

Pleuravocht

Diagnose: pleurale tuberculose

De klachten van onze patiënt leken – nog vrij specifiek – passend bij een pulmonaal probleem, waarbij gezien de afkomst tuberculose hoog in de differentiaaldiagnose hoort te staan. Differentiaaldiagnostisch werd verder gedacht aan een bacteriële pneumonie met pleuravocht dan wel pleura-empyeem, een opportunistische infectie bij hiv, een virale pneumonie of, veel minder waarschijnlijk, een maligniteit of een auto-immuunziekte. Daarbij vertelde onze patiënt uit schaamte voor de diagnose mogelijk niet het hele verhaal (via een tolk), want naast pijn op de borst, wisselend koorts en benauwdheid bleek hij tijdens opname wel te hoesten en bleek hij ook te zijn afgevallen. Het bloedonderzoek toonde verhoogde infectieparameters (BSE 60 mm/u, CRP 138 mg/l).

De X-thorax toonde pleuravocht rechts, zonder intrapulmonale afwijkingen of lymfadenopathie. Als onze patiënt uit Nederland afkomstig was geweest, was dit beeld waarschijnlijk geduid als het gevolg van een *community-acquired* pneumonie. Vanwege zijn afkomst was de a-priorikans op tuberculose echter zo groot dat onderzoek naar tuberculose werd ingezet (naast onderzoek naar de overige ziektebeelden in onze DD). Bij pleurale tuberculose is het pleuravocht bijna altijd unilateraal aanwezig en in hoeveelheid weinig tot matig (een volledig gesluisde hemithorax is een zeldzaamheid). Bij patiënten met pleurale tuberculose is er vrijwel nooit aantasting van andere organen of lymfeklieren. Wel kan pleurale tuberculose gepaard gaan met pulmonale tuberculose of onderdeel zijn van gedissemineerde tuberculose (vooral bij patiënten die ook hiv-geïnfecteerd zijn). Er moet altijd worden gestreefd naar bacteriologische bevestiging van de diagnose met microscopisch onderzoek, kweek en PCR. In dit geval werd pleuravocht verkregen. Het aspect van het pleuravocht, namelijk helder geel, ondersteunt de diagnose tuberculose, zeker bij afwezigheid van tekenen van hartfalen, cirrose of longembolie. In de Engelse literatuur wordt gesproken over *straw-coloured* materiaal. In landen zoals Eritrea waar de incidentie van tuberculose hoog is, wordt op basis van deze kleur van het pleuravocht de werkdiagnose (pleurale) tuberculose gesteld en gestart met medicamenteuze behandeling met tuberculostatika.

De biochemische karakteristieken zijn net als bij een *community-acquired* pneumonie passend bij een exsudaat; lage pH (al sluit een pH > 7,4 tuberculose niet volledig uit), totaal eiwit normaal tot verhoogd, LDH verhoogd en glucose verlaagd ten opzichte van de serumwaarde. Vooral onderscheidend is het opvallend hoge lymfocytenaantal (percentage > 50% van de leukocyten) bij tuberculose. Microscopisch onderzoek op zowel sputum als pleuravocht toonde bij de ziehl-neelsenkleuring en de auraminekleuring geen zuurvaste staven. De PCR van het pleuravocht was positief voor *Mycobacterium tuberculosis* (de PCR van het sputum was negatief). De kweek van sputum en pleuravocht bleef negatief.

Ook wordt geadviseerd altijd een hiv-test te doen. Dit is van belang voor de therapie. Onder andere is het belangrijk te weten dat een gelijktijdige start van zowel hiv- als tuberculotherapie is geassocieerd met een hoog risico op het ontstaan van het immuun reconstitutie inflammatoir syndroom (IRIS).

Bij onze patiënt werd, gezien het ontbreken van informatie over antibioticaresistentie, gestart met quadrupeltherapie in overleg met de GGD.

Concluderend was er op basis van de kliniek, de X-thorax en het aspect en de biochemische karakteristieken van het pleuravocht voldoende reden om te starten met tuberculosebehandeling en kon de diagnose met PCR worden bevestigd. Ook is het goed om op te merken dat deze diagnose dus kan worden gemist bij de screening bij binnenkomst in Nederland.

Referenties

- Richtlijn Niet-maligne pleuravocht. 's Hertogenbosch: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose; 2006.
- Vainio S. et al. (red.). NVMM-richtlijnen Mycobacteriële Laboratoriumdiagnostiek. Leeuwarden: NVMM; 2015.
- Verhage AR, Schölvinck EH. Verdenking tuberculose: wat nu? Migranten en Global Health. *Praktische Pediatrie*. 2017;1.

Er zijn geen relaties met farmaceutische industrieën gemeld.