



Mis de boosdoener niet!

C. De Cuyper

Een 64-jarige patiënt wordt sinds vele jaren op de dienst Huidziekten opgevolgd voor actinische keratosen en plaveiselcelcarcinomen. Hij onderging op 41-jarige leeftijd een niertransplantatie, na jarenlange hemodialyse wegens chronische glomerulonefritis. Hij lijdt aan chronische hepatitis C, heeft uitgesproken perifeer vaatlijden en maakte herhaaldelijk ernstige huidinfecties door. Hij werd ook behandeld voor onychomycose van de rechterduim veroorzaakt door *Fusarium species*. Sinds kort vertoont hij progressieve invaliderende artritis van beide handen met zwelling, roodheid en drukpijn ter hoogte van meerdere gewrichten. Hij vertoont een klein drainerend wondje op de dorsale zijde van het tweede metacarpofalangeaal gewricht van de rechterhand (figuur 1). Bij de volgende controle is er ook een fisteltje aan de rechteringvinger.



Figuur 1. Opgezet metacarpofalangeaal gewricht van de tweede straal met een klein korstje, waaronder zich een drainerend wondje bevindt.



Figuur 2. Radiologie: invaliderende artritis met ulnaire deviatie van de vingers; calcificatie van de bloedvaten en de vroegere dialysefistel links.

Zijn onderhoudsmedicatie bestaat uit azathioprine (Imuran®) alternerend 75/100 mg per dag, methylprednisolone (Medrol®) 4 mg per dag, calciumcarbonaat 1 g/d, alendroninezuur (Fosamax®) 70 mg/week, buflomedil (Loftyl®) 600 mg/d, clopidogrel (Plavix®) 1 co/d en calcitriol (Localtrol®) 0,25 microgram/d.

ONDERZOEK

Radiologisch onderzoek van de beide handen aangevuld met CT-scan toont uitgesproken osteopenie. Er is duidelijk kraakbeenverlies, meest uitgesproken ter hoogte van de metacarpofalangeale gewrichten met subluxatie naar ulnair, en van de interfalangeale gewrichten 2, 3, 4 en 5 alsook cystische afwijkingen in de kop van metacarpaal 2 en de kop van de proximale falanx van straal 4 rechts. Focaal is er op de beelden van de weke delen een beperkte hoeveelheid vocht te zien in de synovia van deze gewrichtjes. Er zijn geen abceshaarden merkbaar. Er zijn uitgebreide calcificaties in de vaatstructuren zichtbaar (figuur 2).

Bij de eerste vaststelling van de afwijkingen ter hoogte van de rechterhand is het routinebloedonderzoek normaal. Het bloed-

beeld is binnen de normale waarden, CRP: 0,9 mg/dL, creatinine: 0,64 mg/dL, normale levertesten. Aanvullende reumatesten zijn negatief.

De zuurvaste kleuring van het wondvocht van de rechterhand is sterk positief (meer dan tien bacillen per veld). Bij de wondkweek wordt *Mycobacterium chelonae* geïsoleerd.

Voor de infectie met atypische mycobacteriën wordt een behandeling met claritromycine 2 x 500 mg/dag ingesteld. Deze behandeling wordt gedurende elf maanden ononderbroken voortgezet. Na het stopzetten van deze medicatie flakkert de ontsteking op met roodheid en pijnlijke zwelling ter hoogte van de aangetaste gewrichten, zodat de behandeling hervat dient te worden. Daarmee blijft de toestand stabiel. De man overlijdt drie jaar na de diagnose ten gevolge van cardiomyopathie met hartfalen.

BESPREKING

De diagnose van pseudoreuma wordt gesteld op basis van de kliniek van een snel evoluerende artritis met ulnaire deviatie

en negatieve reumatesten. De rol van *Mycobacterium chelonae* wordt hierbij onderzocht. In het geval van reactieve artritis bij patiënten met tuberculose, ook bekend onder de naam poncet-artritis, is er geen infectieus agens aantoonbaar op de aange-taste gewrichten, maar is er wel tuberculose gediagnosticeerd in andere organen. Bij onze patiënt was er een snel evoluerende en invaliderende gewrichtsaantasting aan beide handen, en werd er ter hoogte van de rechterhand *Mycobacterium chelonae* geïsoleerd uit een kleine wond in verbinding met het metacarpofalangeaal gewricht. [1] Het is onduidelijk of het hier gaat om een primaire infectie dan wel om een bijbesmetting na ulceratie. [2] De behandeling met claritromycine had duidelijk een gunstig effect op de ontstekingsverschijnselen in alle gewrichten, maar kon geen definitieve genezing bewerkstelligen. [3] De onderliggende immunosuppressie is vermoedelijk

mede verantwoordelijk voor het aanslepend karakter. Deze casus onderstreept het belang van een gerichte monsterafname en kweek. De mogelijkheid van opportunistische infecties moet steeds overwogen worden bij patiënten met gestoorde immuniteit.

LITERATUUR

1. Fehr A, El-Nouby F, Eltony AA, Abdelkareem Y, Bogdady S. Poncet disease, tuberculosis-arthritis: a case report in upper Egypt and a review of the literature. *Egypt Rheumatol Rehabil* 2017;44:39-42.
2. Mateo L, Rufi G, Nolla JM, Alcaide F. *Mycobacterium chelonae* tenosynovitis of the hand. *Semin Arthritis Rheum* 2004;34(3):617-22.
3. Wallace RJ, Tanner D, Brennan PJ, Brown BA. Clinical trial of clarithromycin for cutaneous (disseminated) infection due to *Mycobacterium chelonae*. *Ann Intern Med* 1993;119(6):482-6.

SAMENVATTING

Een 64-jarige niertransplantatiepatiënt biedt zich aan met een klein drainerend wondje op de dorsale zijde van het tweede metacarpofalangeaal gewricht van de rechterhand. Hij vertoont ook progressieve invaliderende artritis van beide handen. Uit een wondkweek wordt *Mycobacterium chelonae* geïsoleerd. Een maandenlange behandeling met clarithromycine brengt de inflammatie onder controle, niet enkel ter hoogte van het fisteltje doch ook aan de andere gewrichten van beide handen. Recidief wordt echter vastgesteld na het stopzetten van de medicatie. Transplant-patiënten hebben vaak multipole cutane manifestaties als gevolg van hun behandeling. Dit was eveneens het geval bij onze patiënt. Deze casus illustreert het belang van alert zijn voor opportunistische infecties bij patiënten onder chronische immunosuppressie.

TREFWOORDEN

mycobacterium chelonae – artritis – immunosuppressie – clarithromycine

SUMMARY

A 64-year-old renal transplant patient presents with a small fistula on the dorsal aspect of the second metacarpophalangeal joint of the right hand. He suffers from progressive debilitating arthritis of both hands. A wound culture yields *Mycobacterium chelonae*. The infection is treated for several months with clarithromycin with good effect on the fistula and all other joints. However, flare-up of the inflammation is noticed when the drug is stopped. Transplant patients often suffer from cutaneous diseases due to their therapy. This case underlines that one should always be vigilant for opportunistic infections in patients who are chronically immunocompromised.

KEYWORDS

mycobacterium chelonae – arthritis – immunosuppression – clarithromycin

Gemelde (financiële) belangenverstremgeling
Geen

CORRESPONDENTIEADRES

Christa De Cuyper

E-mail: christa.decuyper@outlook.be