

# Uw diagnose?

Dr. M.E. van Wolfswinkel

(TIJDSCHR INFECT 2019;14(5):207-8)

## ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 93-jarige man werd opgenomen via de polikliniek Ouderengeneeskunde in verband met 3 kg gewichtsverlies en pijn in de leverregio. De pijnklachten waren 3 weken eerder begonnen als steken en geleidelijk toegenomen tot een continu aanwezige, zeurende pijn, die goed reageerde op pijnstilling. De patiënt had geen koorts gehad en van nachtzweeten was geen sprake. Enkele jaren eerder had hij een soortgelijke episode van buikpijn gehad. Hiervan herinnerde hij zich alleen nog dat hij behandeld was met tabletten. Verder was hij over het algemeen gezond. De patiënt woonde zelfstandig en zorgde voor zijn dementerende echtgenote. Hij rookte niet en dronk geen alcohol. In het verleden reisde hij veel en bezocht naast meerdere landen in Europa onder meer Libanon en de Verenigde Staten en ook eenmaal Turkije, maar nooit tropische gebieden. Zijn kleindochter hield schapen, geiten en varkens.

Bij lichamelijk onderzoek was de patiënt koortsvrij. Verder viel een zichtbare massa rechtsboven in de buik op, die pijnlijk was bij palpatie. Uit de uitslagen van het laboratoriumonderzoek (zie *Tabel 1*) bleken cholestatische leverenzymstoornissen. Het bilirubinegehalte was niet afwijkend, net als de transaminasewaarden en de leversynthese functie. In het bloedbeeld werden geen afwijkingen geconstateerd, ook niet in de differentiatie van de leukocyten. De CT-scan van het abdomen toonde een zeer grote massa in de rechterleverhelft met centraal een hypodens gebied en mogelijk verkalkingen (zie *Figuur 1*).

**TABEL 1.** Uitslagen laboratoriumonderzoek.

Bepaling	Uitslag	Referentiewaarde
Alkalische fosfatase	162 IU/l	<115 IU/l
γ-GT	202 U/l	<55 U/l
CRP	40 mg/l	<10 mg/l



**FIGUUR 1.** CT-scan van het abdomen, deze toont een zeer grote massa in de rechterleverhelft met centraal een hypodens gebied en mogelijk verkalkingen.

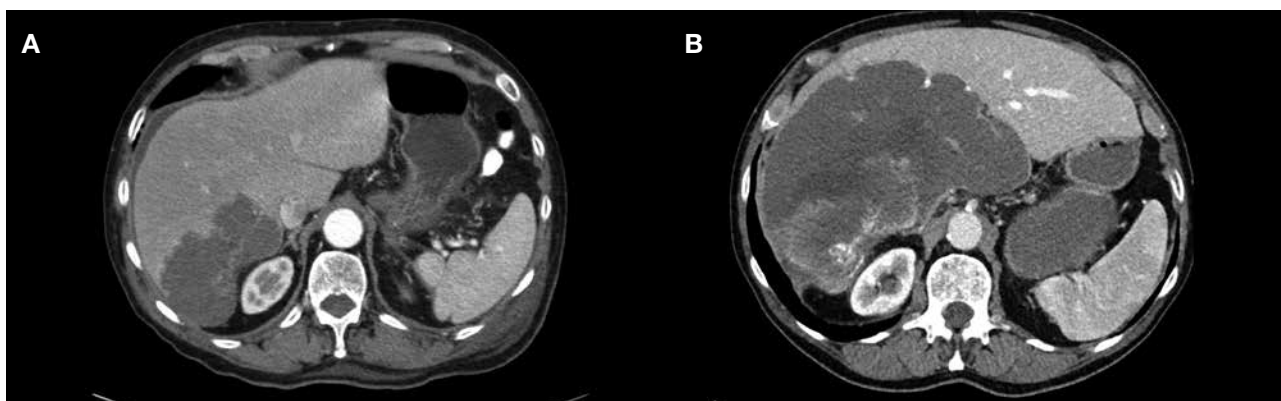
## KUNT U MET DEZE GEGEVENS EEN DIAGNOSE STELLEN?

Internist-infectioloog, afdeling Medische Microbiologie, MUMC+, Maastricht.

Correspondentie graag richten aan: mw. dr. M.E. van Wolfswinkel, afdeling Medische Microbiologie, MUMC+, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht, tel.: 043 387 65 43, e-mailadres: m.van.wolfswinkel@mumc.nl

Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

ONTVANGEN 25 JULI 2019, GEACCEPTEERD 22 AUGUSTUS 2019.



**FIGUUR 2.** De leverlaesie op de CT-scan van het abdomen **(A)** in 2013 en **(B)** in 2017.

## ECHINOKOKKOSE

Retrospectief bleek dat deze patiënt in 2013 was opgenomen geweest op de afdeling Chirurgie wegens acuut ontstane buikklachten. Bij een CT-scan van het abdomen werd toen een massa in de rechterleverhelft gezien (zie *Figuur 2A*), passend bij een hepatische echinokokkose. Hierna was overleg gepleegd tussen de chirurg en een extern expertisecentrum. Op basis van positieve echinokokkenserologie (echinokokken-ELISA-IgG: 1:160) en het radiologische beeld werd de patiënt gedurende 3 maanden behandeld met albendazol onder verdenking van een infectie met *Echinococcus granulosus*. Bij stabiele beeldvorming en klinisch beeld was de behandeling gestaakt.

Bij de nieuwe opname in 2017 bleek sprake van een progressieve leverlaesie (zie *Figuur 2B*), waarbij ook ascites was ontstaan. Uit aanvullend beeldvormend onderzoek bleken geen laesies elders in het lichaam. Op basis van het beloop en het aspect van de laesie werd vermoed dat hier geen sprake was van een *E. granulosus*, maar van een *E. multilocularis*. Serologie werd ingestuurd naar het RIVM. Dit resulteerde in een positieve echinokokken-ELISA, met een onveranderde titer ten opzichte van 2013. Aanvullend werd een *E. granulosus*-blot gedaan, waarbij de IgG1 zwak positief was en de IgG4 negatief. De aanvullende *E. multilocularis*-ELISA was sterk positief (1:3.200).

Onder de werkdiagnose hepatische *E. multilocularis* werd opnieuw een behandeling gestart met albendazol, met de intentie om de patiënt hier levenslang mee te blijven behandelen. Chirurgische resectie werd op grond van de uitgebreidheid van de laesie en de hoge leeftijd van de patiënt niet mogelijk geacht. De patiënt maakt het 2 jaar later klinisch goed en de laesie is radiologisch stabiel. De cholestatische leverenzymstoornissen zijn genormaliseerd en hij verdraagt de albendazol goed.

In Nederland worden infecties met *E. granulosus*, de hondenlintworm, vrijwel uitsluitend gezien als importziekte, vooral bij immigranten uit Turkije en het Middellandse Zeegebied. Ook bij Nederlandse honden en vee komt de infectie nauwelijks nog voor.<sup>1</sup> De behandeling van *E. granulosus* is afhankelijk van de grootte, lokalisatie en het stadium van de cysten. Deze zijn

meestal gelokaliseerd in de lever, maar ook andere organen kunnen zijn aangedaan. Eosinofilie is aanwezig in slechts een minderheid van de gevallen (<25%).<sup>1,2</sup> Patiënten zijn vaak langdurig asymptomatisch. In sommige gevallen is alleen medicamenteuze behandeling met albendazol afdoende, maar vaak is aanvullende behandeling middels de 'punctie-aspiratie-injectie-respiratie'-techniek of chirurgie nodig. De mortaliteit is laag.<sup>3</sup>

*E. multilocularis*, de vossenlintworm, komt voor in Centraal-Europa, waarbij Nederland net aan de rand van het verspreidingsgebied ligt. In het woongebied van deze patiënt, Zuid-Limburg, is ongeveer 13% van de vossen met *E. multilocularis* besmet en incidenteel worden autochtone *E. multilocularis*-infecties bij mensen beschreven. Transmissie kan optreden door het eten van met vossenontlasting besmette bessen of bramen.<sup>1</sup> Infecties met deze vorm van echinokokken hebben een veel slechtere prognose, omdat vaak uitgebreide lokale weefselinvasie optreedt en ook metastasering op afstand mogelijk is. De behandeling van eerste keuze is radicale chirurgische verwijdering van al het geïnfecteerde weefsel, waarbij in sommige gevallen een levertransplantatie noodzakelijk is. Wanneer chirurgische curatie niet mogelijk is, kan chronisch suppressieve medicamenteuze behandeling worden gegeven. Albendazol is hierbij het middel van voorkeur. Studies tonen aan dat daarmee de 15-jaars-overleving ten opzichte van onbehandelde patiënten stijgt van 0% naar 53-80%.<sup>3,4</sup>

**Trefwoorden:** *Echinococcus multilocularis*, echinokokkose, parasiet, vossenlintworm.

**Keywords:** *Echinococcus multilocularis*, echinococcosis, parasite, tapeworm.

## REFERENTIES

1. LCI-richtlijn Echinokokkose. Te raadplegen op: <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/echinokokkose>.
2. Moro P, et al. *Int J Infect Dis* 2009;13:125-33.
3. Mihmanli M, et al. *World J Hepatol* 2016;8:1169-81.
4. Ammann RW, et al. *Hepatology* 1994;19:735-42.