

Uw diagnose?

dr. W.A. Nienhuis¹, dr. M. Hoogendoorn², J.W. Koopmans³, dr. R.E. Kibbelaar⁴, dr. A. Bart⁵, dr. M.G.A. van Vonderen⁶

(Tijdschr Infect 2013;8(3):99)

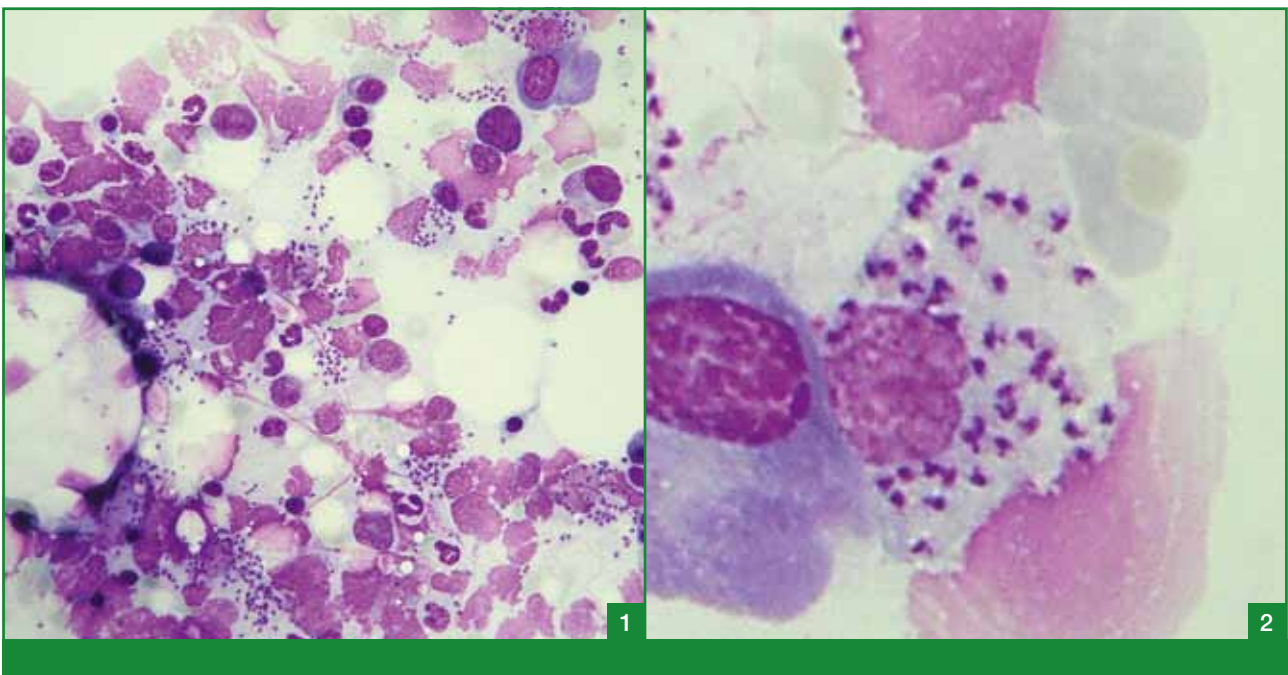
Ziektegeschiedenis

Een 58-jarige Nederlandse vrouw met als enige voorgeschiedenis een basaalcelcarcinoom en een planocellulair carcinoom presenteerde zich op de polikliniek Interne Geneeskunde met sinds langere tijd bestaande malaise, verminderde eetlust en zes kilogram gewichtsverlies. Kort voor presentatie was er ook misselijkheid, pijn in de bovenbuik en nachtzweeten. Bij lichamelijk onderzoek werden geen bijzonderheden gevonden. Biochemisch onderzoek toonde een microcytaire anemie (Hb 6,3 mmol/L, MCV 75 fl), een leukopenie ($2,0 \times 10^9/L$), een acute fase reactie (CRP 103 mg/L, BSE 71 mm/1^e uur, ferritine 880 ug/L) en een hypergammaglobulinemie met

een M-proteïne (totaal IgA 0.6 g/L, totaal IgG 28,9 g/L (IgG kappa 5,3 g/L), totaal IgM 1,2 g/L). Differentiaal-diagnostisch werd gedacht aan een hemato-/oncologische ziekte, een virale infectie, tuberculose of endocarditis lenta. Aan de hand hiervan werd aanvullend onderzoek ingezet. Een echo abdomen toonde een forse milt (11,6 cm). Beeldopnames van cytologie van het beenmergonderzoek lieten geen twijfel bestaan over de verrassende diagnose van onze patiënte (zie *Figuur 1 en 2*).

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

Antwoord van de vraagstelling op pagina 103.



Figuur 1. Beenmerguitstrijk met giemsa-kleuring.

Figuur 2. Uitvergroting van een macrofaag in beenmerguitstrijk met giemsa-kleuring.

¹AIOS Longziekten, afdeling Longziekten, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden, ²internist-hematoloog, afdeling Interne Geneeskunde, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden, ³hemato-morfologisch analist, Laboratorium Hematologie, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden, ⁴patholoog, Pathologie Friesland, Leeuwarden, ⁵moleculair bioloog, sectie Parasitologie, afdeling Medische Microbiologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, ⁶internist-infectioloog, afdeling Interne Geneeskunde, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden.

Correspondentie graag richten aan: dr. W.A. Nienhuis, AIOS longziekten, afdeling Longziekten, Medisch Centrum Leeuwarden, Postbus 888, 8901 BR Leeuwarden, tel.: 058 286 3806, e-mailadres: willemien.nienhuis@ZNB.nl.

Belangenconflict: geen. Financiële ondersteuning: geen.

Ontvangen 14 januari 2013, geaccepteerd 24 april 2013.

Antwoord van de vraagstelling op pagina 99

Het beeld van amastigoten (parasitaire inclusions met een nucleus en een DNA-bevattende kinetoplast) in macrofagen is eenduidig voor de diagnose viscerale leishmaniasis.^{1,2} Leishmaniasis is een protozoaire infectie en kent een cutane, mucocutane en viscerale vorm (Kala-Azar). Viscerale leishmaniasis wordt veroorzaakt door de soorten *Leishmania donovani* of *Leishmania infantum* en wordt overgebracht door een zandvlieg, die nachtelijk prikt. De grootste ziektelast van viscerale leishmaniasis ligt in Oost-Afrika, het Indiase subcontinent en Brazilië. De infectie kan echter ook in het Middellandse Zeegebied worden opgelopen (zie *Figuur 3*).^{3,4} De incubatietijd ligt tussen de twee en de zes maanden, maar kan wisselen van weken tot jaren. In Nederland wordt vijf tot tien maal per jaar de diagnose gesteld, doorgaans bij patiënten met een reisgeschiedenis in Zuid-Europa.⁵ De kliniek varieert van asymptomatisch tot koorts met pancytopenie, (hepato)splenomegalie, anorexie en hypergammaglobulinemie. Diagnostiek kan worden verkregen door het aantonen van amastigoten in beenmerg, milt of lever. Meestal wordt echter gekozen voor een minder invasieve kwalitatieve antigeensneltest, een directe agglutinatietest in bloed of een polymerase kettingreactie ('polymerase chain reaction', PCR), alle zeer specifiek en sensitief.² De voorkeursbehandeling in Europa bestaat uit liposomaal-amfotericine B of miltefosine, beide meer dan 90% effectief. Miltefosine is goedkoper en wordt oraal gegeven, maar heeft meer gastrointestinale bijwerkingen en is teratogeen.²⁻⁴

Onze patiënte bleek één jaar voor presentatie op Samos, Griekenland, te zijn geweest. Zij werd behandeld met miltefosine waarna haar bloed PCR-negatief werd getest voor *L. donovani/infantum complex*. Zes maanden na behandeling ontwikkelde zij een PCR-geconfirmeerd



Figuur 3. Viscerale leishmaniasis in het Middellandse Zeegebied. Endemische gebieden zijn rood gearceerd. Met toestemming overgenomen van referentie 3 (© 2004 en 2007 Macmillan Publishers Ltd., NPG).

recidief van infectie. Na behandeling met liposomaal-amfotericine B herstelde zij.

Referenties

1. Sundar S. Leishmaniasis. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J (eds), Harrison's Principles of Internal Medicine, 18e. New York, McGraw-Hill Companies, 2012.
2. Srividya G, Kulshrestha A, Singh R, et al. Diagnosis of visceral leishmaniasis: developments over the last decade. *Parasitol Res* 2012;110:1065-78.
3. Chappuis F, Sundar S, Hailu A, et al. Visceral leishmaniasis: what are the needs for diagnosis, treatment and control? *Nature Reviews Microbiology* 2007;5:S7-16.
4. Pavli A, Maltezou HC. Leishmaniasis, an emerging infection in travelers. *Int J Inf Dis* 2010;14:e1032-9.
5. LCI richtlijn Leishmaniasis. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Te raadplegen op: http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Leishmaniasis (geraadpleegd 7 januari 2013).