

Uw diagnose?

drs. J.E.M. Bouwens^{1,3}, dr. C.C. Obihara^{2,3}

(TIJDSCHR INFECT 2020;15(4);161-3)

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 17-jarige Somalische jongen met blanco voorgeschiedenis werd door de huisarts doorverwezen naar de spoedpolikliniek Kindergeneeskunde. De patiënt had sinds 2 weken een pijnlijke zwelling in de pre-auriculaire regio links. Rechts was ook een kleinere zwelling cervicaal ontstaan. Van roodheid van de huid rondom de pre-auriculaire zwelling links was geen sprake. Bij de huisarts werden de zwellingen initieel toegeschreven aan een bofvirusinfectie en werd een expectatief beleid gevoerd. De patiënt presenteerde zich 1,5 week later echter opnieuw bij de huisarts met nu ook pijnlijke testes, naast de pijnlijke pre-auriculaire zwellingen. Dit was de aanleiding om hem door te verwijzen naar de kinderarts. De zwellingen bleken te zijn ontstaan na koortsepisoden zonder andere verschijnselen. Hij was in 1 maand 5 kg afgevallen. In de anamnese was geen sprake van hoesten of nachtzweeten. Hij had geen tuberculose (tbc)-contact gehad. Ook was hij niet gekrabd of gebeten door een kat. De patiënt was gevaccineerd volgens het vaccinatieprogramma in Somalië (onder andere bof, mazelen en rode hond). Sinds een half jaar was hij als vluchteling woonachtig in Nederland, wat betekende dat hij op de leeftijd van 16,5 jaar naar Nederland was gekomen.

Bij lichamelijk onderzoek waren alle vitale functies normaal. De patiënt had pre-auriculair links een zwelling van circa 2 bij 3 cm (zie *Figuur 1*). Zowel links als rechts had hij cervicaal multipole kleine lymfeklieren van circa 1 cm doorsnede. Van roodheid van de huid boven de pre-auriculaire zwelling of cervicale lymfeklieren was geen sprake. Beide testes waren pijnlijk bij palpatie, maar van dezelfde grootte en conform leeftijd. Verder lichamelijk onderzoek liet geen andere vergrote lymfeklierstations zien (axillair, inguinaal en cervicaal) of hepatosplenomegalie.



FIGUUR 1. Zwelling ter hoogte van de glandula parotis links bij presentatie. (Foto geplaatst met toestemming van de patiënt.)

TABEL 1. Uitslagen laboratoriumonderzoek bij eerste presentatie op de polikliniek Kindergeneeskunde.

Bepaling	Uitslag	Referentiewaarde
CRP	65 mg/l	0-10 mg/l
Bezinking	49 mm/uur	0-10 mm/uur
Hemoglobine	8,2 mmol/l	8,8-11 mmol/l
Hematocriet	0,40 l/l	0,40-0,50 l/l
'Mean corpuscular volume'	83 fl	80-100 fl
Leukocyten		
Totaal	$6,6 \times 10^9/l$	$4,0-10,0 \times 10^9/l$
Neutrofielen	$4,38 \times 10^9/l$	$1,50-7,50 \times 10^9/l$
Lymfocyten	$1,42 \times 10^9/l$	$1,00-3,50 \times 10^9/l$
Monocyten	$0,74 \times 10^9/l$	$0,10-1,00 \times 10^9/l$
Eosinofielen	$0,02 \times 10^9/l$	$0,10-0,50 \times 10^9/l$
Basofielen	$0,01 \times 10^9/l$	$<0,20 \times 10^9/l$
Trombocyten	$428 \times 10^9/l$	$150-400 \times 10^9/l$
Erytrocyten	$4,86 \times 10^9/l$	$4,50-5,50 \times 10^9/l$
ASAT	19 U/l	0-35 U/l
ALAT	16 U/l	0-45 U/l
Alkalische fosfatase	143 U/l	90-250 U/l
γ -GT	55 U/l	0-55 U/l
LDH	235 U/l	0-248 U/l
Urinezuur	0,30 mmol/l	0,20-0,42 mmol/l

¹anios kindergeneeskunde, ²kinderarts-infectioloog/immunoloog, ³afdeling Kindergeneeskunde, ETZ, Tilburg.

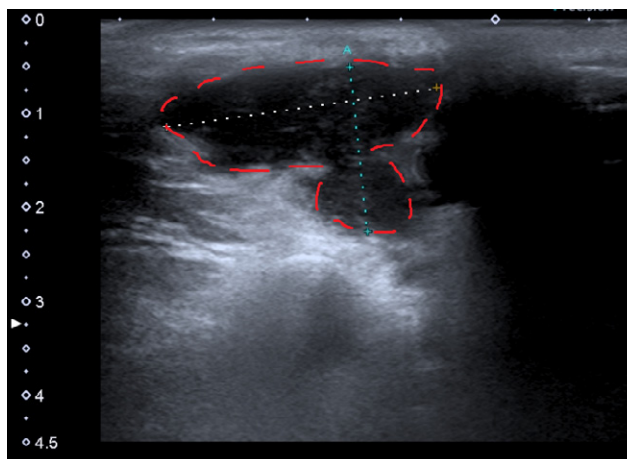
Correspondentie graag richten aan: dhr. dr. C.C. Obihara, ETZ, afdeling Kindergeneeskunde, Hilvarenbeekseweg 60, 5022 GC Tilburg, tel.: 013 221 08 00, e-mailadres: c.obihara@etz.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

ONTVANGEN 19 FEBRUARI 2020, GEACCEPTTEERD 30 APRIL 2020.

Uit oriënterend laboratoriumonderzoek bleken een mild verhoogd CRP-gehalte en bezinking. Het leukocytegehalte was normaal en in de leukocytdifferentiatie werden geen bijzonderheden gezien. Overig oriënterend laboratoriumonderzoek liet geen bijzonderheden zien (zie *Tabel 1*). Echografie van de hals toonde een irregulaire zwelling van de linkerparotis, naast fors gezwollen lymfeklieren beiderzijds in de hals (zie *Figuur 2*). Echografie van de testes toonde geen afwijkingen. Voor zowel pathologisch-anatomisch als microbiologisch onderzoek werd een punctie verricht van de irregulaire zwelling in de linkerparotis, alsmede van een nabijgelegen lymfeklier. Verder werd onderzoek ingezet naar bofvirus, Epstein-Barrvirus (EBV), cytomegalovirus (CMV), *Bartonella henselae*, coxsackievirus, rubellavirus, hiv, *Mycobacterium tuberculosis* en *Toxoplasma gondii*.

WAT IS UW DIAGNOSE?



FIGUUR 2. Echografie van de glandula parotis links met irregulaire zwelling.

TUBERCULEUZE PAROTITIS

Bij de pre-auriculaire zwellingen werd gedacht aan een infectieuze oorzaak, maligniteit of afweerstoornis (onder andere sarcoïdose). Als mogelijke infectieuze oorzaak werd gedacht aan een virale (parotitis endemica, EBV, CMV, coxsackievirus, rubellavirus en hiv), bacteriële (onder andere banale bacteriën zoals stafylokokken, streptokokken en *Bartonella henselae*) of parasitaire infectie (onder andere toxoplasmose). Wegens de reisanamnese en de hoge prevalentie van tbc in het geboorteland van de patiënt werd ook diagnostiek naar *Mycobacterium tuberculosis* ingezet. Serologisch onderzoek voor alle virale verwekkers was negatief. De IGRA was positief, wat wees op een latente dan wel actieve tbc-infectie. Uit de PCR van de biopten kwam een *Mycobacterium tuberculosis*-complex, wat leidde tot de diagnose tuberculeuze parotitis. Een röntgenfoto van de thorax toonde geen afwijkingen. In afwachting van de definitieve kweekuitslag en het resistentiepatroon van de *M. tuberculosis* werd gestart met een behandeling met de combinatie van isoniazide, rifampicine, pyrazinamide en ethambutol (intensieve fase). Later bleek ook de kweek positief voor *M. tuberculosis*. Nadat bleek dat de bacterie niet resistent was, werd de ethambutol gestopt en doorgegaan met een combinatie van de 3 resterende middelen. Na 2 maanden werd volgens de adviezen van de Wereldgezondheidsorganisatie doorgegaan met alleen de combinatie van isoniazide en rifampicine voor nog 4 maanden (continuatiefase). De patiënt werd dus in totaal 6 maanden behandeld. Al na 2 maanden na de start van de behandeling namen de zwellingen af en was de zwelling van de linkerparotisklier spontaan ontlast. Alle zwellingen waren 4 maanden na de start van de behandeling verdwenen, waarna de patiënt geen klachten meer had.

De incidentie van tuberculose in Nederland ligt op 4,7/100.000. Driekwart van de tuberculosepatiënten in Nederland is geboren in het buitenland. Immigranten en asielzoekers uit endemische gebieden worden bij aankomst in Nederland gescreend op actieve longtuberculose.¹ Mensen uit Somalië vallen ook onder dit screeningsbeleid, aangezien de incidentie daar op 260/100.000 ligt.² Bij Somalische vluchtelingen en immigranten ligt de incidentie 3 keer hoger.³ Ook deze patiënt was bij binnenkomst gescreend op actieve longtuberculose door middel van een röntgenfoto van de thorax. De infectiehaard bij de patiënt lag echter extrapulmonaal.

Op de kinderleeftijd presenteren de meeste patiënten met extrapulmonale tuberculose zich met lymfadenitis. Bij zuigelingen en jonge kinderen kan het zich ook manifesteren als tuberculeuze meningitis of encefalitis. Tuberculeuze lymfadenitis presenteert zich met name in de cervicale klieren. Tuberculeuze parotitis komt minder vaak voor, soms samen met cervicale lymfadenitis. Deze infectie kan op 2 manieren ontstaan. De eerste route is via een mycobacteriële infectiefocus in de mondholte, waarbij de mycobacterie via de ducti van de

glandula parotis of via lymfedrainage van de omliggende lymfeklieren de parotis bereikt. De tweede route is via hematogene of lymfogene verspreiding vanuit een primaire longfocus naar de cervicale lymfeklieren en glandula parotis.⁴

Tuberculeuze parotitis kan zich zowel als chronische als acute infectie presenteren. Tot de chronische infecties behoren de langzaam groeiende zwellingen van de parotis zonder inflammatie of pijnklachten. Deze vorm wordt vaak tijdens de diagnostiek bij een verdenking op neoplasma gevonden. De acute vorm presenteert zich vaak met een snelgroeiende zwelling die gepaard gaat met pijnklachten en eventueel roodheid. Vaak is ook sprake van lymfadenopathie of lymfadenitis. Om de diagnose te stellen dient een lymfeklierextirpatie of -punctie te worden verricht voor het verkrijgen van voldoende representatief materiaal voor zowel pathologisch-anatomisch als microbiologisch onderzoek (banale kweek en tbc). Uit casusbeschrijvingen blijkt echter dat histologisch onderzoek ook foutnegatief kan zijn.^{5,6}

Voor de behandeling van een tuberculeuze parotitis bestaat geen specifieke richtlijn. Vaak wordt de richtlijn voor de behandeling van extrapulmonale tuberculose gevolgd. In Nederland is het gebruikelijk de initiële fase van de behandeling met de 4-middelencombinatie te starten (bij een onbekend resistentiepatroon) en dit bij goed effect te reduceren naar de 3-middelencombinatie. Na 2 maanden wordt in de continuatiefase met 2 middelen behandeld. De totale behandelduur is 6 maanden.^{7,8}

Trefwoorden: kinderen, *Mycobacterium tuberculosis*, parotitis, pediatrisch, pre-auriculaire zwelling, tbc, tuberculose, tuberculeuze parotitis.

Keywords: children, *Mycobacterium tuberculosis*, paediatric, parotitis, preauricular swelling, TBC, tuberculosis, tuberculous parotitis.

REFERENTIES

1. LCI-richtlijn Tuberculose. Te raadplegen via: <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/tuberculose>.
2. World Health Organization. WHO in Somalia. Beschikbaar via: <http://www.emro.who.int/som/programmes/tb.html>.
3. Van den Boogaard J, Slump E, Schimmel H, et al. Hoge tbc-incidentie bij Eritrese en Somalische asielzoekers in de eerste vijf jaar na aankomst. Tijdschr tegen de Tuberculose 2019;115:36-7.
4. Hamdan AL, Hadi U, Shabb N. Tuberculous parotitis: a forgotten entity. Otolaryngol Head Neck Surg 2002;126:581-2.
5. Cataño JC, Robledo J. Tuberculous lymphadenitis and parotitis. Microbiol Spectr 2016;4:doi: 10.1128/microbiolspec.TNMI7-0008-2016.
6. Maurya M, Kumar S, Singh H, et al. Tuberculous parotitis: A series of eight cases and review of literature. Natl J Maxillofac Surg 2019;10:118-22.
7. World Health Organization. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. Genève: World Health Organization; 2016.
8. NVK-werkboek Tuberculose. Te raadplegen via: <https://werkboeken.nvk.nl/kinderinfectieziekten/Verwekkers/Tuberculose-TBC>.