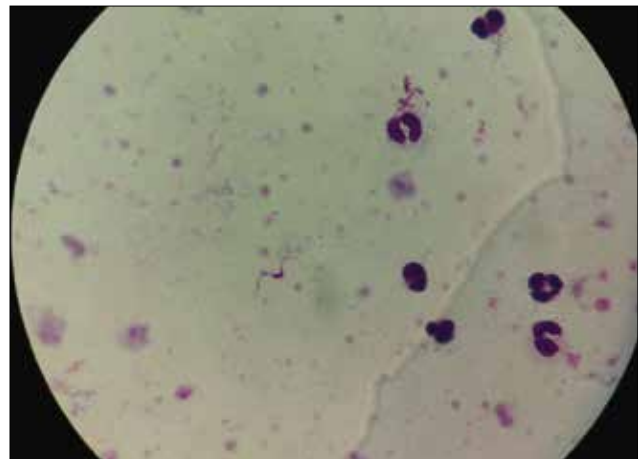
De patiënte presenteerde zich 2 dagen later opnieuw met persisterende misselijkheid en malaise. Ditmaal had zij 39 °C koorts. Van lymfadenopathie of icterus was geen sprake. Neurologisch onderzoek was niet afwijkend. De patiënte had op haar linkerpols een pijnloze erythematuze laesie met een zacht aanvoelende kern (zie *Figuur 1*). Het bloedbeeld wees op een leukopenie ($1,46 \times 10^9/l$), trombopenie ($48 \times 10^9/l$) en een milde hyperbilirubinemie ($51 \mu\text{mol/l}$, waarvan $33 \mu\text{mol/l}$ geconjugeerd bilirubine). Een echo van het abdomen en een ECG waren niet afwijkend. De malariasneltest was bij herhaling negatief. Volgens protocol werd het dikkedruppelonderzoek ingestuurd naar een referentielaboratorium in een academisch ziekenhuis. Hieruit volgde het microscopische beeld in *Figuur 2*.

KUNT U MET DEZE GEGEVENS EEN DIAGNOSE STELLEN?

Het antwoord op de vraagstelling vindt u op pagina 35.



FIGUUR 1. Een pijnloze erythematuze laesie op de linkerpols van de patiënte.



FIGUUR 2. Microscopisch beeld van het dikkedruppelpreparaat.

¹internist i.o., ²internist-infectioloog, afdeling Infectieziekten, LUMC, Leiden.

Correspondentie graag richten aan mw. dr. C.A. Wijsman, internist i.o., afdeling Infectieziekten, LUMC, Albinusdreef 2, 2333 ZA Leiden, e-mail-adres: c.a.wijsman@lumc.nl

Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

ONTVANGEN 6 JULI 2018, GEACCEPTEERD 11 SEPTEMBER 2018.

Antwoord op de vraagstelling van pagina 30

OOST-AFRIKAANSE TRYPANOSOMIASIS

Op de microscopische revisie van het dikkedruppelpreparaat (zie *Figuur 2* op pagina 31) waren trypomastigoten te zien. Deze worden gekenmerkt door hun geënduleerde vorm met centrale kern en beweeglijk flagellum (centraal te zien in het figuur), met een dichtheid van 1-10 parasieten per veld in het dunne uitstrijkje. Na het stellen van deze diagnose werd een liquorpunctie verricht, die een normale hoeveelheid eiwit en leukocyten aantoonde, alsmede afwezigheid van trypanosomen. Met deze bevindingen was de diagnose Oost-Afrikaanse trypanosomiasis in het eerste stadium bevestigd, waarvoor de patiënte werd behandeld met meerdere giften suramine. Hierop trad goed klinisch herstel op en waren de opeenvolgende dagelijkse dikkedruppelonderzoeken negatief vanaf dag 4 van de behandeling. Na een aantal maanden was de patiënte volledig genezen. Ze behield echter tot een jaar na ontslag klachten van vermoeidheid.

Oost-Afrikaanse trypanosomiasis (Afrikaanse slaapziekte) is een zeer zeldzame (reizigers)ziekte die wordt veroorzaakt door de parasiet *Trypanosoma brucei rhodesiense*. Jaarlijks presenteert een handvol reizigers zich buiten Afrika met deze ziekte. In Oost-Afrika is de incidentie ongeveer 100 patiënten per jaar.¹ De ziekte wordt overgedragen via de (vaak pijnlijke) beet van de tsetseevlieg. De beschreven patiënte had overigens niets van de beet bemerkt. Bij 80% van de patiënten veroorzaakt de beet een typische sjanker, die bij onze patiënte pas later bij lichamelijk onderzoek werd opgemerkt.²

De Oost-Afrikaanse vorm van de ziekte is, met uitzondering van Oeganda, geografisch gescheiden van de West-Afrikaanse vorm en kent een verschillend klinisch beloop.³ Beide vormen zijn in te delen in 2 stadia: (1) het hemolymfatische stadium, waarin de parasiet zich in de bloedbaan en de lymfeklieren vermenigvuldigt, en (2) het meningo-encefalitische stadium, waarin de parasiet migreert naar de liquor. In de tweede fase kunnen ernstige neuropsychiatrische symptomen optreden, waaronder de slaperigheid waaraan de ziekte haar naam ontleent. Aangezien klinische symptomen onvoldoende specifiek zijn om de progressie naar de tweede fase te onderscheiden, moet altijd een lumbaalpunctie worden verricht. Directe analyse van de liquorvloeistof na centrifugeren is essentieel vanwege het snel lyseren van de trypanosomen.

Het beloop van Oost-Afrikaanse trypanosomiasis is meestal snel progressief: binnen enkele weken. Zonder behandeling is deze vorm van de ziekte fataal, terwijl de West-Afrikaanse slaapziekte een meer indolent beloop kent met presentatie binnen maanden tot jaren (zie *Tabel 1*).³ Desalniettemin is bij reizigers ook een kortere incubatietijd beschreven.² Morfologisch verschillen de parasieten niet, derhalve moet het

TABEL 1. Karakteristieken van Oost- en West-Afrikaanse trypanosomiasis.

	Oost-Afrikaanse trypanosomiasis	West-Afrikaanse trypanosomiasis
Stadium I: hemolymfatische stadium		
Incubatietijd	Dagen/weken	Maanden/jaren
Sjanker	Typisch	Minder voorkomend
Symptomen	Koorts Huiduitslag Hoofdpijn Spierpijn Malaise	Intermitterende koorts Malaise Hoofdpijn Spierpijn Jeuk Gewichtsverlies
Hematologie	Cytopenieën	Lymfadenopathie Hepatosplenomegalie
ECG	Myopericarditis	ECG-afwijkingen (geleidingsstoornissen)
Stadium II: meningo-encefalitische stadium		
Aan slaap gerelateerde symptomen	Somnolentie	Slaapstoornissen
Neuro-psychiatrische toestand	Coma	Psychiatrische stoornissen
Beweging		Loopstoornissen, paralyse
Fataliteit	Onbehandeld fataal binnen weken/maanden	Onbehandeld fataal binnen jaren

onderscheid tussen de 2 vormen worden gemaakt op basis van de geografische expositie en het klinisch beloop. Hoewel trypanosomiasis een zeldzame (reizigers)ziekte is, moet bij koorts uit Afrika en een negatieve malariasneltest de diagnose Afrikaanse trypanosomiasis altijd in de differentiaaldiagnose worden opgenomen. Daarnaast is het van belang deze verdenking altijd te bespreken met de dienstdoende analist die het dikkedruppelpreparaat beoordeelt.

Trefwoorden: Oost-Afrikaanse slaapziekte, parasiet, trypanosomiasis.

Keywords: parasite, sleeping sickness, trypanosomiasis.

REFERENTIES

1. Franco JR, et al. Monitoring the elimination of human African trypanosomiasis: Update to 2014. *PLoS Negl Trop Dis* 2017;11:e0005585.
2. Urech K, et al. Sleeping sickness in travelers - do they really sleep? *PLoS Negl Trop Dis* 2011;5:e1358.
3. Brun R, et al. Human African trypanosomiasis. *Lancet* 2010;375:148-59.