

## **Definitief Concept Leidraad**

### **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.

#### **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.

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 multipiele 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, chromomyose en botryomyose.

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 actinomyose 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 actinomyose 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.