

Uw diagnose?

S.A.S. van der Bent¹, C.L. Vermont², E.R.V.M Rijkers-Mutsaerts³

(Tijdschr Infect 2013;8(5):168)

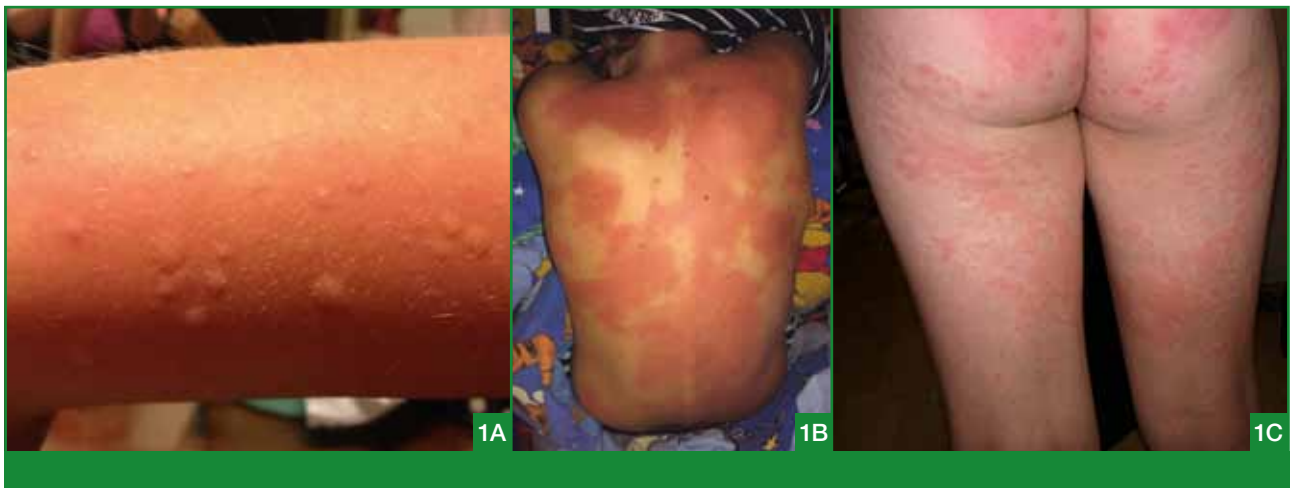
Ziektegeschiedenis

Een 11-jarige jongen met blanco voorgeschiedenis bezocht de polikliniek Kindergeneeskunde van een academisch medisch centrum in verband met sinds een week bestaande pijnlijke zwelling in de linkeroksel en daarbij sinds een dag koorts. De tractusanamnese was zonder bijzonderheden, in de omgeving van patiënt waren geen zieken en hij was niet in het buitenland geweest. Behoudens drie katten waren er geen huisdieren. Bij lichamelijk onderzoek werd in de linkeroksel een pijnlijke mobiele zwelling van 2 cm gepalpeerd. De zwelling voelde vast aan, was niet rood en fluctueerde niet. De huid op de linkerarm en thorax toonde geen porte d'entrée. Abdominaal en in de hals werden diffuus erythemateuze laesies gezien en op de armen meerdere urticariae (zie *Figuur 1A*). Het overig lichamelijk onderzoek was niet afwijkend.

Vanuit de werkdiagnose bacteriële lymfadenitis werd gestart met amoxicilline/clavulaanzuur. Na drie giften van de antibiotica presenteerde patiënt zich opnieuw, ditmaal met een verergering van het huidbeeld en jeukklachten. We zagen een erythemateuze maculo-papuleuze uitslag op de achterzijde van de beide bovenbenen, rug, scheenbenen en bovenarmen (zie *Figuur 1B* en *1C*). De antibiotische therapie werd omgezet in clindamycine, na 48 uur werd echter geen verbetering gezien van het huidbeeld. Patiënt had eerder een kuur amoxicilline/clavulaanzuur gekregen zonder klachten.

Kunt u aan de hand van deze gegevens een diagnose stellen?

Antwoord van de vraagstelling op pagina 172.



Figuur 1. (A) Urticaria op de rechter bovenarm. (B) Erythemateus maculo-papuleus exantheem op de rug. (C) Morbilliforme huiduitslag op achterkant van de bovenbenen en billen.

¹co-assistent, ²kinderarts-infectioloog/immunoloog, ³kinderarts-pulmonoloog, afdeling Kindergeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Correspondentie graag richten aan: S.A.S. van der Bent, co-assistent, Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Kindergeneeskunde, Albinusdreef 2, 2333 ZA Leiden, tel.nr.: 071 526 28 22, e-mailadres: S.A.S.van_der_Bent@lumc.nl.

Belangenconflict: geen. Financiële ondersteuning: geen.

Ontvangen 6 mei 2013, geaccepteerd 3 juli 2013.

Antwoord van de vraagstelling op pagina 168

Huiduitslag bij axillaire lymfadenopathie *Kattenkrabziekte*

Serologie (ELISA) was positief voor IgM (3,48; N<1,5) tegen *Bartonella henselae*, verwekker van kattenkrabziekte. Onderzoek naar andere verwekkers zoals Epstein-Barr-virus, cytomegalievirus, *Staphylococcus aureus* en groep-A-streptokokken was negatief. Het maculopapuleuze exantheem en de urticaria werden daarom geïdentificeerd als onderdeel van het infectieus beeld. Urticaria bij clindamycine is zeldzaam en een reactie op amoxicilline/clavulaanzuur twee dagen na staken is minder waarschijnlijk gezien de korte halfwaardetijd. Bij allergologisch onderzoek werd geen type IV allergische reactie voor penicilline reeks aangetoond. Bij patiënt heeft de huiduitslag ongeveer één week aangehouden met een wisselende presentatie. De lymfadenopathie duurde ruim drie maanden.

De klassieke manifestatie van kattenkrabziekte is een regionale lymfadenitis die ontstaat na een krab, lik of beet van een kat. Bij het merendeel ontstaat na enkele dagen een of meerdere rode papels op de plek van inoculatie. Deze primaire papels worden vesiculae en na enkele dagen crustae, waarna ze verdwijnen.¹ De opvallende maculo-papuleuze huiduitslag is reeds vroeg beschreven bij kattenkrabziekte en komt in circa 4% van de gevallen voor.² Ook urticaria, erythema nodosum, erythema marginatum en erythema multiforme zijn beschreven. Verschillende infecties gaan gepaard met urticaria en maculo-papuleus exantheem, bacteriële infecties zijn echter minder vaak de oorzaak. Urticaria

ontstaat door het vrijkomen van mestcelmediatoren in de huid. Deze mediators zorgen voor een verhoging van de vasculaire permeabiliteit, vasodilatatie en hebben een chemotactische werking. De exacte rol en pathogenese van de activatie van de mestcelmediatoren door infectieuze processen is nog onduidelijk.³

De lymfadenopathie bij kattenkrabziekte ontstaat in een lymfeklierstation proximaal van de inoculatieplaats, meestal in de oksel, hals of elleboogplooï. Het bestaan van de lymfadenopathie kan enkele maanden tot zelfs jaren duren. Bij 1-3% van de patiënten manifesteert de ziekte zich met ontstekingshaarden in bot, lever, milt of long. Het beloop van kattenkrabziekte bij niet-immuuncompromitteerden is over het algemeen zelflimiterend. In de meeste gevallen is antibiotica niet geïndiceerd. Slechts één studie heeft kortdurend effect aangetoond van azitromycine op de lymfekliergrootte.⁴ Bij immuuncompromitteerden verloopt de infectie ernstiger. Typisch hiervoor zijn bacillaire angiomatose met soms een fulminant en dodelijk beloop.

Referenties

1. Piérard-Franchimont C, Quatresooz P, Piérard GE. Skin diseases associated with bartonella infection: Facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010;28:483-8.
2. Daniels WB, Macmurray FG. Cat scratch disease; report of one hundred sixty cases. *J Am Med Inform Assoc* 1954;154:1247-51.
3. Wedi B, Raap U, Wiczorek D, et al. Urticaria and infections. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2009;5:10.
4. Bass JW, Freitas BC, Freitas AD, et al. Prospective randomized double blind placebo-controlled evaluation of azithromycin for treatment of cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:447-52.