

Behandeling van erysipelas

Auteur: S. Zwarts

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1994

Pagina: 26/27

Jaargang: 8

Nummer: 8

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: Wondbehandeling Lymfoedeem wondroos

Literatuur:

Bronnen: J.J.E. van Everdingen en J.H. Sillevius Smit, Dermatovenereologie voor de eerste lijn, onderwijsuitgave, vijfde herziene druk. Bohn, Stafleu van Loghum, Houten. Protocol Decubitus preventie, Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum. Medisch advies: J.R. Mekkes, arts in opleiding voor de specialisatie dermatologie, AMC.

Mevrouw Jaspers (74) is een kleine, zware, vermoeid uitziende vrouw die via de huisarts op de verpleegafdeling dermatologie wordt opgenomen met vermoedelijk erysipelas (wondroos) aan haar rechter been. In 1959 heeft zij voor het eerst erysipelas gehad en sindsdien heeft zij een dik, oedemateus been (lymfoedeem) waar regelmatig erysipelasrecidieven optraden. Enkele dagen voor opname werd mevrouw Jaspers acuut ziek met koude rillingen, misselijkheid, algehele malaise en pijn in het rechter been. Kort tevoren was mevrouw behandeld door de pedicure. Voor opname was de huisarts al met een antibioticakuur (erythromycine) gestart.

Bij inspectie van het rechter been is er sprake van een fors pitting (je kunt er een putje indrukken dat enige tijd blijft bestaan) en gedeeltelijk non-pitting oedeem met matig scherp tot scherp begrensd erythemateuze maculae (rode vlekken).

Haar rechter voet vertoont tussen de tenen maceratie (verweekte plekjes) en kloven, wat duidt op voetschimmel. Mevrouw Jaspers, die vertelde dat er veel (lymfe) vocht uit het been lekte, heeft een temperatuur van 38,3 graden Celsius. Uit diverse blaasjes op het been lekt helder vocht, er is geen pus te zien.

Ziektebeeld

Erysipelas is een ontsteking van huid en subcutis (oppervlakkige cellulitis) die acuut begint en wordt gekenmerkt door hoge koorts en een pijnlijk, warm aanvoelend erythemateuze, oedemateuze huid. De aandoening gaat gepaard met een algeheel ziektegevoel, koude rillingen, koorts, hoofdpijn en soms braken.

Erysipelas wordt veroorzaakt door een beta-hemolytische streptokok. De infectie breidt zich uit via de lymfbanen. Erysipelas kenmerkt zich door een scherp begrensd gezwollen vuurrode huid, die bij aanraking pijnlijk is en warm. Soms zijn er blaren. Erysipelas komt

vaak voor aan de onderbenen en het gelaat. Oedeem, zoals bij veneuze insufficiëntie of lymfoedeem, vergroot het risico op het ontstaan van erysipelas. De bacterie moet ergens de huid zijn binnengedrongen. Belangrijk is deze porte d'entree te lokaliseren. Dat kan een wond zijn, zoals bijvoorbeeld een ulcus cruris, maar ook via een insectenbeet, voetschimmel of een ontstoken nagelriem kan de infectie zijn ontstaan. Therapie is gericht op behandeling van de porte d'entree, bestrijding van pijn en oedeem en antibiotica.

Mevrouw Jaspers krijgt meteen bedrust voorgeschreven. Er wordt een kweek gemaakt van de huid van haar onderbeen, om vast te stellen of de verwekker inderdaad een hemolytische streptokok is. De erythromycine wordt voorlopig voortgezet. Later blijkt dat er inderdaad sprake is van een infectie met een beta-hemolytische streptokok.

Omdat de patiënt rhagaden (kloofjes) tussen de tenen heeft en schilfering van de voetrand, worden er wat schilfertjes van haar voet genomen om via een test na te gaan of mevrouw Jaspers voetschimmel heeft. Deze KOH-test blijkt positief. Mevrouw Jaspers' pijnlijke, gezwollen onderbeen wordt de eerste twee dagen behandeld met natte omslagen. Om het been worden grote gazen gewikkeld. Daaronder komt een incontinentiematje. Het hele gebied wordt nat gemaakt en gehouden (elke drie uur) met aquadest. Daarvoor wordt een infuussysteem gebruikt dat naast het bed hangt. Via het slangetje is het verband eenvoudig nat te houden. Om de voetschimmel (de porte d'entree) te bestrijden wordt de voet twee maal daags ingesmeerd met Daktarincrème (tussen de tenen, voetzolen, voetranden).

Decubitus preventie

Omdat mevrouw Jaspers bedrust krijgt voorgeschreven, wordt zij, zoals elke patiënt met bedrust, opgenomen in het protocol decubituspreventie. Haar risico op decubitus wordt gescoord: haar score is 8, wat een licht verhoogd risico oplevert (bij een score van 8 tot 12 is er sprake van een verhoogd risico). Volgens het protocol decubituspreventie krijgt mevrouw Jaspers een Alpha-bed. Drie maal daags inspecteert de verpleging de risicoplekken. Bedreigde plekken worden luchtig ingesmeerd met anti-decubituscrème. Wisselgigging overdag elke drie uur. 's Nachts is wisselgigging niet nodig, wel krijgt mevrouw Jaspers het advies om 's nachts op haar zij te gaan liggen.

Compressietherapie

Na twee dagen bedrust, behandeling met natte omslagen en antibiotica voelt mevrouw Jaspers zich al een stuk beter. De koorts is gezakt, de pijn is minder en het been is dunner geworden. Nu wordt het been verbonden met niet elastische windsels: niet elastische compressietherapie. Voordeel van niet elastische compressietherapie is dat het verband 's nachts om kan blijven. Gebruik van elastische zwachtels heeft vooral 's nachts te veel druk op het been (rustdruk). Mevrouw Jaspers mag ook weer uit bed. Dat verlaagt haar kans op decubitus. Stuit en hielen worden voorlopig nog geïnspecteerd en zonodig ingesmeerd met anti-decubituscrème. Nu het oedeem vermindert, is de huid gerimpeld en droog. De huid wordt daarom ingesmeerd met een vette zalf, een mengsel van half vaseline en half paraffine. Vijf dagen later is er geen oedeem meer en is het been mooi slank. Mevrouw Jaspers laat haar dochter een elastische kous meebrengen van thuis. Deze past echter niet. De niet-elastische compressietherapie wordt voortgezet.

Na vier dagen wordt de erythromycine stopgezet. Mevrouw Jaspers is onder begeleiding van de fysiotherapeuten begonnen met traplopen. Omdat erysipelas vaak recidiveert krijgt mevrouw Jaspers maandelijks een onderhoudsbehandeling met een langwerkend penicillinepreparaat (Penidural). Voor ontslag krijgt zij nog zo'n dosis Penidural (1 keer 1,2 miljoen EH Penidural D/F i.m.).

Mevrouw Jaspers wordt ontslagen. Zij gaat naar huis met niet-elastische compressietherapie en een briefje om een elastische kous aan te laten meten. Voor haar voetschimmel krijgt ze Daktarincrème mee en poeder voor in de schoenen. Over een week moet ze voor controle terugkomen op de poli waar een elastische kous zal worden aangemeten.

S.Zwarts,leidinggevend verpleegkundige, afdeling dermatologie van het AMC in Amsterdam.