

## Uw diagnose?

dr. J.M. van Hattem<sup>1</sup>, dr. T.J.C. Langeveld<sup>2</sup>, dr. S.M. Bruisten<sup>3</sup>, drs. M. Kolader<sup>4,8</sup>, prof. dr. M.P. Grobusch<sup>5,7,8</sup>, prof. dr. H.J.C. de Vries<sup>6,8,9</sup>, dr. G.J. de Bree<sup>7,8</sup>

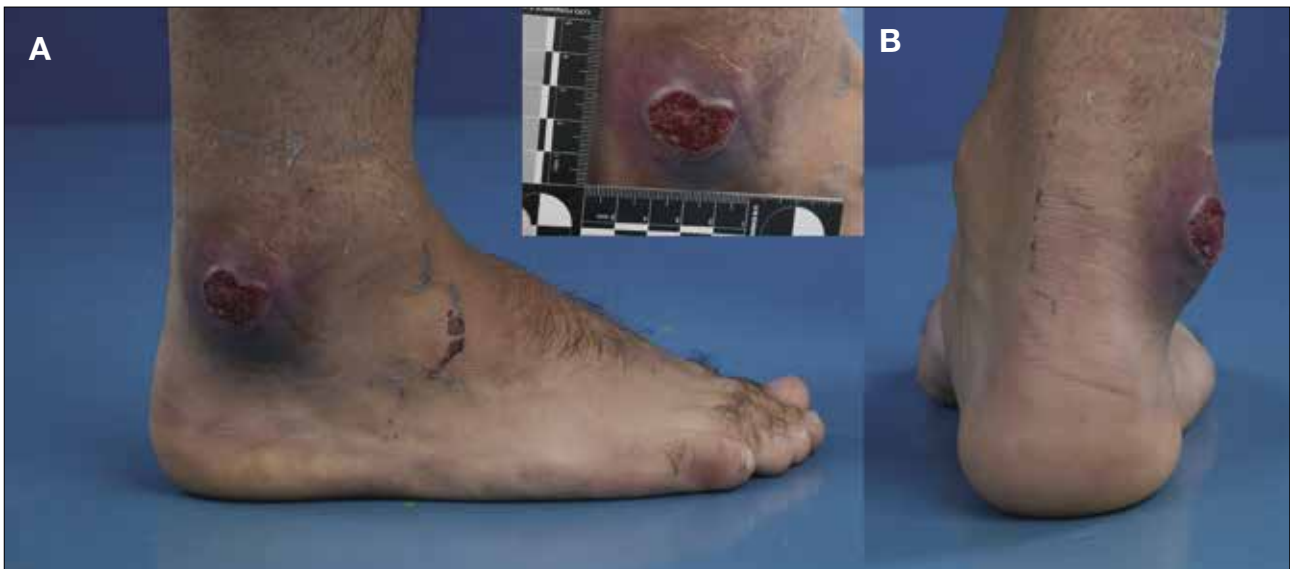
*Dit artikel is een bewerking van Van Hattem JM, et al. PLoS Negl Trop Dis 2018;12:e0006273.*

(TIJDSCHR INFECT 2020;15(3):123-5)

### ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een gezonde 22-jarige man presenteerde zich op de polikliniek Tropengeneeskunde van het Amsterdam UMC, locatie AMC, met een ulcus op de malleolus lateralis van de rechtervoet. Hij was 4 weken voor presentatie teruggekeerd uit Indonesië, waar hij een bezoek had gebracht aan de eilanden Ceram en Ambon. Tijdens een jungletocht op het eiland Ceram had hij een kleine schaafwond aan de rechterenkel opgelopen. Terug in Nederland ontwikkelde zich op deze plek een pijnlijk ulcus. Hij bezocht zijn huisarts, die vanwege een verdenking op cellulitis flucloxacilline (4 dd 500

mg) voor een duur van 10 dagen voorschreef. Desondanks verergerden de klachten. Daarop werd de patiënt doorverzonden naar de afdeling Tropische Ziekten van het Amsterdam UMC, locatie AMC. Bij lichamelijk onderzoek werd een gezonde man gezien, met een normale bloeddruk en lichaamstemperatuur. Op de malleolus lateralis van de rechtervoet werd een geïndureerd ulcus van 3 x 3 cm gezien met een hypergranulerend oppervlak, perilesionaal erytheem en oedeem, en ondermijnde wondranden (zie *Figuur 1*). Het ulcus was zeer pijnlijk bij aanraking. Van lymfadenopathie was geen sprake. De uitslagen van het bloedonderzoek waren normaal, inclusief het leukocytengetal van  $8,4 \times 10^9/l$  (referentiewaarde  $4,0-10,0 \times 10^9/l$ ).



**FIGUUR 1.** Ulcus op de malleolus lateralis met een hypergranulerend oppervlak, perilesionaal erytheem en oedeem, en ondermijnde wondranden. **(A)** Lateraal aanzicht, **(B)** dorsaal aanzicht.

<sup>1</sup>arts-microbioloog, Centraal Bacteriologisch en Serologisch Laboratorium, Tergooi, Hilversum, <sup>2</sup>internist-infectioloog, Rijnstate, Arnhem, en promovendus, LCI, RIVM, Bilthoven, <sup>3</sup>medisch moleculair microbioloog, Streeklaboratorium, GGD Amsterdam, Amsterdam, <sup>4</sup>arts-microbioloog, Laboratorium voor Klinische Bacteriologie, <sup>5</sup>hoogleraar Tropengeneeskunde, Tropencentrum, <sup>6</sup>dermatoloog, afdeling Dermatologie, <sup>7</sup>afdeling Interne Geneeskunde, sectie Infectieziekten, <sup>8</sup>Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam, <sup>9</sup>Soa-polikliniek, afdeling Infectieziekten, GGD Amsterdam, Amsterdam.

Correspondentie graag richten aan: dhr. dr. J.M van Hattem, Tergooi, Centraal Bacteriologisch en Serologisch Laboratorium, Van Riebeeckweg 212, 1213 XZ Hilversum, tel.: 088 753 35 82, e-mailadres: jvanhattem@tergooi.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

ONTVANGEN 8 APRIL 2020, GEACCEPTEERD 16 APRIL 2020.



**FIGUUR 2.** Microscopie van het wondexsudaat met Diff-Quik-kleuring (vergroting 1.000x). Te zien zijn kleine staafvormige bacteriën (aangegeven met rode pijlen).



**FIGUUR 3.** Groei van kleine grijze kolonies op chocolade-agar na een incubatietijd van 48 uur. De 3 witte kolonies werden niet gedetermineerd.

Na consultering van de dermatoloog op het huidinfectiespreekuur werd wondexsudaat afgenomen voor kweek. Daarnaast werd met een zogenoemde Diff-Quik-kleuring een preparaat gemaakt waarin door middel van lichtmicroscopie kleine, staafvormige bacteriën werden gezien (zie *Figuur 2*). Na 48 uur incubatie (5% CO<sub>2</sub>; 37°C) werden op de chocolade-agar kleine grijze bacteriekolonies aangetroffen (zie *Figuur 3*).

**WAT IS UW DIAGNOSE?**

## HAEMOPHILUS DUCREYI-ULCUS

De kolonies in de kweek werden geïdentificeerd als *Haemophilus ducreyi*.<sup>1</sup> *H. ducreyi* is een gramnegatieve bacterie die geassocieerd is met de soa: ulcus molle (zachte sjanker). Naast een veroorzaker van genitale ulcera, wordt *H. ducreyi* steeds vaker gezien als oorzaak van cutane ulcera.<sup>2</sup> Huidinfecties door *H. ducreyi* bij reizigers zijn zeldzaam en zijn beschreven in 4 casusbeschrijvingen. In al deze gevallen betrof het reizigers die eilanden in de Stille Oceaan hadden bezocht. Mogelijk is sprake van onderrapportage of onderdiagnose bij niet-genitale ulcera.<sup>3</sup>

De afgelopen 15 jaar verrichtte de Soa-polikliniek van de GGD Amsterdam routinematig *H. ducreyi*-PCR op materiaal afgenomen van genitale ulcera.<sup>4</sup> In die tijd is deze PCR bijna 600 keer uitgevoerd en zijn geen positieve uitslagen gevonden. Om die reden is men gestopt met het routinematig inzetten van deze test. De locatie van het ulcus en de afwezigheid van seksueel risicogedrag maken de kans klein dat de patiënt van deze casus de infectie lokaal in Nederland had opgelopen.

De *H. ducreyi*-stammen die cutane ulcera veroorzaken zijn genetisch sterk gelijk aan de stammen die genitale ulcera veroorzaken. De minimaal remmende concentraties voor azitromycine zijn vergelijkbaar laag. Voor genitale ulcera veroorzaakt door *H. ducreyi* wordt over het algemeen een eenmalige dosis azitromycine of ceftriaxon of 3 dagen ciprofloxacine voorgeschreven.<sup>5</sup> Voor cutane ulcera was ten tijde van deze casus echter nog niet bekend wat de optimale behandelduur is. De patiënt werd gedurende 2 weken behandeld met ciprofloxacine 500 mg 2 dd. Naderhand zijn de resultaten van een cohortstudie uit Papoea-Nieuw-Guinea gepubliceerd, waaruit bleek dat een enkele dosis azitromycine van 30 mg/kg effectief was als behandeling van een *H. ducreyi*-ulcus.<sup>6</sup> De patiënt reageerde goed op de voorgeschreven behandeling. Als destijds de resultaten van

de studie uit Papoea-Nieuw-Guinea bekend waren geweest, dan was waarschijnlijk gekozen voor azitromycine of een kortere behandelduur met ciprofloxacine. Het is wel van belang de patiënt tot genezing te volgen om therapiefalen uit te sluiten.

De casus van deze patiënt toont aan dat *H. ducreyi* naast genitale ulcera ook cutane ulcera kan veroorzaken. De ziekte komt in Nederland alleen voor als importziekte en is ook dan nog uiterst zeldzaam. Deze casus illustreert dat *H. ducreyi*, behalve op eilanden in de zuidelijke Stille Oceaan, ook aanwezig is op ten minste 1 van de noordoostelijke eilanden van Indonesië.

**Trefwoorden:** *Haemophilus ducreyi*, huidzweer, importziekte, ulcus molle, zachte sjanker.

**Keywords:** chancroid, *Haemophilus ducreyi*, imported disease, skin ulcer, ulcus molle.

## REFERENTIES

1. Van Hattem JM, Langeveld TJ, Bruisten SM, et al. *Haemophilus ducreyi* cutaneous ulcer contracted at Seram Island, Indonesia, presented in the Netherlands. PLoS Negl Trop Dis 2018;12:e0006273.
2. Gonzalez-Beiras C, Marks M, Chen CY, et al. Epidemiology of *Haemophilus ducreyi* infections. Emerg Infect Dis 2016;22:1-8.
3. Roberts SA, Taylor SL. *Haemophilus ducreyi*: a newly recognised cause of chronic skin ulceration. Lancet Glob Health 2014;2:e187-8.
4. Bruisten SM, Cairo I, Fennema H, et al. Diagnosing genital ulcer disease in a clinic for sexually transmitted diseases in Amsterdam, the Netherlands. J Clin Microbiol 2001;39:601-5.
5. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64:1-137.
6. Gonzalez-Beiras C, Kapa A, Vall-Mayans M, et al. Single-dose azithromycin for the treatment of *Haemophilus ducreyi* skin ulcers in Papua New Guinea. Clin Infect Dis 2017;65:2085-90.