

Een potentieel fatale complicatie van een tonsillitis

Casus

Een jongeman, 26 jaar, komt bij de huisarts met keelklachten en zweetaanvallen zonder koorts. Inspectie van mond- en keelholte laat rode tonsillen zien en aan beide zijden zijn cervicaal enkele klieren palpabel. De huisarts stelt expectatief beleid voor en vraagt de patiënt terug te komen indien de klachten niet over gaan. Een week later meldt hij zich op de huisartsenpost omdat hij sinds vijf dagen ook koorts heeft en eigenlijk alleen maar zieker wordt. Er wordt gestart met een kuur feneticilline. Ruim een week later komt hij terug bij zijn eigen huisarts met opnieuw, na de kuur antibiotica, koorts en keelklachten. Ditmaal ziet de huisarts bij het onderzoek een pijnlijke pingpongbalgrote, niet-fluctuerende zwelling hoog cervicaal links. De huisarts denkt aan een geïnfecteerde lymfeklier en laat bloedonderzoek doen. Dit laat een beeld passend bij een bacteriële infectie zien [tabel 1] waarop de huisarts besluit te behandelen met amoxicilline/clavulaanzuur. Enkele dagen later meldt de jongen zich op de huisartsenpost met een enorm pijnlijke nek en slikklachten. Omdat op dat moment alarmsymptomen ontbreken wordt hij met instructies naar huis gestuurd. Een week later verschijnt de jongen weer op het spreekuur omdat hij hoofd- en nekpijn blijft houden en tevens koorts heeft. Inmiddels is uit serologie een recente EBV-infectie naar voren gekomen [tabel 2] en onder de waarschijnlijkheidsdiagnose spanningshoofdpijn bij Pfeiffer adviseert de huisarts hem pijnstillers, rust en nek oefeningen. Ruim een week later meldt hij zich opnieuw. Hij voelt zich helemaal niet lekker, heeft weer koorts gehad, is duizelig, heeft eenmalig overgegeven en slaapt al dagen niet door de pijn in zijn nek. Hij kan zijn nek ook nauwelijks bewegen. Bij onderzoek bedraagt zijn lichaamstemperatuur 36,7 graden Celsius, zijn bloeddruk 80/50 mmHg en zijn hartfrequentie

is 108/min. Inspectie van mond- en keelholte laat geen afwijkingen zien. Onder de diagnose 'septische shock' wordt de patiënt met spoed naar het ziekenhuis gestuurd.

Aldaar ziet de internist een zieke patiënt met vooral een pijnlijke, mogelijk zelfs nekstijve, hals met zwelling aan de rechter laterale zijde. In de keel wordt geen roodheid waargenomen met de uvula in midline. Het laboratoriumonderzoek laat een doorgestegen CRP zien (166 mg/l) en een leukocytose (22x10⁹/l). De verrichte X-thorax en het urinesediment wijzen niet op een infectie. Gedacht wordt aan een mononucleosis infectiosa met daarbij een (bacteriële) superinfectie met nog onduidelijk focus of zelfs meningeaal prikkeling mogelijk bij een (bacteriële) meningitis. Bloed- en urinekwaken worden afgenomen, en serologie naar EBV, CMV en hiv wordt ingezet. De patiënt wordt opgenomen en krijgt cefuroxim intraveneus. Een liquorpunctie is negatief voor een infectie. Een X-CWK laat geen structurele afwijkingen zien.

Bloedkwaken blijken na enkele dagen positief voor *Streptococcus constellatus*, waarna men overgaat op penicilline intraveneus. Om osteomyelitis of een (retrofaryngeaal) absces uit te sluiten wordt een CT-hoofd-hals gemaakt; deze toont beide niet aan. Wel wordt een uitsparing in de linker veneuze sinus, doorlopend tot in de vena jugularis links gezien. Echografie laat een vena jugularis zonder flow zien. De CT-beelden zijn te duiden zijn als een trombose van de sinus transversus en sigmoïdeus links, doorlopend in de vena jugularis en passend bij het syndroom van Lemierre. Na 14 dagen intraveneuze antibiotica is de patiënt goed opgeknapt en kan hij naar huis. Hij wordt nabehandeld met 14 dagen amoxicilline/clavulaanzuur oraal, omdat er sprake is van een geïnfecteerde trombus, en met 6 maanden acenocoumarol.

Faryngotonsillaire infecties komen in de huisartsenpraktijk veelvuldig voor en hebben over het algemeen een gunstig natuurlijk beloop met spontane genezing. Door huidige antimicrobiële behandelingen zijn complicaties zeldzaam geworden. De patiënt die wij hier bespreken ontwikkelde echter na 'onschuldige' keelpijn en malaise een potentieel levensbedreigend ziektebeeld. Het is belangrijk hierop bedacht zijn.

BESCHOUWING

Het syndroom van Lemierre bestaat uit een tromboflebitis van de vena jugularis interna aansluitend op een orofaryngeale infectie die zich verspreidt naar de laterale faryngeale ruimte via lymfogene vaten. De aandoening kan gecompliceerd worden door septische embolieën. Het syndroom wordt

Tabel 2 Serologisch onderzoek

Bepaling	Uitslag
EBV VCA-IgM	positief
EBV VCA-IgG	positief
EBV EBNA-IgG	negatief

voornamelijk veroorzaakt door de gramnegatieve anaëroobe bacterie *Fusobacterium necrophorum* maar doet zich ook voor bij de bacteroidesbacterie en bij streptokokken. Het is belangrijk dat huisartsen weten dat deze complicatie zich bij een keelinfectie kan voordoen, omdat vroege herkenning essentieel is. Tijdige behandeling met intraveneuze antibiotica leidt tot minder morbiditeit en sterfte. Indien een patiënt zich meldt met een pijnlijke gezwollen hals na een faryngotonsillaire infectie dient men altijd bedacht te zijn op dit syndroom. ■

Tabel 1 Laboratoriumonderzoek

Bepaling	Uitslag	Referentiewaarde
CRP	64	< 10 mg/l
Hb	7,7	8,5-11,0 mmol/l
M.C.V.	92	82-98 fl
Leucocyten	18,8	4,0-10,0x10 ⁹ /l
Trombocyten	295	150-400x10 ⁹ /l

UMC St. Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: A. van Berkel, co-assistent; Rijnstate Ziekenhuis Arnhem: M. Derikx, arts-assistent interne geneeskunde; Rijnstate Ziekenhuis Arnhem: dr. C. Richter, internist-infectioloog; J. Roos, huisarts in Arnhem • Correspondentie: A.vanBerkel@student.ru.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.