

EEN BLAARVORMENDE AANDOENING: BULLEUZE ERYSIPELAS

C.Smit*

Erysipelas, ook wel wondroos of belroos genoemd, is een veel voorkomende huidinfectie die een zeer hardnekkig beloop kent. Ragaden tussen de vingers, tinea pedis, ulcus cruris, ragaden in de mondhoeken en fissuren in de neushoeken zijn veel voorkomende plaatsen voor een porte d'entree. De incidentie ligt tussen de 5-6 gevallen per 1000 personen/jaar. Tussen 0-14 jaar bedraagt de incidentie 13,5/1000, tussen 14-25 jaar 2,7/1000, waarna een geleidelijke toename met de leeftijd en boven de 75 jaar 8,1/1000 (6).

Naast kinderen en ouderen lopen tevens immuungecompromiteerden, diabetici, alcoholici en patiënten met wonden en slechte lymfedrainage verhoogd risico.

Bijna alle gevallen van erysipelas worden veroorzaakt door erytrogene endotoxinen van de bacterie *Streptococcus pyogenes* (hemolytische streptokok groep A). Soms echter ook door *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* en *Yersinia enterocolitica*. Een erysipelas infectie betreft in de beginfase enkel de epidermis (deels dermis) en de oppervlakkige lymfevatjes, terwijl cellulitis gepaard gaat met een ontsteking van de diepere dermis en het onderhuidse vetweefsel. Deze discrepantie geeft erysipelas een tamelijk karakteristiek klinisch beeld dat meestal in 48 uur incubeert (incubatietijd): een warm aanvoelende, scherp begrensde, vuurrode, oedemateuze huid, vaak gepaard gaand met symptomen als pijn, malaise, hoge koorts (>39°C), koude rillingen, moeheid, hoofdpijn en soms braken. Soms is de schade dieper en ontstaat er een beeld dat in de richting gaat van een necrotiserende fasciitis, waarbij diepe ulceraties kunnen ontstaan. Andere zeer ernstige complicaties zijn sepsis, acute glomerulonefritis en het toxic shock syndrome. Bij 20-30% bestaat er tevens lymfoedeem (stadium 2/3). Hierbij kan de infectie secundair aan het lymfoedeem zijn, wat nog al eens een vertraagde inflammatie geeft door een disfunctionerend lymfesysteem. Tot slot kan de aandoening voorkomen met vesikel- of bullavorming, een manifestatie waar dit artikel zich met name op zal richten.

DIAGNOSTIEK

Diagnose wordt gesteld aan de hand van het klinische beeld en lichamelijk onderzoek. Huidkweken zijn helemaal niet sensitief, of leveren andere verwekkers op, waardoor aan het nut sterk wordt getwijfeld. Bij twijfelgevallen kan men een kweekbiopt of aspiratievloeistof inzenden om de diagnose te ondersteunen. Boven 39°C koorts wordt een bloedkweek zinvol geacht en standaard afgenomen. Naast het algemeen bloedbeeld kan de anti-streptolysine titer en anti-DNAse B worden bepaald indien er twijfel bestaat of om een recente infectie met streptokokken aan te tonen. Dit is dus enkel ter ondersteuning.

ERYSIPELAS BULLOSA

Erysipelas (zie foto 1) presenteert zich in ongeveer 5,2% van de gevallen met blaarvorming, slappe, vlakke, met troebel geel vocht gevulde blaren. Ook hemorragische blaren komen voor, voornamelijk aan de benen (4). Deze bulleuze vorm blijkt vaker voor te komen bij vrouwen en patiënten met een lever- of nierziekte. Bovendien wordt een verhoogde incidentie van MRSA gevonden, wat de prognose kan bemoeilijken en het type antibioticum kan bepalen. Voorgestelde aanvullende therapie bestaat uit verwijdering van het blaardak, debridement en compressietherapie. Dit type erysipelas verloopt over het algemeen ernstiger en er bestaat een hoog risico op recidivering: 30% binnen drie jaar (3).

BEHANDELING

Voor een adequate behandeling is een directe behandeling met het juiste antibioticum van cruciaal

belang. Meestal is de kweekuitslag (als deze is gedaan) op het moment van de eerste toediening nog niet aanwezig, zodat gekozen wordt voor het antibioticum tegen de gebruikelijke ziekteverwekker (B-hemolytische streptococ groep A). Streptococci zijn erg gevoelig voor verscheidene penicillines. Omdat er resistentie bestaat, is het van belang nauwkeurig te monitoren of de behandeling aanslaat. Dekking van *S. aureus* is niet meteen noodzakelijk, maar moet worden overwogen wanneer de gebruikelijke antibiotica niet aanslaan. Meestal wordt er 10-20 dagen behandeld, hetgeen per individueel geval beoordeeld dient te worden. Daarnaast worden vaak pijnstillers (NSAID) voorgeschreven. Met hevig lymfoedeem gecompliceerde wonden moeten als zodanig behandeld worden. Er zijn onderzoeken die uitwijzen dat compressietherapie niet is gecontra-indiceerd bij erysipelas. (5) Hier zal verder onderzoek naar gedaan moeten worden. Vanuit pragmatisch oogpunt wordt geadviseerd de eerste twee weken van de behandeling geen hevige compressietherapie uit te voeren in verband met de inflammatie (6).

Er bestaat evidence dat behandeling van een erysipelas zich niet alleen moet focussen op de infectie, maar ook op het lymfoedeem: dit kan de wondgenezing bevorderen en de kans op recidivering verminderen. Er is een case-control studie gedaan, waaruit bleek dat lymfoedeem bovendien een prominente risicofactor is voor erysipelas aan het been (1,2).



Foto 1. Erysipelas bullosa aan het onderbeen

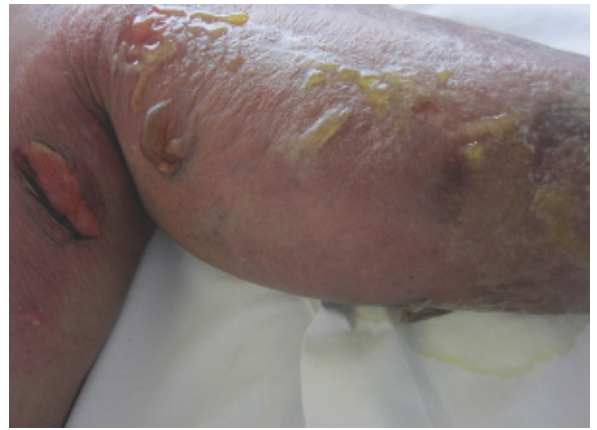


Foto 2. Bulleuze erysipelas

LITERATUUR

1. Alain Dupuy, Hakima Benchikhi, Jean-Claude Roujeau, Philippe Bernard, Loic Vaillant, Olivier Chosidow, assistant professor, Bruno Sassolas, consultant, Jean-Claude Guillaume, consultant, Jean-Jacques Grob, professor, and Sylvie Bastuji-Garin, assistant professor. 1999 **Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study.** British Medical Journal, 1591-1594.
2. Damstra RJ, Van Steensel MAM, Boomsma JHB, Nelemans P, Veraart JCJM. 2008 **Erysipelas as a sign of subclinical primary lymphoedema: a prospective quantitative scintigraphic study of 40 patients with unilateral erysipelas of the leg.** British Journal of Dermatology, 1210-1215.
3. Edwards J, Green P, Haase D. 2006 **A blistering disease: bullous erysipelas.** Dermatology, 212 31-5.
4. Guberman D, Gilead LT, Zlotogorski A, Schamroth J. 1999 **Bullous erysipelas: A retrospective study of 26 patients.** Journal of the American Academy of Dermatology, 41 733-737.
5. Vaillant L, Titon JB, Gaisne E, Barsotti J. 1990 **Compression for lymphedema and cellulitis.** Journal of the American Academy of Dermatology, 23 952- 953.
6. Vaillant L. 2008 **Erysipelas and Lymphedema.** Phlebolympology, 56 120.

OVERIGE BRONNEN:

- Huisarts en Wetenschap, jaargang 2002, nummer 13:743-745: **Erysipelas antibioticaerysipelas.** <http://www.henw.org/>
- Richtlijn Erysipelas, <http://www.huidziekten.nl/>
- <http://emedicine.medscape.com/>
- Braun-Falco's Dermatology 3rd Edition

* **Carin Smit is wond- en decubitusconsulent in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam**