

Abdominale tuberculose

24 september 2024

© Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg

Welk gedeelte van het maag-darmstelsel is het vaakst aangedaan bij de ziekte van Crohn en abdominale tuberculose?

- a. Terminaal ileum en coecum
- b. Colon descendens
- c. Colon sigmoïdeum
- d. Jejunum

Tuberculose (TB) is een infectieziekte veroorzaakt door een groep van *Mycobacterium*-species genaamd *Mycobacterium tuberculosis*-complex. Hoewel het meest klassieke beeld dat van pulmonale TB is, uit TB zich in ongeveer 20% tot 25% van de gevallen extrapulmonaal, waarbij het zich in eender welk orgaan kan manifesteren.

Abdominale TB is een vorm van TB die de darmen, het peritoneum, de abdominale lymfeklieren en soms ook de solide abdominale organen (lever, pancreas en milt) aantast. Het vertegenwoordigt in België ongeveer 6% van alle extrapulmonale lokalisaties. Mogelijke mechanismen van besmetting zijn onder meer het inslikken van bacilli vanuit een actieve pulmonale focus, verspreiding via hematogene weg of direct vanuit naburige organen of de ingestie van melk van koeien besmet met *Mycobacterium bovis*.

Abdominale TB blijft een belangrijke diagnostische uitdaging. Het kan lijken op verscheidene andere aandoeningen, zoals de ziekte van Crohn (CD), *Yersinia*-enterocolitis, amoebiase, gastro-intestinale histoplasmose, een coloncarcinoom of een peri-appendiculair abces. Abdominale TB kan zich net zoals CD uiten via aspecifieke klachten, zoals abdominale pijn, vermagering, anorexie, diarree en/of constipatie, koorts en nachtzweeten. Bovendien zijn beide chronische granulomateuze ziekten met overlappende radiologische en histologische kenmerken. Gezien de belangrijke gevolgen van een verkeerde diagnose moet men bij de uitwerking van een nieuwe diagnose van inflammatoir darmlijden steeds bedacht zijn op TB, zeker indien er hiervoor risicofactoren aanwezig zijn.

De kans op het ontwikkelen van actieve TB is duidelijk hoger bij hiv-seropositieve patiënten, die tevens vaker extrapulmonale ziekte ontwikkelen. Screening naar hiv bij de diagnose van TB is daarom wereldwijd aanbevolen. Andere risicofactoren voor TB zijn onder meer immunosuppressie door medicatie (corticoïden, chemotherapie) of door een onderliggende aandoening (nierinsufficiëntie met peritoneaaldialyse, chronische malnutritie, enz.) en gereisd hebben naar of afkomstig zijn uit endemische gebieden.

Tot op heden bestaat er, gezien de looptijd van een mycobacteriële kweek, geen gouden standaard voor de vroegtijdige diagnose van actieve TB. Geen enkele test is op zichzelf voldoende sensitief om abdominale TB met zekerheid uit te sluiten en er is weinig evidentie die de verschillende diagnostische tests of benaderingen vergelijkt. Abdominale TB blijft aldus een diagnostisch dilemma vormen waarvan de opsporing start bij een klinisch vermoeden, met vervolgens de integratie van risicofactoren met andere klinische, endoscopische, radiologische, anatoompathologische en microbiologische informatie. Wanneer de diagnose onzeker blijft, kan een diagnostische laparoscopie of een proeftherapie met tuberculostatika een antwoord bieden.

De behandeling van abdominale TB is globaal dezelfde als deze voor pulmonale TB en begint met tuberculostatische quadritherapie gedurende 2 maanden. Bij de afwezigheid van resistentie bestaat deze behandeling uit rifampicine, isoniazide, ethambutol en pyrazinamide. Daarna volgt de onderhoudsfase met bitherapie tot een totale therapieduur van minstens 6 maanden. De behandeling is aldus in de eerste plaats conservatief. Een chirurgische interventie is slechts bij bepaalde patiënten aangewezen, voornamelijk in geval van belangrijke stricturen of perforatie.

Meer weten over dit onderwerp?

Bekijk dan de oorspronkelijke bijdrage in TvGG:

[Ziekte van Crohn versus abdominale tuberculose: 'when the bowels are not what they seem'](#)

Auteur(s): N. VAN MOORTER, J. JAEKERS, E. ANDRÉ, W. MEERSSEMAN, A. WILMER
DOI: 10.47671/TVG.78.22.074

Deze publicatie bevat illustraties, foto's, afbeeldingen, lay-out van documenten, grafische ontwerpen, tekst, lettertypen en andere informatie (hierna "Inhoud" genoemd). Deze publicatie en alle Inhoud zijn het auteursrechtelijk eigendom van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw. Alle rechten op deze Inhoud zijn wereldwijd voorbehouden. Het is strikt verboden de Inhoud of een deel daarvan te behouden, kopiëren, distribueren, publiceren, of gebruiken zonder voorafgaande en uitdrukkelijke toestemming van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw.