

## Een zwelling in de hals

### Diagnose

De diagnose NTM (niet-tuberculeuze mycobacteriële) cervicofaciale lymfadenitis werd gesteld, gezien het kenmerkende klinische verloop en de goede klinische toestand van de patiënt, zonder B-symptomen (zoals koorts, nachtzweeten en gewichtsverlies). De diagnose werd later bevestigd door een positieve kweek van het wondvocht voor *Mycobacterium avium*. Kinderen met NTM cervicofaciale lymfadenitis zijn meestal tussen de 1 en 5 jaar oud en immuuncompetent. De lymfadenitis is meestal unilateraal aanwezig en is vaak gelokaliseerd ter hoogte van de cervicale of submandibulaire regio. Bij palpatie van de klier heeft de patiënt geen pijnklachten. Het kind zal bij een typische presentatie geen koorts hebben doorgemaakt en zal in goede algemene toestand zijn. Wanneer B-symptomen aanwezig zijn, moet aan alternatieve diagnoses worden gedacht zoals een maligniteit of tuberculose. NTM heeft een kenmerkend beloop waarbij de lymfeklier een aantal weken in grootte toeneemt en verweekt. Enkele weken later zal de oppervlakkige huid roodpaars verkleuren en desquamatie gaan vertonen (figuur 2). Vervolgens kan fistel- of sinusvorming naar de oppervlakkige huid optreden met ontlasting van purulent materiaal. Verdere genezing en littekenvorming nemen meerdere maanden in beslag.<sup>1,2</sup>

De diagnose wordt voornamelijk gesteld op basis van het typische ziektebeloop. Bloed kan worden afgenomen ter uitsluiting van mogelijke andere diagnoses. Bij positieve anamnestiche gegevens kan een mantouxtest worden uitgevoerd ter uitsluiting van tuberculose; bij een twijfelachtig resultaat daarvan wordt aangeraden een *Interferon-Gamma Release Assay* (IGRA) uit te voeren. Blijft de diagnose onzeker, dan kan een biopsie van de aangedane lymfeklier worden verricht voor het doen van weefseldiagnostiek met histologie, kleuring voor zuurvaste staven (positief in 30-60% van de gevallen), mycobacteriële kweek of PCR, waarbij PCR sensitiever en sneller is dan de kweek.<sup>3,4</sup> Terughoudendheid is hierbij van belang in verband met het risico op het ontstaan van fisteling.

Behandeling kan bestaan uit chirurgie, antibiotica of afwachten. Over de keuze voor behandelopties is echter maar beperkt literatuur voorhanden.<sup>1,3</sup>

De meest beschreven interventie is chirurgie. Als daarvoor wordt gekozen, heeft volledige excisie de voorkeur en liefst op het moment dat de huid nog intact is en dus nog niet betrokken. Risico's van chirurgische behandeling zijn zenuw schade ter hoogte van de nervus facialis of submandibularis, wisselende cosmetische resultaten door littekenvorming en postoperatieve wondinfectie.<sup>3,5</sup> Een combinatie van macroliden en tuberculostatica wordt

het meest beschreven als therapeutische optie wanneer wordt gekozen voor antibiotica. Bij de keuze voor deze behandeling moet rekening worden gehouden met de mogelijke bijwerkingen van de betreffende medicamenten en de duur van de behandeling.<sup>3,6</sup>

Als alternatief voor bovengenoemde behandelopties is een afwachtend beleid te verdedigen aangezien NTM cervicofaciale lymfadenitis in principe een zelflimiterende aandoening is en zo de nadelen van chirurgische interventie of eventuele bijwerkingen van langdurig antibioticagebruik kunnen worden voorkomen. Bij een afwachtend beleid kan binnen zes tot twaalf maanden een totale resolutie van de lymfadenopathie optreden. Het langdurig geven van antibiotica lijkt daarnaast geen significant betere genezing te geven in vergelijking met een expectatief beleid.<sup>3,6,7</sup> Om een weloverwogen keuze tussen deze drie behandel-mogelijkheden te kunnen maken, moet rekening worden gehouden met de individuele kenmerken van de patiënt en moet de morbiditeit van de ziekte worden afgewogen tegen de bijwerkingen van de behandeling. De uiteindelijke beslissing moet in samenspraak met de ouders worden genomen.<sup>3,4</sup>

### Referenties

1. Ockelo LE, de Kruiff CC. De behandeling van niet-tuberculeuze mycobacteriële cervicofaciale lymfadenitis: Chirurgie, antibiotica of afwachten? *Praktische Pediatrie*. 2014;2:113.
2. Penn R, Steehler M, Sokohl A, et al. Nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis. A review and proposed classification system. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011;75(12):1599-1603.
3. Zimmermann P, Tebruegge M, Curtis N, et al. The management of non-tuberculous cervicofacial lymphadenitis in children: A systematic review and meta-analysis. *J Infect*. 2015;71(1):9-18.
4. Zimmerman P, Curtis N, Tebruegge M. Nontuberculous mycobacterial disease in childhood – update on diagnostic approaches and treatment. *J Infect*. 2017;74 Suppl 1:S136-S142.
5. Lindeboom JA, Kuijper EJ, Buijnesteijn van Coppenraet ES, et al. Surgical excision versus antibiotic treatment for nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children: a multicenter, randomized, controlled trial. *Clin Infect Dis*. 2007;44(8):1057-1064.
6. Lindeboom JA. Conservative wait-and-see therapy versus antibiotic treatment for nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children. *Clin Infect Dis*. 2011;52(2):180-184.
7. Zeharia A, Eidlitz-Markus T, Haimi-Cohen Y, et al. Management of nontuberculous mycobacteria-induced cervical lymphadenitis with observation alone. *Pediatr Infect Dis J*. 2008;27(10):920-922.