

Oro-Cervico-Faciale ACTINOMYCOSE

Inleiding

Actinomycose 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.

Epidemiologie en beloop

Actinomycose 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 actinomycose 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.

Het beloop kan in 3 stadia worden geclassificeerd. Stadium 1: Gelokaliseerde, diffuse zwelling en zeurende pijn in het peri-mandibulaire gebied, waarvoor niet direct een klinische of röntgenologische oorzaak kan worden gevonden. Stadium 2: Een langzame (in weken tot maanden) uitbreidende zwelling in het cervico-faciale gebied met 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 en osteomyelitis) van meestal de mandibula of soms ook de cervicale wervel of de schedel. Stadium 3: Progressie tot gedissemineerde infectie naar andere organen zoals long, abdomen en hersenen.

Zeldzaam is een acute pyogene vorm, waarbij direct 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, met name bij nocardiosis, chromomycose en botryomycose.

Ook *Mycobacteria* en *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). Omgekeerd dient ook bij een verdenking op een maligniteit in het hoofd-hals gebied de diagnose actinomycose te worden overwogen.

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 met name bij diepe cervicale actinomycose en betrokkenheid van bot, is incisie, exploratie en drainage van de betrokken regio, gevolgd door antibiotische therapie.

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 actinomycose 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) en 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: Riscofactoren voor verkrijgen van actinomyces

Man, Leeftijd 20-60
Diabetes mellitus
Alcoholisme
Locale weefselschade: trauma, recente chirurgie
Irradiatie & Bisfosfonaten
Immunosuppressie:
 Steroïden,
 Leukemie met chemotherapie
 HIV
 Long- en niertransplantatie

Tabel 2: Klinische “alarmsymptomen” voor actinomycose

Trage progressieve induratie in weken-maanden
Chroniciteit
Massa vorming
Ontwikkeling van sinussen en fistels
Progressie langs weefselspletten in de hals
Refractaire 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.
- Valour et al. Actimycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment and management. Infect Drug Resist. 2014;7:183-97.
- Karanfilian KM etal. Cervicofacial actinomycosis. Int J Dermatol. 2020;59:1185-1190.