Case report: Een mank lopend meisje van 14 maanden met een septische artritis door Kingella kingae.

Haio: Van Roekeghem Eline , U.G.
Promotor: Heytens Stefan , U.G.
Praktijkopleider: DE ROOVER Winnie , DESIMPELAERE Patrick , Gravez Isabelle , VAN RENTERGHEM Veerle , VLIEGHE Barbara

Context: Klassiek verwacht men van een septische artritis een fulminant beeld: een mank lopend, ziek kind met koorts en inflammatietekenen in een gewricht. Onderstaand beschreven casus geeft weer dat dit bij jonge kinderen niet noodzakelijk zo hoeft te zijn. Er is namelijk sinds een twintigtal jaar een nieuw gegeven gekend: een mild verlopende septische artritis, voornamelijk bij kinderen tussen drie maanden en vier jaar, door de bacterie Kingella kingae. Deze geeft een meer insidieus beeld, waarbij koorts afwezig kan zijn.

Onderzoeksvraag: Voor de huisarts kan sprake zijn van een grijze zone: de duidelijk zieke kinderen worden zonder twijfel doorgestuurd, maar hoe kan goed gedifferentieerd worden of er sprake is van een septische artritis door Kingella kingae – of een onschuldige oorzaak – bij minder ernstig zieke kinderen?

Methode: Aan de hand van een case report wordt geïllustreerd op welke manier een septische artritis door Kingella kingae zich klinisch kan presenteren. Aansluitend wordt nagegaan in literatuur wat reeds gekend is over dit ziektebeeld, en wordt door het klinisch redeneerproces te doorlopen een diagnostisch model opgesteld. Hiervoor wordt via de best-bet methodiek de aantonende en uitsluitende kracht van verschillende argumenten opgezocht of berekend en wordt bekeken of de kans op ziekte door een septische artritis laag genoeg kan worden gebracht om een kind conservatief te behandelen. Daarnaast werd een klinische les gegeven aan huisartsen tijdens een vergadering van een lokale kwaliteitsgroep (LOK), waarbij werd nagegaan via een vragenlijst voor en meteen na de les hoe zij hun self-efficacy inschatten met betrekking tot klinisch redeneren.

Resultaten: Een negatieve orofaryngeale PCR blijkt sterk uitsluitend te zijn voor een septische artritis door Kingella kingae. De denkoefening werd gemaakt: indien de kinderen met een septische artritis door klassieke verwekkers op basis van ziekte-ernst zouden kunnen afgesplitst worden van de kinderen die minder ziek zijn waar een mogelijke septische artritis door Kingella kingae dient uitgesloten te worden, zou een orofaryngeale PCR deze kans verder kunnen verlagen. Een diagnostisch model werd opgesteld, maar er kon geen duidelijke afsplitsing gemaakt worden van de groep kinderen met een septische artritis door klassieke verwekkers aangezien ook zij zich niet altijd als ernstig ziek presenteren. Uiteindelijk blijkt dat de NICE Clinical Knowledge Summary stelt dat elk mank lopend kind jonger dan drie jaar doorgestuurd dient te worden aangezien de kans op een septische artritis te groot is. Daarnaast moeten een toddler's fracture en schade aan de groeiplaat bij een ogenschijnlijke verstuiking uitgesloten worden. De groep huisartsen van de LOK scoorden hun self-efficacy met betrekking tot de termen en methoden die onderwezen werden, gemiddeld genomen bij alle indicatoren hoger bij de meting na de les.

Conclusie: Het is onvoldoende mogelijk om als huisarts alle binnencirkeldiagnosen uit te sluiten bij een mank lopend niet-ziek kind jonger dan drie jaar. De NICE Clinical Knowledge Summary, die stelt dat elk mank lopend kind jonger dan drie jaar onverwijld dient doorgestuurd te worden, moet gevolgd worden. Verder onderzoek is nodig in grotere populaties en op andere locaties naar de sensitiviteit en specificiteit van de verschillende argumenten, bij de klassieke verwekkers en bij Kingella kingae in de groep kinderen van drie maanden tot vier jaar oud. De deelnemende

huisartsen van de LOK scoorden hun self-efficacy gemiddeld genomen bij alle indicatoren hoger bij de meting na de onderwezen les over klinisch redeneren.