

# Uw diagnose?

I.A. Meynaar, C.J.M. Bolwerk, A.W.F.M. van Leeuwen en E.R. van der Vorm

(Tijdschr Infect 2007;2:110)

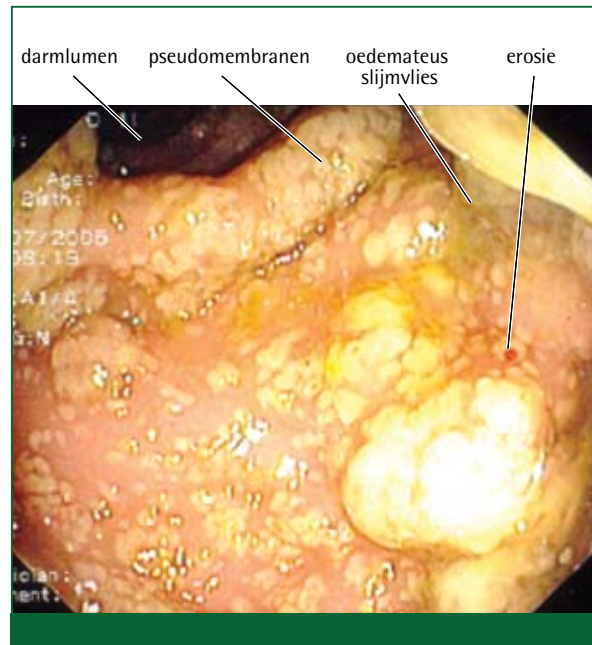
## Ziektegeschiedenis

De casus betreft een 69-jarige man met in zijn voorgeschiedenis hypercholesterolemie, hyperhomocysteïnemie, een bipolaire stoornis en nefrogene diabetes insipidus bij lithiumgebruik. In verband met een pneumonie werd de patiënt op de afdeling Intensive Care (IC) gedurende 10 dagen beademd en medicamenteus behandeld met onder meer cefotaxim, erytromycine, selectieve darmdecontaminatie en later ook met ciprofloxacine. Het beloop werd onder andere gecompliceerd door een centraal anticholinerg syndroom, metabole encefalopathie en critical-illnessneuropathie. Na overplaatsing naar de verpleegafdeling ontwikkelde de patiënt ernstige diarree die veroorzaakt werd door *Clostridium difficile*. Uiteindelijk werd de patiënt 6 weken na zijn ontslag van de IC overgeplaatst naar een verpleeghuis.

Drie weken later werd de patiënt opnieuw opgenomen op de afdeling Interne Geneeskunde wegens diarree. De patiënt raakte in een septische shock en heropname op de IC volgde. Hij werd beademd en behandeld met inotropica en antibiotica. Bij coloscopie werd een oedemateus slijmvlies gezien en ontbrak het normale vaatpatroon. Een enkele erosie en een vlekkelig geel beslag waren zichtbaar (zie *Figuur 1*).

## Kunt u met deze gegevens een diagnose stellen?

De juiste diagnose vindt u op pagina 114.



Figuur 1.

## Correspondentieadres

Drs. I.A. Meynaar, internist-intensivist

Reinier de Graaf Gasthuis  
Afdeling Intensive Care  
Postbus 5011  
2600 GA Delft  
E-mailadres: meynaar@rdgg.nl

Drs. C.J.M. Bolwerk, maag-, darm-, leverarts

Afdeling Maag-, darm-, leverziekten

Dr. A.W.F.M. van Leeuwen, patholoog

Afdeling Pathologie

Dr. E.R. van der Vorm, arts-microbioloog

Afdeling Medische Microbiologie

Correspondentie graag richten aan de eerste auteur.

Antwoord van de vraagstelling op pagina 110:

### Pseudomembraneuze colitis

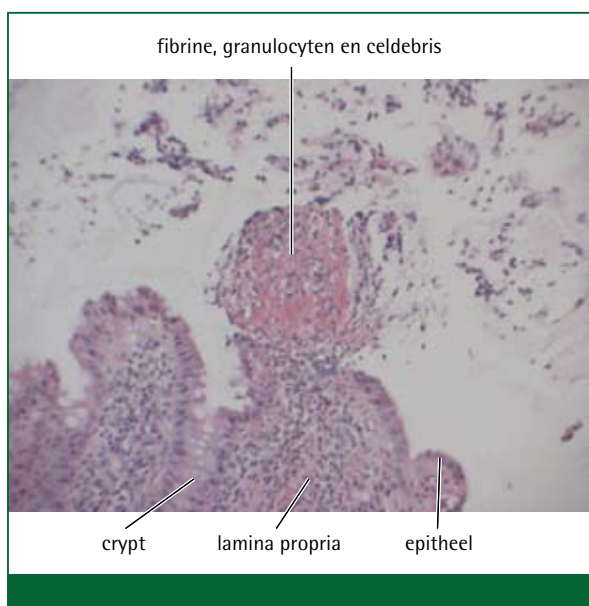
*Clostridium difficile*-geassocieerde diarree (CDAD) is een ziektebeeld dat de laatste jaren vaker wordt gesignaleerd in Nederland. De uitbraken van een virulente stam - het zogenoemde ribotype 027 - in verschillende ziekenhuizen in 2005 hebben veel (media)aandacht gekregen.

CDAD wordt regelmatig gezien in ziekenhuizen en verzorgingshuizen. Predisponerende factoren zijn antibioticagebruik, cytostaticagebruik, verstoorde darmflora in het algemeen en immuundeficiëntie. Hierdoor kan *C. difficile*, die bij 4% van de gezonde volwassenen in de feces voorkomt, uitgroeien. Als de stam toxines vormt, zorgen die voor toegenomen permeabiliteit en destructie van de darmcellen (zie *Figuur 2*) met diarree als gevolg.

De toxines A en/of B worden in het laboratorium aangetoond door middel van de gouden standaard, namelijk een cytopathologisch effect (CPE) op cellijnen (zie *Figuur 3* en *4*). Dit CPE is op te heffen met een antitoxine en daarmee is deze test specifiek. De uitslag is doorgaans binnen 24-48 uur bekend. Het toxine kan ook aangetoond worden met een antigenetest. Deze test is snel (circa 30 minuten) en heeft een sensitiviteit van 80-95%. De test wordt inmiddels door veel laboratoria gebruikt, waarbij de sensitiviteit wisselend is. Daarnaast wordt al langer gebruik gemaakt van een ELISA,

die een sensitiviteit van circa 85% heeft. Moleculaire detectie van de toxines door middel van realtime-PCR is nog niet routinematig beschikbaar. De studies vanuit de afdeling Medische Microbiologie van het Leids Universitair Medisch Centrum zijn echter veelbelovend. De verwachting is dat deze techniek de komende jaren de bestaande technieken grotendeels kan gaan vervangen.

De behandeling dient gericht te zijn op het wegnemen van de factor die de darmflora verstoort. Daarnaast kan de patiënt behandeld worden met metronidazol oraal, eventueel intraveneus, of vancomycine oraal gedurende 10-14 dagen. Zolang de diarree bestaat, zijn hygiënemaatregelen noodzakelijk. Deze dienen intensief en consequent toe-



**Figuur 2.** Er worden zogenoemde focale, explosieve mucosalaesies gezien met slijm, fibrine en neutrofiële granulocyten.



**Figuur 3.** Geen cytopathologisch effect: de cellen zijn lang, slank en mooi egaal aaneengegroeid.



**Figuur 4.** Cytopathologisch effect: de cellen zijn afgerond en gedeeltelijk los van elkaar.