

# In blijde verwachting?

## Aandacht voor signalen van de huid

L. Stoffer, K. Kennedy \*

Huidafwijkingen die regelmatig bij zwangeren worden gezien kunnen in grote lijnen worden onderverdeeld in:

- huidafwijkingen die specifiek zijn voor de zwangerschap (de zogenaamde zwangerschapsdermatosen),
  - huidafwijkingen die al voor de zwangerschap aanwezig waren en onder invloed van de zwangerschap veranderen,
  - fysiologische huidveranderingen tijdens de zwangerschap.
- Deze huidaandoeningen worden hier niet in detail besproken.

In dit artikel zullen we ons met name concentreren op de zwangerschapsdermatosen. Het tijdig herkennen van de zwangerschapsdermatosen die gepaard kunnen gaan met ernstige complicaties is van groot belang. Zorgverleners in de eerste lijn, zoals de wijkverpleegkundige, de wonddeskundige, de kraam- en thuiszorgmedewerkers van sociale wijkteams en buddy's, kunnen de eersten zijn die de zwangerschapsdermatose te zien krijgen en hebben daarin een belangrijke signaalfunctie. Deze zorgverleners zijn in feite ook een soort 'first responders'; zij krijgen vaak de 'zelfkant' van de maatschappij te zien en constateren ook vaak als eersten maatschappelijke veranderingen die een reflectie zijn van de immer voortschrijdende globalisering.

### Zwangerschap en migratie: de vele uitdagingen in een onzekere wereld

Zwangere vrouwen met een migratieachtergrond zijn met name kwetsbaar tijdens de perinatale periode en hebben:

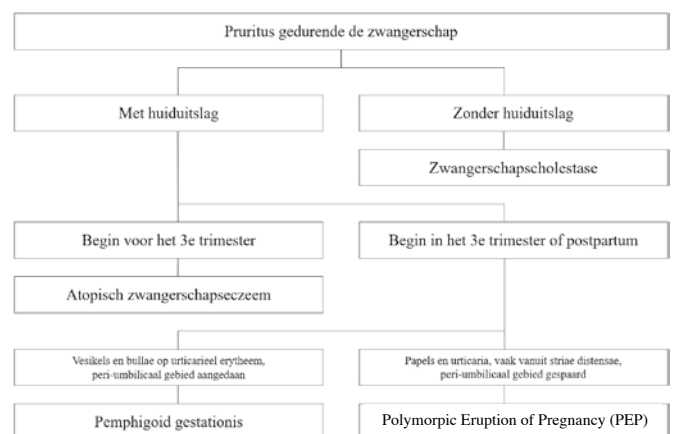
- een hoger risico op het ontwikkelen van psychische problemen,
- een grotere kans op een vroegtijdige bevalling,
- meer bevallingen met een congenitale afwijking,
- een hogere kans om te overlijden (1,2).

Belemmeringen in de toegang tot adequate zorg kunnen multifactorieel bepaald zijn en kunnen gevonden worden op sociaal, organisatorisch, cultureel en persoonlijk niveau. Zwangere migranten vertellen regelmatig over hun negatieve ervaringen met de medische zorgverlening. In het land van herkomst hebben velen te maken gehad met geweld in de vorm van marteling, vernedering en verkrachtingen welke kunnen resulteren in ongewenste zwangerschappen, obstetrische complicaties en hoge kindersterfte. Deze vrouwen zijn niet onbekend met extreme armoede en marginalisatie ten gevolge van discriminatie op grond van huidskleur, etnische achtergrond en sociaaleconomische status.

Bij aankomst in het gastland kunnen taalbarrières, culturele verschillen in ziektegedrag en coping vervolgens nog een belangrijke rol spelen bij het slagen van de adaptatie en acculturatie van de zwangere migrant (1,2).

Zwangerschapsdermatosen zijn huidaandoeningen die specifiek zijn voor de periode van de zwangerschap of de eerste zes tot acht weken na de zwangerschap. Deze huidafwijkingen hebben als kenmerk dat jeuk op de voorgrond staat.

Alhoewel deze huidaandoeningen merendeels onschadelijk zijn voor zowel de moeder als het ongeboren kind is het echter van groot belang om deze te onderscheiden van de huidafwijkingen die potentieel wel schade kunnen veroorzaken bij moeder en kind. Deze zwangerschapsdermatosen zijn soms lastig te onderscheiden van huidafwijkingen die al voor de zwangerschap aanwezig waren (3,4). We bespreken deze zwangerschapsdermatosen aan de hand van een viertal casussen met een migratieachtergrond (figuur 1).



Figuur 1. Stroomdiagram pruritus gedurende de zwangerschap (6).



Foto 1. Eczeem (lichenificatie in de nek) (casus 1).

### Casus 1

Christine is via vele omwegen vanuit de Democratische Republiek Congo via Sierra Leone naar Europa gevlucht. Zij is bekend met atopisch eczeem en heeft tijdens haar stressvolle reis opgemerkt dat zij meer jeukklachten had en dat het eczeem geleidelijk aan verslechterde. Op dat moment wist zij nog niet dat zij zwanger was. In de chaos van het overstappen naar een andere boot ter hoogte van Freetown heeft zij de vader van haar kindje uit het oog verloren. Tijdens de bootreis heeft zij het eczeem nog wel trachten te behandelen met wat kokosolie maar dat hielp niet voldoende. Via de maatschappelijk werker van een vriendin wordt ze nu opgevangen en gaat ze binnenkort naar de straatdokter.

Dermatologisch onderzoek toont matig scherp begrensde plaques die gepaard gaan met lichenificatie en hyperpigmentatie worden gezien in de nek en op het linker boven-



Foto 2. Eczeem en hyperpigmentatie linker bovenbeen (casus 1).

been. Diagnose: atopic eruption of pregnancy (AEP) ofwel zwangerschapseczeem (foto 1,2)

In 80% van de gevallen is er sprake van een nieuwe manifestatie van het eczeem. Onderscheidend zijn de eczemateuze voorkeurslocaties van de aandoening en een atopische constitutie (4,5).

Behandeling: hygiëne advies: geen zeep, niet langdurig douchen om verdere beschadiging van de huid te voorkomen. Symptoomverlichting met emolliërs (vetcrème of zalf) in combinatie met lokale corticosteroiden. In ernstige gevallen kunnen systemische corticosteroiden of ultraviolet-B ofwel UVB-lichttherapie overwogen worden (4).

Tenzij de patiënte last heeft van claustrofobie.

Bespreking: AEP kan zich op drie manieren uiten en ontstaat meestal tijdens het eerste trimester. AEP kan zich uiten als een atopisch eczeem en kenmerkt zich dan door het op de voorgrond staan van erytheem en droogheid van



Foto 3. Prurigo Gravidarum papels en excoriaties benen.



Foto 4. Pruritische folliculitis op het abdomen.

de huid. Een tweede uitingsvorm van AEP is de prurigo gravidarum (foto 3). Dit beeld kenmerkt zich door middel van de intens jeukende nodi op het abdomen en de strekzijde van de extremiteiten. De derde vorm, de pruritichefolliculitis (foto 4) ontstaat in het tweede of derde trimester en toont sterk jeukende folliculiden die na de geboorte verdwijnen. Voor deze drie aandoeningen gelden dat deze vroeg in de zwangerschap ontstaan, en dat er geen sprake is van gevaar voor de neonat. De aandoeningen zijn self-limiting en verdwijnen meestal in de eerste drie maanden postpartum (4).

Pruritische folliculitis is de minst voorkomende vorm van AEP en wordt veroorzaakt door een steriele ontsteking in de follikels van de huid (6).

Dermatologisch onderzoek toont folliculair gebonden papels en pustels verspreid over het bovenlichaam. Bespreking: pruritische folliculitis is te onderscheiden van andere acneiforme huidbeelden door het ontstaan in de zwangerschap en door de afwezigheid van een veroorzakend micro-organisme met een histologisch biopt (6). Behandeling: symptoomverlichting met emolliens, goede hygiëne en hydrocortison 1% met 10% benzoylperoxide combinatiepreparaten (6).

## Casus 2

Fiona is voor de eerste keer zwanger. Zij heeft veel last van de sterk jeukende huidafwijkingen die op de buik zijn begonnen. Zij maakt zich grote zorgen omdat ze tijdens

haar busreis vanuit Syrië naast iemand heeft gezeten die schurft bleek te hebben. In eerste instantie waren de huidafwijkingen in de striae te zien, maar de huidafwijkingen bevinden zich nu ook op de borsten en de bovenbenen. Fiona is illegaal in Nederland en slaapt 's avonds vaak in een kraakpand.

Dermatologisch onderzoek: urticariële plaques die zich vanuit de striae verder verspreiden over buik, borst en benen waarbij het opvallend is dat de navel gespaard blijft (foto 5).

Diagnose: Polymorphe Eruptie van de Zwangerschap (PEP).

Bespreking: PEP is een aandoening die voorkomt in de laatste weken van de zwangerschap of direct postpartum.



Foto 5. PEP (casus 2).

**Tabel 1. (Huid)veranderingen gerelateerd aan de zwangerschap (5,10,11)**

Hormonaal	Toename in de productie van oestrogeen en progesteron (direct na bevruchting eikel) Placentahormonen veroorzaken een toename in: bloedvolume en bloedstolling Toename in grootte van schildklier, hypofyse en borsten
Cytokinenprofiel	Verantwoordelijk voor het ontstaan van de vele fysiologische veranderingen van de huid, het ontstaan van de zwangerschapsdermatosen, verandering in de ernst van reeds aanwezige huidaandoeningen
Cellulaire immuniteit	Afname in de afweer vergroot de kans op infecties of stimuleren al bestaande infecties (candida, herpes simplex, genitale wratten, lepra)
Pigmentatie	Hyperpigmentatie van de tepels, vulva, middenlijn op de buik, gelaat (melasma voorhoofd en wangen)
Nagels	Broosheid, loslaten van de nagels
Haren	Toegenomen haargroei tijdens en toegenomen haaruitval na de zwangerschap Alopecia
Bindweefsel	Striae
Invloed op de zweetklieren, talgklieren en bloedvaten	Toename zweet en sebumpductie Granuloma teleangiectaticum Hemorroiden Hyperemie en hyperplasie van de gingiva oedeem Purpura Spider nevus (nevus araneus) Varices Vasomotorische instabiliteit

De pathofysiologie van polymorphic eruption of pregnancy is onbekend. Een hypothese is het ontstaan van schade door overstretching van het bindweefsel in de huid waardoor een inflammatoire reactie ontstaat. De aandoening is ondanks de hevige jeukklachten onschadelijk voor moeder en foetus en komt bij 1:160 zwangerschappen voor. De aandoening is self-limiting en verdwijnt in de eerste vier tot zes weken postpartum (7). PEP kan lastig te onderscheiden zijn van beginnende pemphigoid gestationis of prurigo gravidarum. Kenmerkend voor PEP is echter het ontstaan vanuit de striae distensae, de associatie met gewichtstoename en tweelingzwangerschappen en het vrijwel exclusief voorkomen bij primigravida's. Ook kan directe immunofluorescentie worden gedaan om pemphigoid gestationis uit te sluiten (4,7).

### Casus 3

Zulaika is 39 jaar en dakloos. Zij werd de voorafgaande avond niet toegelaten bij de nachtopvang omdat zij vreselijke jeuk en een huidafwijking heeft. Bij de opvang zeiden ze gelijk dat het schurft was en mocht ze niet naar binnen. Zulaika is erg boos want volgens haar heeft ze deze huidafwijkingen ook tijdens haar eerste zwangerschap gehad en 'toen deed niemand moeilijk'. Dermatologisch onderzoek toont urticariële plaques met



Foto 6. Pemphigoid gestationis (casus 3).



Foto 7. Striae gravidarum.



Foto 8. Granuloma pyogenicum.

blaarvorming beginnend op het abdomen die zich vanuit de navel verder uitbreiden over het gehele lichaamsoppervlak (foto 6).

Diagnose: pemphigoid gestationis (PG).

Bespreking: pemphigoid gestationis is een zeer zeldzame (1:50.000 zwangerschappen) auto-immuun huidaandoening waarbij antistoffen van de moeder, die in eerste instantie gericht waren tegen de placenta, nu gaan reageren met de eigen huidcellen van de moeder. Dit leidt tot het ontstaan van jeuk en blaren. Het ziektebeeld presenteert zich meestal aan het einde van het derde trimester of direct postpartum en gaat gepaard met een vergrote kans op een laag geboortegewicht. De aandoening is self-limiting in de eerste weken/maanden postpartum. Van de pasgeborenen toont 10% huidafwijkingen door passieve transfer van maternale antistoffen over de placenta. Deze huidafwijkingen trekken spontaan weg in de eerste weken/dagen na de geboorte.

Diagnose: pemphigoid gestationis is lastig te onderscheiden van PEP of prurigo gravidarum. Wat verschilt met deze aandoeningen is dat het laat in de zwangerschap ontstaat,

het periumbilicale gebied (gebied rond de navel) is aangedaan en dat het leidt tot het ontstaan van blaren op de huid. De diagnose wordt gesteld door het aantonen van auto-immuundeposities in de epidermis via directe immunofluorescentie (5,8)

Behandeling: symptoomverlichting, voorkomen van blaarvorming en orale antihistaminica en topicale corticosteroiden. In ernstige gevallen worden systemische corticosteroiden gebruikt. Recidieven van pemfigoid gestationis komen voor bij hevige menstruaties, nieuwe zwangerschappen en het gebruik van orale anticonceptiva (gecontra-indiceerd) (5,8)

#### Casus 4

Een 40-jarige vrouw die uit Afghanistan gevlucht is.

Diagnose: intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP).

Bespreking: stapeling galzouten door fysiologische veranderingen zwangerschap. Aangezien er geen primaire huidaandoeningen zijn is het voor de diagnostiek van belang om aanvullend bloedonderzoek te verrichten.

De diagnose wordt gesteld door afwijkende waarden van het alkalische fosfatase en bilirubine in labonderzoek. In ernstige gevallen kunnen ook een donkere urine en een vitamine K-deficiëntie worden gezien (5).

Zwangerschapscholestase is een aandoening die zich kenmerkt door het ontstaan van een ernstige generaliseerde pruritus in de late zwangerschap. De pruritus ontstaat door hormonale veranderingen die leiden tot cholestase en stapeling van galzouten in het serum van mensen met een genetisch aanleg (11). De jeukklachten trekken postpartum binnen een tot twee dagen weg, maar deze aandoening kan grote gevolgen hebben voor het kind. Zo is er een verhoogd risico (19 - 60%) op prematuriteit en op foetale distress (22 - 33%). Secundaire huidafwijkingen, zoals krabeffecten, prurigo noduli of geelzucht worden bij ernstige vormen van deze aandoening gezien (9).

Behandeling: goede monitoring van de gezondheid van het ongeboren kind is van levensbelang. Verdere behandeling bestaat uit symptoombestrijding met indifferente crèmes, colestyramine en UVB-lichttherapie. De stollingsstoornis ten gevolge van vitamine K-deficiëntie kan behandeld worden met vitamine K. Recidieven van zwangerschapscholestase komen door de genetische predispositie vaak voor bij volgende zwangerschappen en bij het gebruik van orale anticonceptiva (5,9).

#### Conclusie

Dit artikel geeft een beknopt overzicht van de typische zwangerschapsdermatosen.

Het leren herkennen van deze huidafwijkingen is ook van groot belang voor zorgverleners die in de eerste lijn werken. De huid geeft haar signalen af en het is aan ons om deze goed te interpreteren. Daar hangt veel van af, zeker als het om getraumatiseerde en gemarginaliseerde

vrouwen met een migratieachtergrond gaat. Als hulpverlener krijg je soms maar één kans en als je die verprutst dan kunnen de gevolgen aanzienlijk zijn, zowel voor de moeder als het ongeboren kind. Afgezien van de typische zwangerschapsdermatosen is het daarom ook van belang te weten wanneer een huidverandering geen nadelige consequenties heeft (tabel 1).

Bij deze willen wij dr. J. Toonstra en dhr. P.G. Leenheer bedanken voor het ter beschikking stellen van de geplaatste foto's.

Nb: de verhalen en namen van deze patiënten zijn allen fictief.

#### Literatuur

1. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M et al. **Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care.** CMAJ, 2011;183 (12): E 959- 967.
2. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, et al. **Perinatal Health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic review.** BMC Medicine, 2018;16:89.
3. Kaaja RJ, Greer IJ. **Manifestations of Chronic Disease during Pregnancy.** JAMA, 2005;294:2751-2757.
4. Zupan-Kajcovski B, Broeshart JH, Faber WR. **Specifieke zwangerschapsdermatosen.** Ned Tijdschr Geneesk, 2006;150;1549-56
5. Ambros-Rudolph C. **Dermatoses of pregnancy.** J Dtsch Dermatol Ges 2006;4(9): 748-757.
6. Roth M, Cristodor P, Kroumpouzou G. **Prurigo, pruritic folliculitis, and atopic eruption of pregnancy: Facts and controversies.** Clinics in Dermatology, 2016;34;392-400.
7. Taylor D, Pappo E, Aronson IK, **Polymorphic eruption of pregnancy.** Clinics in Dermatology. 2016;34;383-391.
8. Cohen S, Strowd LC, Pichardo RO. **Pemphigoid gestationis: a case series and review of the literature.** Journal of Dermatological Treatment, 2018;29;8:815-818
9. Williamson C, Geenes V. **Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy.** Obstet Gynecol, 2014;124:120-33.
10. Mor G, Cardenas I, **The Immune System in Pregnancy: A Unique Complexity.** American Journal of Reproductive Immunology, 2010;63;425-433.
11. De Groot AC, Toonstra J, Lorist JM, **Dermatologie voor huidtherapeuten.** 2<sup>e</sup> druk, Den Haag, Boom Lemma. 2020:547-553.

\* Lars Stoffer, BSc coassistent dermatologie, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden.

Kees Kennedy, afdeling Huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum, (LUMC), Leiden.