

Uw diagnose?

drs. R. van den Biggelaar^{1,5}, drs. J.J. Engel², dr. J.L.A.N. Murk^{3,5}, drs. M.A.H. Berrevoets⁴

(TIJDSCHR INFECT 2021;16(2):67)

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 82-jarige man presenteerde zich op de polikliniek Chirurgie met een lymfangitis aan de rechterarm. Het huidbeeld was gedurende een periode van 5 weken ontstaan vanuit een paronychium van de duim. De patiënt had van de huisarts reeds een behandeling met flucloxacilline en amoxicilline/clavulaanzuur gehad. De patiënt was 2 weken eerder voor korte duur in het ziekenhuis opgenomen voor amoxicilline/clavulaanzuur 4 dd 1.200 mg intraveneus wegens onvoldoende effect van de eerdere antibiotica-behandeling. Onder de intraveneuze behandeling nam het erytheem af, maar bleven de noduli bestaan. Uit een ulcus ter hoogte van de pols werden geen pathogene micro-organismen gekweekt.

Bij presentatie werd een niet-acuut zieke man gezien met een lichaamstemperatuur van 36,2 °C. Bij lichamelijk onderzoek werd een lymfangitis geconstateerd: vanaf de rechterduim doorlopend via de dorsale zijde van de handrug naar de ventrale zijde van de rechteronderarm, met 8-10 mild schilferende noduli, deels met hemorragische crusta (zie *Figuur 1*). Er was sprake van een beperkt erytheem en de noduli waren licht gevoelig. De patiënt had geen axillaire lymfadenopathie ontwikkeld. De reisanamnese was niet bijdragend. De patiënt had een aquarium met tropische vissen, dat hij zonder handschoenen schoonmaakte. De patiënt had geen andere huisdieren.

Een huidbiopt liet een diep reikende, chronisch actieve, deels granulomateuze ontsteking met necrose zien, het meest waarschijnlijk passend bij een infectieuze etiologie. In aanvullende kleuringen werden geen zuurvaste staven of schimmels aangetoond.



FIGUUR 1. Huidbeeld bij presentatie: nodulaire lymfangitis met sporotrichoïde verspreiding.

WAT IS UW DIAGNOSE?

HET ANTWOORD OP DE VRAAGSTELLING VINDT U OP PAGINA 70.

¹aios medische microbiologie, ²arts-onderzoeker & aios interne geneeskunde, afdeling Interne Geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen, ³arts-microbioloog, ⁴internist-infectioloog, afdeling Interne Geneeskunde, ETZ, Tilburg, ⁵Microvida, ETZ, Tilburg.

Correspondentie graag richten aan: dhr. drs. R. van den Biggelaar, ETZ, Microvida, Postbus 747, 5000 AS Tilburg, tel.: 013 221 33 33, e-mailadres: rik.vandenbiggelaar@etz.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

ONTVANGEN 10 SEPTEMBER 2020, GEACCEPTEERD 24 NOVEMBER 2020.

ANTWOORD OP DE VRAAGSTELLING VAN PAGINA 67.

NODULAIRE LYMFANGITIS DOOR MYCOBACTERIUM MARINUM

Weefselkweken werden ingezet op banale bacteriële verwekkers, gisten, schimmels en mycobacteriële verwekkers. Bij mycobacteriële groei werd door middel van *rpoB*-sequencing' een infectie met *Mycobacterium marinum* vastgesteld.

M. marinum is een non-tuberculeuze mycobacterie die voorkomt in zowel zoet- als zoutwaterreservoirs en ziekte kan veroorzaken bij vissen en schelpdieren. Humane infecties treden met name op wanneer beschadigde huid (na bijvoorbeeld een [micro]trauma) in contact komt met gecontamineerd water of geïnfecteerde dieren. Deze associatie is zo sterk dat het ziektebeeld ook wordt omschreven als 'fish tank granuloma'.

Een infectie met *M. marinum* manifesteert zich als een sluimerend, granulomateus ontstekingsbeeld. In ongeveer 60% van de gevallen blijft het beperkt tot een solitaire papulonodulaire laesie op de vinger of hand.³ Bij 25% treedt een sporotrichoïde verspreiding op. Diepere infecties, zoals tenosynovitis of osteomyelitis, ontstaan in 20-40% van de gevallen.³

Essentieel voor de diagnostiek zijn een stansbiopt voor microscopische analyse door middel van een auramine- en ZN-kleuring, en het inzetten van mycobacteriële weefselkweken. Na groei van de mycobacteriële kweek volgt identificatie op soortniveau door middel van 'sequencing' van het *rpoB*-gen.

Het advies is om een *M. marinum*-infectie te behandelen met minimaal 2 middelen gedurende ten minste 3 maanden en de behandeling te continueren tot 1 maand na gedocumenteerde genezing.⁴ In een retrospectieve, observationele studie van 63 patiënten uit Frankrijk werd 37% behandeld met monotherapie.⁵ Bij combinatietherapie werden claritromycine plus rifampicine, en tetracyclinen plus claritromycine frequent gebruikt. De mediane behandelduur was 3,5 maanden. Bij beperkte cutane infecties werden vaker tetracyclinen voorgeschreven. Voor diepere infecties werden vaker regimes met rifampicine en/of ethambutol gebruikt, maar hierbij trad vaker therapiefalen op. De patiënt uit deze casus werd, na een huidreactie op doxycycline, gedurende 4 maanden behandeld met claritromycine plus ethambutol. Na 4 maanden behandeling was het huidbeeld aanzienlijk verbeterd (zie Figuur 2).



FIGUUR 2. Verbeterd huidbeeld na 4 maanden behandeling.

Trefwoorden: lymfangitis, *Mycobacterium marinum*, nodulaire lymfangitis.

Keywords: lymphangitis, *Mycobacterium marinum*, nodular lymphangitis.

REFERENTIES

1. Tirado-Sánchez A, Bonifaz A. Nodular lymphangitis (sporotrichoid lymphocutaneous infections). Clues to differential diagnosis. *J Fungi (Basel)* 2018;4:56.
2. Holden IK, Kehrer M, Andersen AB, et al. *Mycobacterium marinum* infections in Denmark from 2004 to 2017: a retrospective study of incidence, patient characteristics, treatment regimens and outcome. *Sci Rep* 2018;8:1-7.
3. Hagedorn M, Soldati T. *Mycobacterium marinum*. In: Schaible UE, Haas A (eds). *Intracellular niches of microbes: a microbes guide through the host cell*. Wiley Blackwell; 2009. Pagina 455-67.
4. Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, et al. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:367-416.
5. Aubry A, Chosidow O, Caumes E, et al. Sixty-three cases of *Mycobacterium marinum* infection. *Arch Intern Med* 2002;162:1746-52.