



MKA

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie

Oro-Cervico-Faciale ACTINOMYCOSE

Inleiding

Actinomyose wordt veroorzaakt door *Actinomyces* species waarvan inmiddels meer dan 30 typen beschreven zijn. Deze micro-organismen behoren tot de normale orale flora. Commensale *Actinomyces* kolonies worden regelmatig aangetroffen bij chronische pericoronitis en in tonsillaire crypten.

In 70% van de gevallen wordt *A Israeli* of *A Gerencseriae* gekweekt. Zeldzamere vormen bij de mens zijn *A Odontolyticus*, *A Naeslundii*, *A Meyeri*, *A Viscosus*, *A Meyeri*, *A Turicensis*, en *A Radingae*.

Epidemiologie en beloop

Actinomyose is uitermate zeldzaam en wordt in grotere medische centra hooguit enkele keren per jaar gediagnosticeerd. De incidentie neemt de laatste jaren af en wordt geschat op minder dan 1/miljoen. In het oro-faciale gebied wordt het ontstaan van actinomyose voorafgegaan door een trauma zoals extractie of een chirurgische ingreep. Vooral middelbare mannen met slechte mondhygiëne en patiënten met een afweerstoornis hebben een verhoogd risico (zie Tabel 1). Er kan een lange incubatietijd bestaan tussen het traumatisch moment en het ontstaan van de klinische verschijnselen.

Actinomyose uit zich vaak als een diffuse zwelling en zeurende pijn in het cervico-faciale gebied waarvoor niet direct een klinische of röntgenologische oorzaak kan worden gevonden. Het klinisch beeld kenmerkt zich door een langzame (in weken tot maanden) progressie naar een houtachtige induratie, livide infiltraten met later in het beloop multipele fistels.

In zo'n 10% van de gevallen is er ook sprake van een botinfectie (periostitis and osteomyelitis). Zeldzaam is een acute pyogene vorm, waarbij koorts, moeheid en malaise optreden.

Diagnostiek

De diagnose wordt vooral gesteld op het verdachte klinische beeld (zie Tabel 2), en bevestigd door histologie en kweek bij exploratie en/of aspiratie (zie onder behandeling). Daarbij wordt nu ook van polymerasekettingreactie detectietechnieken gebruik gemaakt.

Vaak worden groengele "zwavel" korrels (0,1-1 mm diameter) aangetroffen. Die bestaan uit ronde of ovale basofiele kolonies micro-organismen met eosinofiele uiteinden (H-E kleuring). Maar ook andere micro-organismen produceren dergelijke granulae, mn bij nocardiosis, chromomyose en botryomyose.

Ook *Mycobacteria* and *Nocardia* species worden geclassificeerd onder dezelfde orde van micro-organismen en kunnen zowel klinisch als histologisch lastig te onderscheiden zijn van *Actinomyces* species.

Differentieel diagnostisch moet ook aan een (halsklier)maligniteit gedacht worden, vooral bij oudere hoog-risico patiënten (met roken en alcohol gebruik)

Er is geen specifieke bloedtest.

Beeldvorming is aspecifiek en non-diagnostisch.

Bij kinderen dient onderzoek naar een onderliggende immuun deficiëntie te worden gedaan.

Behandeling

Behandeling van voorkeur is incisie, exploratie en drainage van de betrokken regio, met name bij diepe cervicale actinomyose.

Het verkregen secreet en/of weefsel dient zowel bacteriologisch (o.a. Gram preparaat) als histopathologisch te worden onderzocht (o.a. granulomateuze ontstekingsreactie met centrale abcesvorming en kolonies met micro-organismen)

Ook een verdacht klinisch beeld, zonder hard bacteriologisch en microscopisch bewijs of andere differentiële diagnose kan men toch als actinomyose behandelen

Naast chirurgie wordt langdurige (6 weken tot 6 maanden) antibiotische therapie geadviseerd. Deze antibiotische behandeling wordt tegenwoordig geïndividualiseerd en is afhankelijk van het type *actinomyces*, de locatie, de ernst van de aandoening, de resistentie en de respons op therapie.

Species-identificatie is cruciaal vanwege resistentie tegen sommige antibiotica. *Daarom dient behandeling steeds in overleg met de medisch microbioloog te geschieden.* Meestal kan met één van de onderstaande beta-lactam antibiotica worden uitgekomen: bij ernstige vormen met suppuratie en fistels, bijvoorbeeld starten met benzylpenicilline (4 dd 6 milj IE i.v.) gedurende 2 tot 6 weken gevolgd door een orale therapie. Veel gebruikte orale antibiotica zijn: Feneticilline (4 dd 0,5 g), amoxicilline (4 dd 0,5-1 g). Alternatieven zijn doxycycline (2 dd 100 mg), minocycline, clindamycine of erythromycine. Antibiotische behandeling bij kinderen dient altijd in overleg met ook een kinderarts-infectioloog te geschieden.

Tabel 1: Risicofactoren voor verkrijgen van actinomyces

Man, Leeftijd 20-60

Diabetes mellitus

Alcoholisme

Locale weefselschade: trauma, recente chirurgie

Irradiatie & Bisphosphonaten

Immunosuppressie

 Steroiden,

 Leukemie met chemotherapie

 HIV

 Long- en niertransplantatie

Tabel 2: Klinische “alarmsymptomen” voor actinomycose

Indolent beloop

Chroniciteit

Massa vorming

Ontwikkeling van sinussen en fistels

Progressie langs weefselspleten in de hals

Refractoire of terugkerende infectie na korte antibiotische therapie

Literatuur

- Sharkawy, AA Cervicofacial Actinomycosis and Mandibular Osteomyelitis. Infect Dis Clin N Am. 2007; 21:543–56.
- Wong VK, T D Turmezei TD Weston VC. Actinomycosis a clinical review. BMJ 2011;343:d6099 doi: 10.1136/bmj.d6099
- Valour et al. Actimycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment and management. Infect Drug Resist. 2014;7:183-197.