

Bacteriële meningitis: niet altijd volgens het boekje

INLEIDING

Elke arts kan de bekende klinische symptomen van een bacteriële meningitis opsommen. In de praktijk verloopt de diagnose van een dergelijke patiënt niet altijd volgens het boekje. De huisarts overweegt de diagnose bacteriële meningitis vaak, maar deze is soms moeilijk te herkennen. Daarbij is de incidentie erg laag. Bacteriële meningitis heeft een jaarlijkse incidentie van 4 tot 6 gevallen per 100.000 volwassenen per jaar.¹ Omgerekend komt een huisarts dit ziektebeeld in zijn of haar werkzame leven 1 tot 2 keer tegen.

BESCHOUWING

Klinisch beeld

Bij volwassenen met een *community acquired acute* bacteriële meningitis is de sensitiviteit van de klassieke trias – koorts, nekstijfheid en verminderd bewustzijn – laag^{2,3} maar bijna alle patiënten (95%) hebben ten minste twee van de vier volgende symptomen: hoofdpijn, koorts, nekstijfheid en verminderd bewustzijn.⁴ Hoofdpijn is een veelvoorkomend symptoom bij koorts. Over het algemeen geldt dat als er bij een patiënt met koorts en hoofdpijn een goede verklaring is voor de koorts, bijvoorbeeld een gewone griep of een andere virale aandoening, men verder geen diagnostiek hoeft te doen om een bacteriële meningitis uit te sluiten. Bij lichamelijk onderzoek kan men meningeale prikkeling ('nekstijfheid') aantonen met de klassieke tests van Brudzinski en Kernig. Het teken van Brudzinski is positief als passieve flexie in de nek bij de liggende patiënt resulteert in een flexie van de heupen en de knieën. Het teken van Kernig is positief als passief heffen van het gestrekte been actief spierverset opwekt. De tekens van Kernig en Brudzinski hebben een lage sensitiviteit (5%) en een hoge specificiteit (95%) voor de diagnose meningitis.⁵ De voorspellende waarde van deze tests is echter afhankelijk van de klinische setting van het diagnostische proces. We beschikken niet over gegevens uit de huisartsenpraktijk.

Samenvatting

Van Boxel I, Knuistingh Neven A. Bacteriële meningitis: niet altijd volgens het boekje. *Huisarts Wet* 2013;56(4):182-3.

Bacteriële meningitis is een zeldzame en vooral ernstige aandoening. Het belang van tijdige herkenning is voor een ieder duidelijk. Deze klinische les illustreert het diagnostische probleem. Het klinisch beeld is niet altijd zoals leerboeken het beschrijven. Een snelle behandeling met antibiotica en dexamethason is soms levensreddend. Gezien het zeldzame voorkomen moet men alert zijn op deze diagnose.

Diagnostiek

De diagnose bacteriële meningitis vindt in de kliniek plaats aan de hand van een positieve liquorpunctie. Vanwege het risico op inklemming door de punctie moet men bij comateuze patiënten altijd een CT-scan verrichten voordat men een liquorpunctie doet. Dit risico is vergroot bij verplaatsing van intracraniele structuren op de CT-scan (focale ruimte innemende laesies, hydrocefalus, diffuse hersenzwelling).⁴

Oorzaken en behandeling

De behandeling bestaat uit antibiotica en ontstekingsremmende medicatie (bijvoorbeeld dexamethason). Vaak is de verwekker niet bekend als men met antibiotica start. De antimicrobiële behandeling richt zich dan tegen de meest voorkomende bacteriën die meningitis veroorzaken in bepaalde leeftijdsgroepen en bij risicofactoren, zoals diabetes mellitus, alcoholisme, immuundeficiëntie, liquorlek of een recent schedeltrauma. Bij personen jonger dan 60 jaar is penicilline (6 x daags 2 miljoen IE) de eerste keus. Bij patiënten ouder dan 60 jaar en bij patiënten met een verhoogd risico geeft men een cefalosporine van de derde generatie (ceftriaxon, 2 dd 2 g of cefotaxim, 6 dd 2 g + amoxicilline, 6 dd 2 g). Aan de hand van de resultaten van de grampreparaten en kweken kan men de antibiotica eventueel aanpassen.^{4,6}



Foto: luchtschen/Shutterstock

De kern

- Bacteriële meningitis kan ernstig verlopen; tijdige klinische behandeling is essentieel.
- Het klinisch beeld is lang niet altijd conform de gebruikelijke symptomatologie.
- Bij onduidelijke verschijnselen (bijvoorbeeld somnolent, braken, ziek) dient men alert te zijn op deze diagnose.

Casus

De patiënte is een 51-jarige vrouw met in de voorgeschiedenis een stapedectomie rechts, waarna zij aan dat oor doof is geworden. De avond voor het contact met de huisarts kwam ze met oorpijn thuis van haar werk. Omdat ze zich niet lekker voelde, ging ze vroeg naar bed. Naast de oorpijn had patiënte geen andere klachten. De volgende ochtend vraagt haar vriend een spoedvisite aan bij haar huisarts, omdat ze niet goed wakker is. Bij algemeen lichamelijk onderzoek blijkt ze klinisch ziek. Ze braakt verschillende malen en grijpt naar haar hoofd. Ze zegt niets te kunnen horen en ligt scheef gezakt in haar bed. Het lukt haar niet om te gaan zitten. Ze lijkt hier te zwak voor en heeft een slechte rompbalans. Met hulp lukt het haar wel om te gaan zitten, maar als de ondersteuning wegvalt, zakt ze meteen weer onderuit. De temperatuur is 37,4 °C, de nachtkleding is nat van het zweet, RR 140/80, de hartfrequentie is 76 per minuut, regulair zonder bijgeluiden, en de zuurstofsaturatie aan de vinger is 97%. Pulmonaal is beiderzijds vesiculair ademen te horen. Het abdomen is soepel zonder drukpijn, met normale peristaltiek en wisselende tympanie. Aan het linker oor zijn geen afwijkingen te zien, in het rechter zit cerumen. Op de huid zijn geen afwijkingen te zien. Bij het neurologisch onderzoek is de glasgowcomascore E2M5V, met enkele spontane woorden ('Ik hoor je niet', 'Ik wil slapen'). Patiënte is somnolent en opent haar ogen alleen bij een pijn prikkel. Er is geen sprake van nekstijfheid: de tekenen van Kernig en Brudzinski zijn negatief. De pupillen zijn isocoor en symmetrisch. Bij het onderzoek naar oogvolgbewegingen voert ze de opdrachten niet uit. Ze kijkt bij voorkeur naar links, maar bij pijn prikkels kijkt ze wel naar rechts en er is sprake van een nystagmus met snelle fase naar rechts als ze vooruit en naar links kijkt. Het gezichtsveld is niet te beoordelen. Het gelaat is symmetrisch, ze steekt haar tong niet uit op verzoek. Motorisch zijn er geen aanwijzingen voor

lateralisatie; ze beweegt beide armen. De sensibeleit en coördinatie zijn niet te beoordelen. De reflexen zijn symmetrisch opwekbaar, de voetzoolreflexen zijn aan beide zijden plantair.

Gezien bovenstaande bevindingen (somnolent, ziek, braken en klam van het zweet) vermoedde de huisarts dat het ging om een neurologische oorzaak, met in de differentiële diagnose meningitis (er is echter geen sprake van koorts of een meningeale prikkeling), CVA (echter geen hypertensie) of delier bij koorts. Na overleg met de dienstdoende neuroloog stuurde de huisarts patiënte in voor een beoordeling naar de SEH.

In het bloed blijken de ontstekingsparameters en glucose verhoogd (BSE 21 mm, CRP 174 mg/l, glucose 11,1 mmol/l, leukocyten $17,4 \times 10^9/l$). De CT-scan van het cerebrum laat geen bloedingen of verse ischemie zien. Wel is er een afwijking aan de rechter gehoorang te zien, die mogelijk wijst op een cholesteatoom. De kno-arts ziet hier echter geen aanwijzingen voor. Na het verwijderen van een cerumenprop constateert hij wel dat het rechter trommelvlies rood is. In het linker oor ziet hij geen afwijkingen. Het ecg is normaal. De liquorpunctie laat een verhoogde liquordruk, verhoogd eiwitgetal en verhoogd aantal cellen zien, wat wijst op een bacteriële meningitis (liquordruk 44 cm H₂O, erythrocyten 384 mm³, granulocyten 19.200 mm³, lymfocyten 384 mm³, monoccyten 384 mm³, glucose 5,36 mmol/l, eiwit 2,14 g/l). Patiënte wordt opgenomen met een bacteriële meningitis op basis van chronische otitis media rechts. Ze krijgt cefuroxim, amoxicilline en dexamethason. De liquorweek laat geen groei zien en de bloedkweken tonen een bètahemolytische streptokok. Na 17 dagen mag ze in goede conditie het ziekenhuis verlaten. In verband met de blijvende gehoorschade beiderzijds krijgt ze een cochleair implantaat. Drie maanden na de plaatsing hoort ze weer 65%.

CONCLUSIE

De hier besproken casus heeft een goede afloop. Omdat de mortaliteit hoog is, is het van groot belang om de diagnose snel te stellen en ook snel met de behandeling te beginnen.^{2,3} Een lage glasgowcomascore en een epileptisch insult zijn risicofactoren voor een slechte uitkomst. De zeldzaamheid van een bacteriële meningitis én het feit dat de aandoening soms moeilijk te herkennen is, vergroten de kans dat men de diagnose niet op tijd stelt, met mogelijk de dood tot gevolg.

De casus laat zien dat het moeilijk is om de diagnose alleen op basis van het klinische beeld te stellen. Omdat het een zieke patiënte betrof, die klam was van het zweet, braakte, naar haar hoofd greep en een verlaagd bewustzijn had, heeft de huisarts haar naar de neuroloog gestuurd onder verdenking van meningitis. In de huisartsenpraktijk zijn huisartsen gewend op hun ervaring en kennis te varen. Aangezien een bacteriële meningitis zeldzaam is, kunnen huisartsen geen ervaring opbouwen met het stellen van deze diagnose louter

op basis van het klinische beeld. Kortom: wees alert op deze diagnose en luister goed naar uw gevoel, vooral als de ervaring ontbreekt. ■

LITERATUUR

- 1 Van de Beek D, De Gans J, Tunkel AR, Wijdicks EFM. Community-acquired bacterial meningitis in adults. *N Engl J Med* 2006;354:44-53.
- 2 Van de Beek D, De Gans J, Spanjaard L, Weisfelt M, Reitsma JB, Vermeulen M. Clinical features and prognostic factors in adults with bacterial meningitis. *N Engl J Med* 2004;351:1849-59.
- 3 Cheng-Hsien Lu, Wen-Neng Chang, Hsueh-Wen Chang. Streptococcal meningitis in adults: therapeutic outcomes and prognostic factors. *Clin Neurol Neurosurg* 2001;103:137-42.
- 4 Heckenberg SG, De Gans J, Brouwer MC, Weisfelt M, Piet JR, Spanjaard L, et al. Clinical features, outcome, and meningococcal genotype in 258 adults with meningococcal meningitis: a prospective cohort study. *Medicine (Baltimore)* 2008;87:185-92.
- 5 Bindels PJE, Vermeulen M (redactie). *Het Neurologie formularium: een praktische leidraad*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
- 6 Chaudhuri A, Martinez-Martin P, Kennedy PG, Andrew Seaton R, Portegies P, Bojar M, et al. EFNS guideline on the management of community-acquired bacterial meningitis: report of an EFNS Task Force on acute bacterial meningitis in older children and adults. *Eur J Neurology* 2008;15:649-59.

Abstract

Van Boxel I, Knuistingh Neven A. Bacterial meningitis: presentation not always according to the textbook. *Huisarts Wet* 2013;56(4):182-3.

Everyone is aware of the importance of a timely diagnosis of bacterial meningitis, a rare and very serious disease. This clinical lesson shows that diagnosis may be difficult because the presenting clinical features are not always as described in medical textbooks. Rapid treatment with antibiotics and dexamethasone can sometimes save lives. Given its rarity, healthcare professionals should be alert to the disease.