

# Vergeten infectieziekten

Tetanus, vlektyfus, de pest. Elke arts weet de symptomen van bekende infectieziekten op te noemen, maar ziet ze in de Nederlandse praktijk nog zelden. Herkenning van de typerende symptomen is nog steeds van groot belang, blijkt uit deze twee ziektegeschiedenissen.

## *Keelklachten na vakantie in West-Afrika*

Deze casus is beschreven door Eva Lindhusen e.a. in *Eurosurveillance*. (*Euro Surveill* 2012; 17: pii=20189). Aanvullende informatie is afkomstig uit het artikel *Diphtheria in the postepidemic period* door Karen Wagner e.a., *Emerg Infect Dis* 2012, doi: 10.3201/eid1802.110987.

Een 68-jarige vrouw meldt zich begin 2012 bij een Zweeds ziekenhuis met koorts, hoesten, heesheid en keelpijn. Ze is nog maar net terug van een vakantie in West-Afrika. Bij onderzoek ziet de kno-arts zwelling van het palatum molle. Bij laryngoscopie waren grijzige membranen op en rondom de stembanden en tongbasis te zien. De larynx was gezwollen.

milde cutane difterie. Beide reizigers waren bij nader inzien onvoldoende gevaccineerd tegen difterie. De man was waarschijnlijk in de jaren 50 gevaccineerd en had meer dan 20 jaar geleden voor deze infectie een booster gekregen. Herkenning van difterie is nodig om deze potentieel dodelijke aandoening tijdig te kunnen behandelen. De onbekendheid met het beeld in landen waar de ziekte vrijwel niet meer voorkomt, is er waarschijnlijk de oorzaak van dat de *case-fatality rate* daar hoger is dan in landen waar difterie nog wel vaak wordt gezien. De veroorzakende bacterie produceert een toxine die luchtwegen, huid, hart en zenuwstelsel kan beschadigen. Tijdige behandeling kan een ernstig beloop voorkómen. Pseudomembranen in mond- en keelholte of een sterk opgezwollen nek – *bull neck* – doen in de richting van difterie denken.

Bij laryngoscopie waren grijzige membranen op en rondom de stembanden en tongbasis te zien en de larynx was gezwollen.  
Bron: Eurosurveillance.



Afbeelding van *bull neck*, afkomstig van Public Health Image Library.

De kno-arts dacht aan difterie, hoewel ze dit ziektebeeld nog nooit eerder had gezien. Een schimmelinfectie werd echter waarschijnlijker geacht, en behandeling daarvan werd ingezet. Drie dagen later was geen verbetering merkbaar, waarop de artsen alsnog startten met benzylpenicilline. Patiënte herstelde vervolgens snel; aanvullende behandeling was niet nodig. Uit de keelkweek kwam later inderdaad een *Corynebacterium diphtheriae*.

Haar 76-jarige echtgenoot was mee op reis geweest en had kleine ulcera op zijn benen, die hij weet aan geïnfecteerde insectenbeten. Na onderzoek bleek er bij hem sprake te zijn van



## Roseola op voetzolen en handpalmen

Deze casus werd ingestuurd door Karlijn Kampman, arts infectieziektebestrijding GGD Twente, k.kampman@ggdtwente.nl en Carla ter Beek, sociaal verpleegkundige seksuele gezondheid GGD Twente, c.terbeek@ggdtwente.nl

beeld: auteur

Een 24-jarige man komt op het spreekuur Seksuele Gezondheid in verband met een halfjaarlijkse periodieke controle op soa zoals wordt geadviseerd bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). Op het moment heeft hij geen vaste relatie, in het afgelopen half jaar heeft hij acht sekspartners gehad. Bij orale seks gebruikt hij geen condoom, bij anale seks (hij is 'versa', dat wil zeggen dat hij zowel insertief als receptief anaal seksueel contact heeft) gebruikt hij soms een condoom. Hij is niet gewaarschuwd voor een soa en heeft geen klachten. In het verleden heeft hij Chlamydia gehad, geen andere soa.

De man krijgt een complete soa-screening. Als een kleine week later de testuitslagen komen, blijkt dat hij een syfilis-infectie heeft. De TPPA (antistoffen tegen *Treponema pallidum*) is 1:20480 en de VDRL (Venereal Disease Reference Lab, ook wel de maat voor de ziekteactiviteit) is 1:32 (normaal <1:4).

Een paar dagen later komt cliënt voor behandeling op het spreekuur. Hij vertelt dat hij van de huisarts Fucidin-crème heeft gekregen in verband met het vermoeden van een bacterieel huidinfect op zijn handpalmen en voetzolen, maar dat de infectie na een week smeren nog niet is opgeklaard. Bij inspectie zijn typische roseola zichtbaar die passen bij syfilis stadium 2. Cliënt wordt behandeld met Penidural 2,4 miljoen IE. Samen met de cliënt voeren we partnerwaarschuwing uit en hij krijgt het

advies een week geen seks te hebben in verband met de besmettelijke periode na behandeling. Het eerste jaar wordt cliënt uitgenodigd voor follow-up om de drie maanden, in het tweede jaar zal dat om het half jaar zijn, ter controle van de daling van de VDRL. De TPPA zal waarschijnlijk ook afnemen, maar zal nooit negatief worden.

Syfilis wordt veroorzaakt door de spirocheet *Treponema pallidum*. In het eerste stadium is er een primaire laesie met hyperplasie van de epidermis (ulcus durum of sjanker) op de plek waar de spirocheet het slijmvlies of de niet intacte huid is binnengedrongen. Het ulcus kan zich bevinden op de penis, in de vagina, de anus of de mond. Dit ulcus geneest vanzelf na een ongeveer een week. In het tweede stadium zijn er vasculaire afwijkingen en zijn er antistoffen aan te tonen in het bloed. Immune-complexen slaan neer in de huid of de nieren (glomerulonefritis). Dit kan leiden tot roseola, condylomata lata, een *moth eaten* alopecia van de hoofdhuid en *snail trails* in de mond. Vervolgens trekt de spirocheet zich terug in de lymfeklieren en de milt (latente fase). Ongeveer één derde evolueert naar het tertiaire niet-besmettelijke stadium, waarbij de spirocheet onder andere de cardiovasculaire structuren en het centrale zenuwstelsel binnendringt. Syfilis wordt ook wel *the great imitator* genoemd, omdat de diverse klinische manifestaties overeenkomen met een breed scala aan ziektebeelden.

Heeft u ook een interessante casus voor deze rubriek? Stuur tekst (max. 300 woorden) en beeld naar redactie@medischcontact.nl.



**Wilt u vast meedenken over de casus van volgende week?**

Kijk dan op [www.medischcontact.nl/wat\\_ziet\\_u](http://www.medischcontact.nl/wat_ziet_u).

