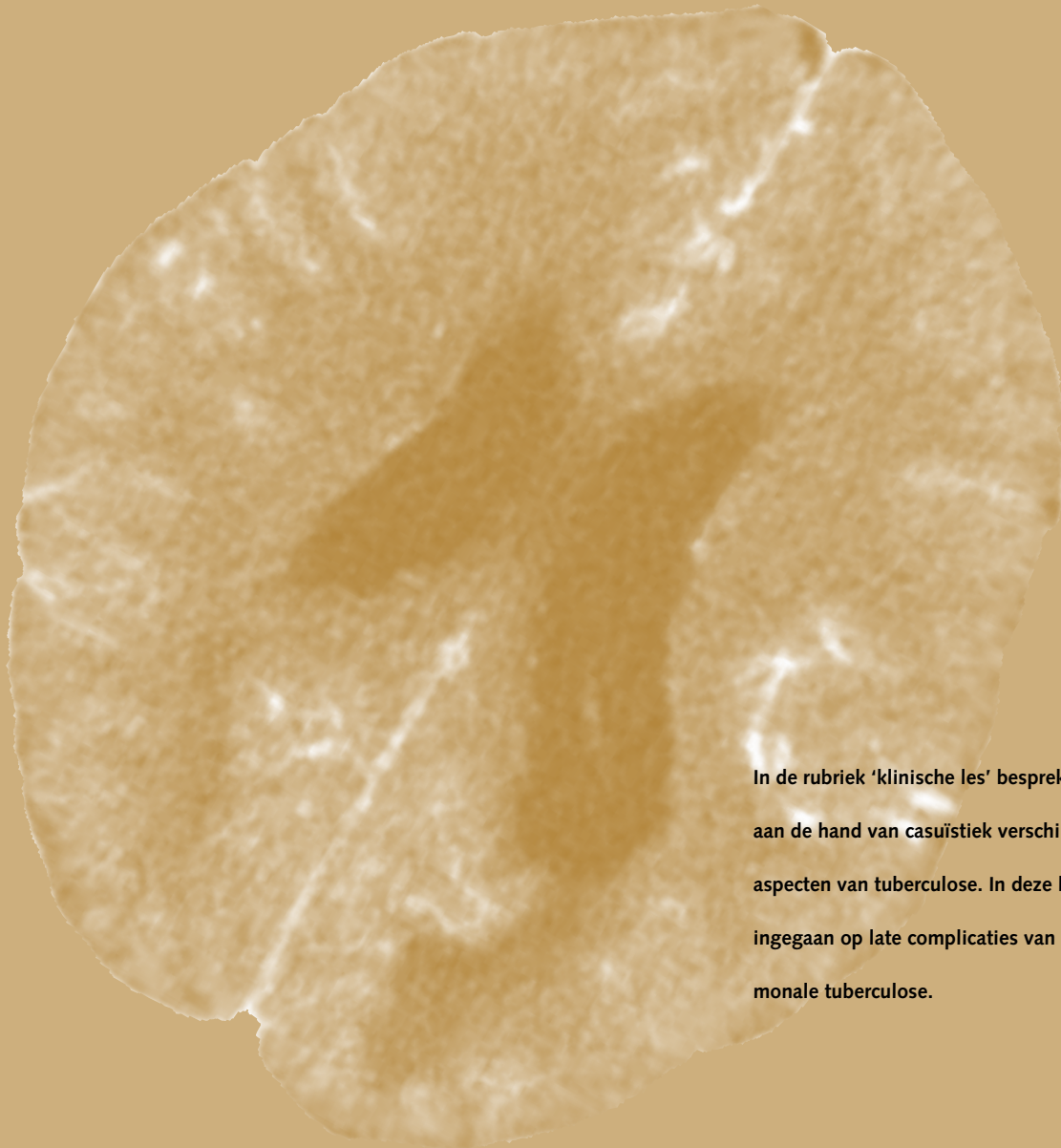


KLINISCHE LES

# Late complicaties van extrapulmonale tuberculose



In de rubriek 'klinische les' bespreken we aan de hand van casuïstiek verschillende aspecten van tuberculose. In deze les wordt ingegaan op late complicaties van extrapulmonale tuberculose.

**D**e eerste casus van deze les betreft een 29-jarige hiv-negatieve man van Surinaamse afkomst. Hij komt op de spoedeisende hulp met sinds vijf weken bestaande klachten van hoesten, thoracale pijn links, nachtzweeten, koorts en gewichtsverlies tot in totaal 20 kg. Sinds drie maanden heeft hij een zeer pijnlijke, gezwollen linkerknie. Na een diagnostische punctie van het gewricht in een ander ziekenhuis werd hij daar gerustgesteld.

Bij presentatie heeft hij een snelle hartslag bij een snelle ademhaling zonder koorts. Een thoraxfoto toont een volledige pneumothorax links; binnen het gecollabeerde longweefsel is een consolidatie met suggestie van holtevorming te zien. Hij heeft een hoog CRP van 204 mg/l, een bezinking van 116 mm/uur en een anemie (Hb 5.9 mmol/l). Uit de knie wordt pus gepuncteerd dat auramine 2 positief en GeneXpert positief is. Het sputum is auramine 3 positief en kweek van alle materialen wordt snel positief.

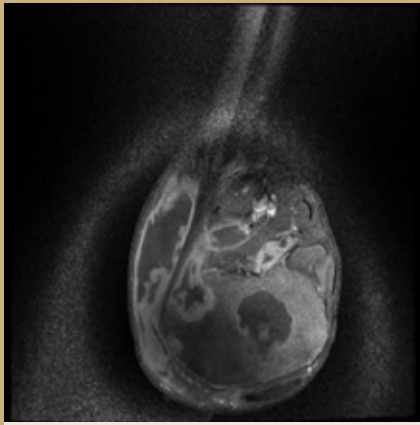
Behandeling bestaat uit drainage van de pneumothorax, antibiotica gericht op een banale verwekker van een septische artritis en vier eerste-lijns tbc-middelen. Omdat er eerst te lage spiegels van zowel rifampicine als isoniazide zijn, duurt het even voordat er klinische verbetering optreedt. Na anderhalve week kan de thoraxdrain worden verwijderd. De vier abscessen in de knie (zie Afbeelding 1 op de volgende pagina) worden door de orthooped gedraineerd. Strekken van de knie blijft extreem pijnlijk met als gevolg een gefixeerde buigstand. Een artroscopie vier weken later toont een destructie van de normale structuren met zeer uitgebreide fibrose en uitgebreid verlies van kraakbeen. Omdat patiënt moeilijk te motiveren was tot bewegen en zijn conditie zeer matig bleef, regelden we in overleg met hem overplaatsing naar het Tuberculosecentrum Beatrixoord. Daar is hij na twee maanden 3 kg aangekomen en kan hij zichzelf goed redden met gipskorset. Verdere behandeling van zijn tuberculose vindt poliklinisch plaats met medebehandeling door de orthopeden. Aan het eind van de medicamenteuze behandeling heeft hij nog steeds pijn aan de knie waarbij uiteindelijk een gefixeerde strekstand is ontstaan. Zitten is hierbij nauwelijks mogelijk.

## Casus 2

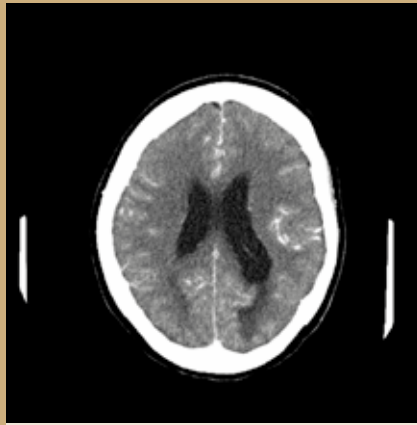
Een 41-jarige Marokkaanse vrouw, moeder van vier kinderen, wordt naar de spoedeisende hulp gebracht met al langere tijd klachten van hoofdpijn, misselijkheid en braken. Ze is zeer verward en herkent zelfs haar partner niet meer. Het bewustzijn is duidelijk verminderd en er is hersenzenuwuitval (nervus III en VI). De CT en MRI van de hersenen tonen een basale meningitis, een massa pariëtaal en een hydrocephalus (zie Afbeelding 2). Bij een liquorpunctie ontstaat een inklemming (herniatie van het cerebellum in het foramen magnum) waarop patiënte ernstig neurologisch verslechtert met wijde lichtstijve pupillen en een ademhalingsstilstand. Patiënte wordt hierop beademd en er wordt een drain geplaatst die de liquor afvoert en daarmee de druk vermindert.

Onder verdenking van meningitis tuberculosa wordt direct met behandeling van tuberculose gestart, gecombineerd met hoge doseringen dexamethason. De diagnose wordt door een PCR op tuberculose in de liquor en later ook in een hersenbiopt bevestigd.

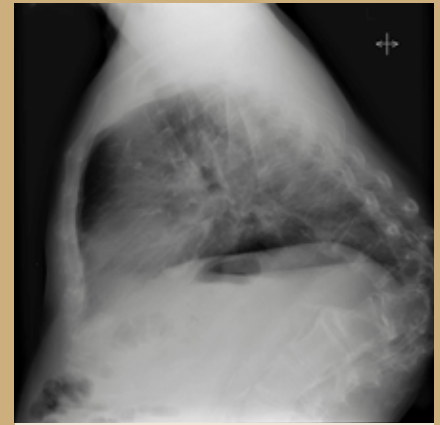
In de drie maanden opname in het ziekenhuis heeft ze een wisselend gestoord bewustzijn, visusstoornissen en een parese van armen en benen. Ondanks plaatsen van een blijvende liquordrain is ze vrijwel volledig bedlegerig en niet in staat tot eten of drinken. Ze wordt overgeplaatst naar een verpleeghuis waar ze sondevoeding krijgt. Een jaar later volgt heropname vanwege toenemende somnolentie, waarbij er sprake blijkt van epilepsie, later gecomplici-



AFBEELDING 1 (CASUS 1):  
KNIEGEWRICHT VOL ABCESENEN



AFBEELDING 2 (CASUS 2):  
TE WIJDE CENTRALE LIQUORRUIMTEN  
PASSEND BIJ HYDROCEPHALUS



AFBEELDING 3 (CASUS 3):  
VERVORMING VAN DE THORAX MET  
ERNSTIGE KYPHOSE

ceerd door een longontsteking. Een half jaar later volgt er een opname met een urosepsis. Daarna volgen herhaalde opnames wegens liquordraindysfunctie, en recidieven van de urosepsis. Uiteindelijk overlijdt ze aan een recidief urosepsis, vijf jaar na de diagnose meningitis tuberculosa.

### Casus 3

De laatste casus betreft een Nederlander die op driejarige leeftijd van 1948-1952 gekuurd heeft voor een werveltuberculose waarbij later drie wervels zijn vastgezet. Zijn moeder had longtuberculose.

Van zijn 15e tot zijn 17e wordt hij opnieuw opgenomen in een sanatorium, nu voor een negentien maanden durende medicamenteuze behandeling, waarvan de zes dagelijkse doseringen PAS (ook in de nacht) heel veel indruk maken. Door het ontstaan van een werveldeformatie (zie Afbeelding 3) wordt hij maar 1,53 m lang, 20 cm korter dan de voorspelde lengte van 1,73 m. Sporten kan hij

daarna niet meer, en hij houdt altijd moeite met doorzuchten en ophoesten.

Hij wordt nu op zijn 71e gezien met hoestklachten. Longfunctieonderzoek toont halvering van zijn longfunctie door de werveldeformatie, zonder verdere longpathologie, en met name geen aanwijzingen voor een recidief tuberculose waar patiënt erg bang voor is. Uiteindelijk verbetert zijn hoestklachten geleidelijk door het ophogen van zijn inhalatiemedicatie.

### Bespreking

Hoewel tuberculose meestal restloos geneest, is er bij gewrichts- en werveltuberculose, urogenitaal tuberculose (infertiliteit en nierfunctieverlies) en vooral bij meningitis tuberculosa (neurologische schade) grote kans op restverschijnselen.

Tuberculose kan zelf direct de schade geven (zoals bij de wervel-/gewrichtsdestructie), maar ook de medicamenteuze therapie kan oorzaak zijn van blijvende schade, zoals lever-

schade bij gebruik van eerstelijns tbc-middelen en gehoorschade bij gebruik van aminoglycosides. Ook een niet medicamenteuze behandeling kan schade geven. Bij casus 2 lijkt aanvullende schade ontstaan te zijn door de liquorpunctie die leidde tot inklemming. Bij casus 3 is de vraag of het uitsluitend de tuberculose is geweest die de ernstige deformatie gegeven heeft of dat dit op zijn minst ten dele ook veroorzaakt werd door de chirurgie op zeer jonge leeftijd.

In het Nationaal plan tuberculosebestrijding 2016-2020 wordt juist bij complexe vormen van tuberculose die bekend staan om de restafwijkingen, zoals meningitis tuberculosa en werveltuberculose, geadviseerd de behandeling in de tuberculosecentra of in elk geval onder supervisie van longartsen van deze centra te laten plaatsvinden. Dit laat onverlet dat vroege diagnosestelling en daarmee vroeg starten van de behandeling zeer belangrijk blijft. Zeker bij extrapulmonale tuberculose kan dit een uitdaging zijn. ■

## BERICHTEN

### Den Haag

Vanaf 1 januari 2016 is **Shelley Gibson** niet meer werkzaam als sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding bij de GGD Haaglanden.

### Groningen

Vanaf 1 januari is **Jolijn de Vries** werkzaam als sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding bij de GGD Groningen.

### Lelystad

**Jolie van Beers** is op 1 januari 2016 gestart als sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding bij de GGD Flevoland.

### Rotterdam

Sinds 1 maart 2016 is **Margreet Kamphorst** gestopt als arts tbc-bestrijding bij de GGD Rotterdam-Rijnmond.