

Uw diagnose?

A. Kruijswijk¹, A.W.A. Koot², C. Richter³, S.H.D. Blankenberg-Sprekels⁴

(Tijdschr Infect 2016;11(5):178)

Ziektegeschiedenis

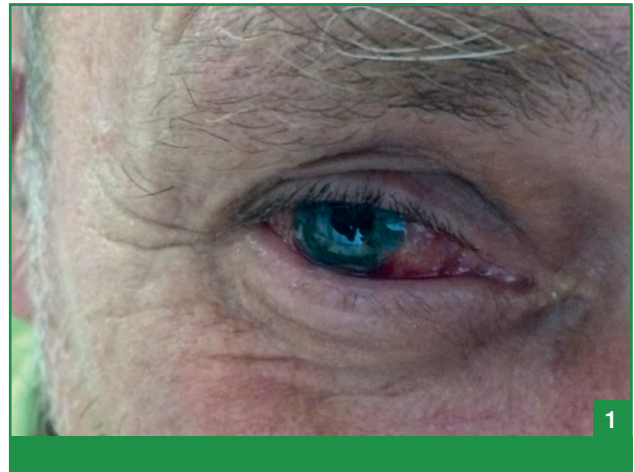
Een 60-jarige man met een blanco voorgeschiedenis presenteerde zich op de afdeling Spoedeisende Hulp met een sinds één dag bestaand rood en pijnlijk rechteroog. Tevens had patiënt klachten van een verminderde visus aan dit oog. Er was geen sprake van een door-gemaakt trauma. Vier dagen voor presentatie had patiënt koorts en een pijnlijke nek en schouders. In de overige tracti werden geen bijzonderheden opgemerkt.

Bij lichamelijk onderzoek bleek er sprake van koorts (temperatuur 38,8°C), tachycardie van 102 slagen/min en rhonchi over beide longen. Er werd geen cardiale soufflé gehoord en er werden geen overige endocarditis stigmata gevonden. Er was geen meningeale prikkeling. Oriënterend bloedonderzoek liet een verhoogde CRP-waarde (240 mg/l) zien. Een thoraxfoto toonde geen afwijkingen. Oogheelkundig onderzoek leverde, naast conjunctivale injectie, een visus van 0,16 OD (OS 1,0) en een niet-reactieve pupil rechts op. Tevens bleek er sprake van hypopyon en werden cellen in de voorste oogkamer beschreven (zie *Figuur 1*). Dankzij adequate en snelle behandeling is de visus volledig hersteld.

Middels Transoesofageale Echocardiografie (TEE) werd een mobiele vegetatie van de aortaklep gezien (doorsnede 14 mm) met middelmatige aortaklep insufficiëntie. De FDG-PET/CT-scan toonde een verhoogd metabolisme van het rechteroog en van de wervels C5-C6 en Th7-Th8. MRI bevestigde oedeem ter hoogte van C4-C6 met een verdenking op een abces aan de ventrale zijde van C6. Daarnaast beschreef deze MRI een spinale stenose bij C5-C6, veroorzaakt door prevertebrale en/of epidurale inflammatie (zie *Figuur 2*).

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

Antwoord van de vraagstelling vindt u op pagina 182.



Figuur 1. Rood, pijnlijk rechteroog met hypopyon.



Figuur 2. Spinale stenose bij C5-C6, veroorzaakt door prevertebrale en/of epidurale inflammatie. Beeld van abcesvorming in wervellichaam C6 aan ventrale zijde (zie pijl); Prevertebrale en epidurale inflammatie (op hetzelfde niveau als de pijl) waardoor kanaalstenose op niveau C5-C6. Geen tekenen van discitis. Met dank aan B.A.R. Tonino, Neuroradioloog, Rijnstate Arnhem.

¹ANIOS interne geneeskunde, afdeling Interne Geneeskunde ²ANIOS interne geneeskunde, afdeling Interne Geneeskunde, ³internist-infectioloog, afdeling Infectieziekten ⁴oogarts, afdeling Oogheelkunde, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem.

Correspondentie richten aan: mw. A. Kruijswijk, ANIOS interne geneeskunde, afdeling Interne Geneeskunde, Rijnstate Ziekenhuis, Wagnerlaan 55, 6815 AD, Arnhem, tel.nr.: 088-0058888, e-mailadres: akruiswijk@rijnstate.nl.

Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

Ontvangen 29 juni 2015, geaccepteerd 26 oktober 2015.

Antwoord van de vraagstelling op pagina 178

Diagnose

Binnen 24 uur werden bloed- en glasvochtkeuken positief voor *Streptococcus agalactiae* (*S. agalactiae*). Samen met de bevindingen van de TEE en scans, werd bij deze patiënt een *S. agalactiae*-bacteriëmie met een endogene endoftalmitis, endocarditis en spondylodiscitis gediagnosticeerd. *S. Agalactiae*, beter bekend als Groep B-streptokokken (GBS), is een β -hemolytische, grampositieve bacterie. GBS is vooral berucht bij neonaten, maar blijkt een zeldzame, doch groeiende oorzaak van invasieve infectie bij volwassenen te zijn. Zo verdubbelde de incidentie van een GBS-bacteriëmie bij volwassenen tot 7,3 casus per 100.000 personen in de afgelopen twintig jaar.¹ Het zorgde in deze groep voor een mortaliteit van 7,5-14%.^{1,2} Bij de door GBS veroorzaakte spondylodiscitis blijkt met name de lumbosacrale regio te zijn aangedaan (81% van de gevallen), gevolgd door de cervicale wervelkolom (12,5%) en de thoracale wervelkolom (6,5%). Endogene endoftalmitis ten gevolge van GBS-bacteriëmie is zeer zeldzaam, en de visus heeft ondanks adequate therapie een slechte prognose.³ De meest voorkomende oorzaken van deze hematogene verspreiding zijn cutane infecties, faryngitis, pneumonie of een onbekend focus.

Septische artritis (38,9%) en endocarditis (33,3%) werden vaker gelijktijdig beschreven met endoftalmitis. Een behandeling van zes weken met benzylpenicilline is therapie van keuze.⁴ Over additie van gentamicine in de eerste twee weken is geen consensus.² In onze casus werd geen oorzaak gevonden voor de bacteriëmie. In verband met een voorgeschiedenis van langdurig roken en de beschreven rhonchi bij lichamelijk onderzoek, zou COPD een rol kunnen hebben gespeeld. Deze casus illustreert dat een GBS-infectie bij volwassenen kan leiden tot een fulminant klinisch beloop. Dit maakt een snelle diagnose en adequate interventie van groot belang. Een rood oog kan hiervoor de eerste aanwijzing zijn.

Referenties

1. Skoff TH, et al. Increasing burden of invasive group B streptococcal disease in nonpregnant adults, 1990-2007. *Clin Infect Dis* 2009;49(1):85-92.
2. Abdelghany M, et al. Group B streptococcal infective endocarditis. *J Infect Public Health* 2014;7(3):237-9.
3. Lee S, et al. Group B Streptococcus endogenous endophthalmitis: case reports and review of the literature. *Ophthalmology* 2002;109(10):1879-86.
4. Narvaez J, et al. Group B streptococcal spondylodiscitis in adults: 2 case reports. *Joint Bone Spine* 2004;71(4):338-43.