

**Willemijn van Ingen**  
coassistent, Scheper Ziekenhuis,  
Emmen

**Martje Visser**  
zaalarts, Scheper Ziekenhuis,  
Emmen

**Henk Stevens**  
nucleair geneeskundige, Scheper  
Ziekenhuis, Emmen

**Hein Stallmann**  
radioloog, Scheper Ziekenhuis,  
Emmen

# Misleid door dyspneu en koorts

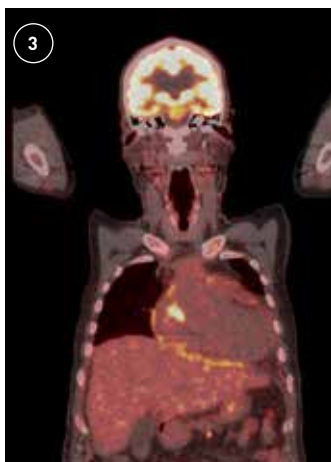
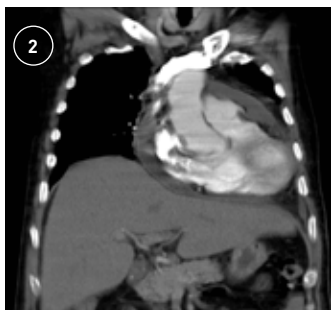
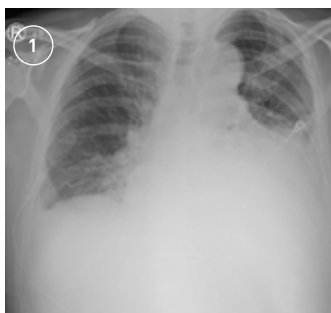
Als uw casus wordt gepubliceerd, ontvangt u van ons het boek **Besturen in een doktersjas** van Marcel Levi.

**N**adat een 71-jarige man op de Spoedeisende Hulp kwam met toenemend dyspneu en koorts bij een bevestigde pneumonie in de linkeronderkwab, bleek zijn opname met de aangewezen behandeling niet effectief en bleef hij respiratoir insufficiënt. De patient was bekend met een afwijking in de rechterlong en een N4-klier. Hierdoor dachten we differentiaaldiagnostisch aanvankelijk sterk aan een maligne dan wel een infectieuze en/of cardiale oorzaak van de aanhoudende klachten. Bij verslechterende kliniek volgde een ic-opname. Daar werd na tien dagen aanvullend onderzoek uitgevoerd middels een CT-thorax (zie foto 1) waarop een pleuropericarditis met pleuravocht e.c.i. werd vastgesteld. Opvallend was dat er een afname van de eerder vastgestelde longnoduli werd gezien ten opzichte van eerdere PET- en CT-scans (zie foto 2 en 3). Hiermee werd voor het eerst de aandacht getrokken naar een systemische oorzaak en werd er gericht labonderzoek aangevraagd.

Het lab en de kliniek in het geheel bleken atypisch voor sarcoïdose. Even dachten we aan adult-onset Still's disease (AOSD), maar daarvoor ontbraken de huidafwijkingen en typische gewrichtsklachten. Om met zekerheid een maligniteit te kunnen uitsluiten, namen we nog een lymfklierbiopt dat geen maligniteit of lymfoom aantoonde. Uiteindelijk vonden we onder andere een positieve ANA-serologie en anti-ds-DNA, wat samen met pleuropericarditis wel typerend is voor systemische lupus erythematoses (SLE) en de behandeling werd hierop aangepast.

Na een maand verliet de man het ziekenhuis en verdere diagnostiek werd poliklinisch gepland. SLE werd bevestigd, hoewel er nog een lichte verdenking op sarcoïdose bleef bestaan. Bij de laatste poliklinische afspraak was de SLE niet meer actief en kreeg hij een prednisolon-afbouwschema.

De les is dat een systeemziekte zich kan maskeren als gemetastaseerde ziekte of lymfoom. Het is zaak om de differentiaaldiagnose breed te houden om acute *on chronic*-presentatie van een systeemziekte niet te missen. ■



## contact

willemijn@van-ingen.net  
cc: redactie@medischcontact.nl

## Heeft u ook een interessante casus voor deze rubriek?

Stuur tekst (max. 300 woorden) en beeld naar redactie@medischcontact.nl.

## Wat ziet u?



Bij een 21-jarige man is de dag na een val op een puntig hek een forse scrotale zwelling ontstaan en er is sprake van pijnlijke hematurie. Een wond was de dag ervoor al gehecht. Wat ziet u op het retrograad urethrogram?

[U kunt reageren op medischcontact.nl/watzietu.](https://www.medischcontact.nl/watzietu)



Het antwoord vindt u volgende week in Medisch Contact.