

Alertheid op chronische Q-koorts blijft overal in Nederland van belang

Editorial bij de bijdrage van Van 't Klooster et al. getiteld 'Ernstige, therapieresistente spondylodiscitis en radiculitis; denk aan chronische Q-koorts' *Tijdschr Infect* 2020;15(2):69-73.

dr. C.P. Bleeker-Rovers

(TIJDSCHR INFECT 2020;15(2):67)

In dit nummer beschrijven Van 't Klooster en collega's de casus van een immuungecompromitteerde patiënte met een ernstige spondylodiscitis waarbij de oorzaak aanvankelijk onduidelijk is. Pas na een verslechtering van het klinisch beeld en de noodzaak tot drainage wordt duidelijk dat sprake is van een zeldzame uiting van een chronische Q-koortsinfectie. Deze casusbeschrijving toont aan dat de gevolgen van de grote Q-koortsuitbraak van 2007-2010 nog steeds actueel zijn. Het blijft dus van belang om alert te zijn op mogelijke gevallen van een chronische Q-koortsinfectie. Zonder deze alertheid wordt de diagnose niet of pas laat gesteld, omdat de diagnose alleen kan worden gesteld als gerichte diagnostiek wordt ingezet in de vorm van serologie en PCR. Voor serologie zijn meerdere methoden beschikbaar, maar voor de diagnostiek van een chronische Q-koortsinfectie is de bepaling van een fase I-IgG via IFA nodig. De sensitiviteit van andere methoden (ELISA of CBR) is voor de diagnostiek naar chronische Q-koorts te laag en kan leiden tot het missen van de diagnose. De sensitiviteit van een gerichte PCR op bloed is minder dan 50%; een negatieve PCR sluit een chronische Q-koortsinfectie dus niet uit. De sensitiviteit van een PCR op pus of weefsel is daarentegen boven de 90%.

De alertheid op de mogelijkheid van chronische Q-koorts is door meer bekendheid met het ziektebeeld in het voormalige uitbraakgebied naar verwachting groter dan daarbuiten. Hoewel de Q-koortsuitbraak zich vooral concentreerde in het zuidoosten van Nederland, blijkt uit de Nationale Chronische Q-koorts Database dat in heel Nederland mensen zijn gediagnosticeerd met chronische Q-koorts. Het is daarom van belang dat ook buiten het oorspronkelijke uitbraakgebied wordt gedacht aan de mogelijkheid van een chronische Q-koortsinfectie. Men moet vooral alert zijn bij patiënten met een aneurysma, vaatprothese of hartklepafwijking, dan wel een kunstklep. Daarnaast lopen mensen die behandeld worden met immuunsuppressiva een verhoogd risico. Heel vaak weten mensen niet

dat zij besmet zijn, omdat ze geen symptomen hadden ten tijde van de besmetting of omdat de acute Q-koortsinfectie niet als zodanig is herkend. De eerste symptomen van een chronische Q-koortsinfectie zijn meestal specifiek: algehele malaise, gewichtsverlies, soms koorts en/of nachtzweeten. Het CRP-gehalte is vaak laag. Chronische Q-koorts kan op deze manier heel lang zonder symptomen verlopen, om zich plotseling met een ernstige complicatie te presenteren, zoals een gebarsten aneurysma, hartfalen door acute klepdisfunctie, een aorto-enterale fistel of, zoals bij deze patiënte, door de lokale gevolgen van een abces. Het optreden van complicaties is de belangrijkste risicofactor voor overlijden. Een diagnose voordat deze complicaties optreden is dus van het grootste belang. Om die reden wordt op dit moment in bepaalde postcodegebieden aan 'case finding' gedaan. Via huisartsenpraktijken worden mensen geselecteerd met een van de hierboven genoemde risicofactoren, waarna zij worden opgeroepen voor serologie. Als de fase I-IgG 512 of hoger is, worden zij doorverwezen naar een van de ziekenhuizen met veel ervaring met chronische Q-koorts. Uit kosteneffectiviteitsoverwegingen wordt de 'case finding' niet in heel Nederland uitgevoerd. Ook zal niet iedereen die ervoor in aanmerking komt hieraan mee werken. Dit zorgt dus dat het van belang blijft om in heel Nederland chronische Q-koorts te overwegen bij mensen met een aneurysma, vaatprothese, hartklepafwijking of immuunsuppressie, die zich presenteren met algehele malaise, koorts, nachtzweeten, gewichtsverlies, een snelle groei van het aneurysma, snelle progressie van de klepafwijking of abcesvorming zonder positieve kweken. Daarnaast moet bij alle patiënten met (een verdenking op) een mycotisch aneurysma zonder bekende verwekker, dan wel een kweeknegatieve endocarditis ook gerichte diagnostiek naar chronische Q-koorts worden ingezet, net zoals de auteurs adviseren voor patiënten met een kweeknegatieve spondylodiscitis. Alleen op deze manier kunnen we proberen om verdere sterfgevallen te voorkomen die het gevolg zijn van de Q-koortsuitbraak die inmiddels bijna 10 jaar geleden tot zijn einde kwam.

Correspondentie graag richten aan: mw. dr. C.P. Bleeker-Rovers, internist-infectioloog, afdeling Interne geneeskunde, Radboudumc, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel.: 024 361 11 11, e-mailadres: chantal.bleeker-rovers@radboudumc.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: chronische Q-koorts, *Coxiella burnetii*, kweeknegatieve spondylodiscitis, microbiologische diagnostiek.

Keywords: chronic Q fever, *Coxiella burnetii*, culture-negative spondylodiscitis, microbiological diagnostics.