

“Rare zweren, bobbels en knobbels”: bijzondere uitdagingen in de alledaagse praktijk

L.M. Dekker, C. Kennedy*

De klinische praktijk is onvoorspelbaar. Wat een alledaagse wond lijkt kan soms vele vragen oproepen. Waarom zit die “zweer” in de nek, waarom lijkt die “knobbel” te bewegen, waarom ruikt die “zweer” zo vreemd? Waarom heeft die patiënt zulke “rare knobbels” op haar arm? Een uitgebreide anamnese en een grondig lichamelijk onderzoek kunnen ons dan op weg helpen naar de juiste diagnose. Niet alles is wat het lijkt te zijn. Zo kan die “zweer” in de nek een heel verhaal hebben en lijkt die “knobbel” echt te bewegen. Aan de hand van een aantal geanonimiseerde ziektegeschiedenissen (dat wil zeggen namen van zorgverleners en patiënten zijn verzonnen) tonen we u enkele huidafwijkingen met een niet zo voor de hand liggende diagnose.

De praktijk

Patiënt 1

Karin, de wondverpleegkundige, is op bezoek bij Freek, een 36-jarige man. Hij heeft sinds kort een tweetal nodi in zijn nek die zijn gaan ulcereren (foto 1). Hij vertelt ook dat hij zich al enige tijd niet zo lekker voelt. Freek vertelt dat het twee maanden geleden begonnen is met rode “plekken” die verder niet pijnlijk zijn. Het is eigenlijk vrijwel direct ontstaan nadat hij terug is gekomen uit Afghanistan waar hij als militair op een geheime missie was in een woestijnachtig gebied. Over de missie laat hij niets los, maar hij herinnert zich wel dat hij en enkele van zijn maten “gestoken” waren tijdens een nachtelijke actie. Beschermende insectenspray (DEET) en klamboes waren toen niet voorradig. Karin vertrouwt het niet. Zou Freek een tropische infectie kunnen hebben? Freek wordt op aandringen van Karin door een dermatoloog gezien die de diagnose Cutane Leishmaniasis (CL) stelt.

CL wordt veroorzaakt door de Leishmania parasiet waarvan er veel verschillende soorten zijn. Deze parasiet komt veel voor in Afghanistan, Iran, Pakistan, Algerije, Saoedi Arabië en Syrië (de Oude Wereld varianten) en in Brazilië, Colombia, Peru (de Nieuwe Wereld varianten) (1). De parasiet wordt overgedragen via een steek van een besmette zandvlieg, die zelf eerder besmet geraakt is na het steken van besmette ratten, honden of mensen. Afhankelijk van het parasiettype kunnen de huidafwijkingen al na een week tot een maand later op de insteekplaats ontstaan. Vaak is dit op onbeschermdde huid van extremiteiten, gezicht of nek. Bij Freek ontstond er na twee weken een nodus in de nek die begon te ulcereren en centraal korstvorming vertoonde. In sommige gevallen wordt daarbij ook een



regionale lymfeklierontsteking (lymfadenopathie) gezien. Afhankelijk van het soort Leishmania parasiet en het afweersysteem van de gastheer kunnen de laesies zich eventueel over het hele lichaam uitbreiden (1).

Spontane genezing van CL duurt maanden tot jaren en laat regelmatig lelijke littekens achter. Voor een zo snel en mooi mogelijk herstel van de ulcera is goede wondzorg essentieel. Het gebruik van milde zeep en water kan helpen om secundaire infectie te voorkomen. Als opties voor behandeling zijn er: lokaal op de wond vier weken paromycinezalf, lokaal stikstof, intralesionaal stibogluconaat of per os fluconazol en antimoonpreparaten (2).

Patiënt 2

Maartje, de wijkverpleegkundige, is ingeschakeld vanwege een plek op het rechter onderbeen (foto 2) bij Mae Lee,



Foto 1. Twee-tal nodi in de hals met ulceratie ten gevolge van Cutane Leishmaniasis (CL).

een 29-jarige Chinese vrouw die samen met haar man uit Ghana in een asielzoekerscentrum verblijft. Maartje denkt in eerste instantie aan een traumatisch ulcus of arterieel/veneus ulcus, maar ziet hier verder geen andere aanwijzingen voor. Opvallend is dat het ulcus vreemd ruikt en dat de randen iets ondermijnd lijken te zijn. Bij navragen vertelt Mae Lee dat de wond er al zat voordat zij naar Nederland kwam, ongeveer twee tot drie maanden geleden. Haar man



Foto 2. Buruli ulcus onderbeen. Randen tonen ondermijning.

zegt de geur van de wond te herkennen, omdat zijn neefje ook zo'n plek heeft gehad als kind. Maartje heeft een niet-pluis gevoel en verwijst meneer naar een dermatologisch centrum. Diagnose: Buruli ulcus.

Het Buruli ulcus is een mycobacteriële huidinfectie veroorzaakt door *Mycobacterium ulcerans*. Besmetting treedt waarschijnlijk op via contact met een tot nu toe nog niet bekende besmettingsbron (water, aarde of beplanting in het regenwoud) (3). De bacterie produceert een giftige stof, mycolactone, waardoor de infectie zich via het subcutane weefsel verder kan uitbreiden (2). In het eerste stadium van de infectie ontstaat vaak een pijnloze nodus of plaque die gepaard kan gaan met oedeem. In het tweede stadium ontstaat door plaatselijke necrose van het subcutane vet de huidulceratie. Het ulcus toont hierbij het typische beeld van wondranden die ondermijnd zijn. Het ulcus blijkt een karakteristieke geur te hebben, waardoor ervaren medisch personeel in endemische gebieden een Buruli ulcus klinisch kunnen herkennen (4). De huidaandoening heeft zijn naam te danken aan het Buruli district in Uganda en komt voornamelijk veel voor in gebieden met tropische regenwouden (2).

Het ulcus wordt primair behandeld met een combinatie van antibiotica, zoals rifampicine en streptomycine. Genezing van de soms zeer grote ulceraties kan leiden tot verlittekening en contracturen aan de extremiteiten. Goede wondzorg is van groot belang om de kans op complicaties, zoals littekenvorming en functieverlies, zo klein mogelijk te houden. Tot twee jaar na genezing heeft nazorg van het litteken een gunstig effect op de flexibiliteit hiervan. De nazorg bestaat uit hydratatie, massage en drukverbanden (5,6).

Patiënt 3

De 21-jarige studente Alexandra heeft sinds negen weken een rode jeukende bult op haar rechter onderbeen (foto 3). Het lijkt alsof er iets in de bult beweegt. Op de vraag waarom zij pas na negen weken komt, antwoordt zij dat zij er eerst vanuit ging dat het een gewone muggenbeet was. Ze heeft vijf maanden in Zuid-Amerika rondgetrokken, heeft regelmatig op de grond geslapen en heeft tijdens de reis soms dagenlang zichzelf noch haar kleren kunnen wassen. De wonddeskundige Delano denkt aan een furunkel aangezien er een pussende afscheiding lijkt te zijn, maar omdat Alexandra wat koorts heeft en zich niet lekker voelt, overlegt hij met de huisarts. Diagnose: myiasis.

De term myiasis wordt gebruikt wanneer vliegenlarven in het menselijk lichaam terecht komen en zich daar verder ontwikkelen. Zo legt de Dermatobia-hominisvlieg, die voorkomt in Zuid-Amerika, haar eieren op een mug die de



Foto 3. Erythematueuze nodus op rechter onderbeen met centrale opening, veroorzaakt door myiasis.

eieren dan weer achterlaat op de huid van een gastmens. Door de warmte van de huid ontwikkelen die zich tot larven en graven zich in in de huid. Op die plek ontstaat dan een kleine erythematueuze papel, welke centraal geopend is zodat de larve voldoende zuurstof krijgt. Dit



Foto 4a. Verwijdering van de larve.



Foto 4b. De larve van de Dermatobia-hominisvlieg.

geeft jeuk, gevoel van beweging in de huid en een stekende of prikkende pijn (7).

Myiasis is lastig te onderscheiden van een andere insectenbeet of een furunkel. Belangrijk in het stellen van de diagnose zijn de reisgeschiedenis en het klinische beeld dat kan variëren van een nodus tot subcutane zwellingen. Voor definitieve diagnose moet de larve na verwijdering bekeken worden door een parasitoloog (7).

De larve kan met behulp van een pincet verwijderd worden. Het is belangrijk de larve te conserveren in 80% alcohol zodat de parasitoloog de larve kan identificeren. Dit gebeurt op basis van de uitsteeksels op de larve. Door het smeren van vaseline op de opening van de huidlesie komen de larven in ademnood en kruipen zij binnen een of twee dagen naar de oppervlakte, waardoor zij gemakkelijk uit de huid gehaald kunnen worden (foto 4a,4b) (2,8).

Patiënt 4

Wijkverpleegkundige Lisette ziet Frederica, een 43-jarige vrouw met “knobbels” en “zweren” op haar linkerarm die ontstaan zijn vanuit een pijnloze rode nodus. Lisette is te weten gekomen dat de Frederica bioloog is en recent onderzoek heeft gedaan naar mossen in de regenwouden van Peru. Lisette vraagt of zij handschoenen droeg tijdens dat onderzoek, waarop Frederica lacht en zegt niet vies te zijn van de natuur. Bij lichamelijk onderzoek ziet zij op de linker arm verspreide nodi met centrale ulceraties die zich via de lymfebaan lineair verspreiden (foto 5). Met behulp van een kweek wordt de schimmel *Sporothrix Schenkii* geïsoleerd en wordt de diagnose sporotrichose gesteld. Deze schimmel komt voor in mossen en planten over de hele wereld. De meeste besmettingen worden in Zuid- en Centraal-Amerika gezien (8).

De infecties ontstaan voornamelijk op de vingers, handen of onderarmen. Door traumatisch contact met geïnfecteerde materialen dringt de schimmel de huid binnen,



Foto 5. Nodi gepaard gaand met ulceratie in verloop van de lymfebaan op linker onderarm.

bijvoorbeeld bij werken op het land of tuinieren. Twee tot vier weken hierna ontstaat er een nodus op de plaats van het trauma. Deze laesie groeit en ulcereert, waarbij geurloze pus vrij kan komen (2). In 80% van de gevallen ontstaan in de weken hierna vanuit deze plek nieuwe laesies die het patroon van de lymfebanen volgen en vervolgens ook ulcereren. Dit wordt de lymfocutane vorm genoemd. Bij gezonde patiënten beperkt de infectie zich tot de lymfocutane vorm. Maar bij onderliggende aandoeningen, zoals alcoholisme, diabetes mellitus, longziekten, langdurig gebruik van corticosteroïden, hematologische maligniteiten en HIV/aids kan deze infectie zich uitbreiden naar de longen, hersenvliezen of botten (9).

Behandeling van de cutane vormen kan plaats vinden met kaliumjodide (KI) oplossing per os of KI in een crème. In geval van een gedissemineerde infectie wordt er behandeld met itraconazol of amfotericine tot dat er sprake is van klinische genezing, wat meestal twee tot drie maanden duurt. Het is dus belangrijk om de laesies te blijven controleren. Let hierbij op tekenen van activiteit, zoals pus, wondexsudaat, korstvorming en erytheem rondom en in de laesies (9).

Bespreking

Freek, Mae Lee, Alexandra en Frederica hadden allemaal het geluk dat zij werden gezien door deskundigen op het gebied van wondverzorging. Niet altijd is de diagnose direct duidelijk. Een uitgebreide anamnese en een goed lichamelijk onderzoek leiden ons dan in de richting van de diagnose. Centraal hierbij staan: aandacht voor de patiënt, goed luisteren, met een frisse blik kijken en nieuwsgierig zijn naar wat zich presenteert. Bij deze patiënten kon in alle gevallen een juiste diagnose gesteld worden op basis van de expertise van de wonddeskundigen. De ziektegeschiedenissen tonen aan dat je verder moet kijken dan je neus lang is. Tegenwoordig heet dat “thinking out of the box”.

De wonddeskundige in westerse landen ziet in de dage-

lijkse praktijk veel verschillende ulceraties, waarvan vele vaak goed te herkennen zijn. Elke wonddeskundige kan dan ook een differentiaaldiagnose opstellen bij veel voorkomende ulcera (tabel 1). Maar soms zit er toch een aandoening tussen die in de alledaagse praktijk zelden gezien wordt. Wanneer u als wondexpert een aandoening niet herkent of vertrouwt, kijk dan nog eens kritisch naar de ziektegeschiedenis. Neem het voorbeeld van Mae Lee (patiënte 2): ondanks het klinische beeld dat lijkt op een gangbaar ulcus, is de wonddeskundige niet zeker van haar zaak. Met behulp van de anamnese brengt zij helderheid in het verhaal van de patiënte en concludeert dat er waarschijnlijk meer aan de hand is. In de bovengenoemde ziektegeschiedenissen speelden de volgende vragen een belangrijke rol: Is de patiënt recent in het buitenland geweest en zo ja waar? Is de patiënt blootgesteld aan mogelijke bronnen van infectie (insecten, begroeiing, water, dieren)? Heeft de patiënt zich adequaat beschermd tegen deze infectiebronnen (DEET, klamboe, handschoenen, etc.)? Deze vragen kunnen richting geven bij bijzondere ziektegeschiedenissen en u op het spoor zetten van een importhuidziekte.

Onze wereld is in loop der jaren “kleiner” geworden. Er wordt veel gereisd, er zijn vluchtelingenstromen uit derdewereldlanden, er zijn militaire missies naar gebieden waar vele infecties endemisch kunnen voorkomen. Kortom, we hebben steeds vaker te maken met importziekten waar we alert op moeten zijn. Daarbij worden importhuidziekten regelmatig gezien onder reizigers en immigranten uit de (sub)tropen en blijken dermatologische aandoeningen in de top drie te staan van meest voorkomende ziektes onder reizigers (10). Dit heeft als gevolg dat we in de alledaagse praktijk, en met name de eerstelijns zorg, steeds meer van dit soort “bijzondere” aandoeningen tegen gaan komen. De “rare zweren, bobbels en knobbels” dienen vertaald te worden in een dermatologische beschrijving van waaruit dan de dermatologische diagnose gesteld kan worden. Ondanks de opmars van de vele digitale mogelijkheden

Tabel 1. DD ulceraties extremiteiten

Chronisch veneuze insufficiëntie	Arteriële vaatlijden	Trauma	Infecties	Dermatosen	Maligniteiten	Erfelijke aandoeningen
Posttraumatisch	Arteriosclerose	Mechanische, chemische, thermische schade	Echtyma	Pyoderma gangrenosum	Plaveiselcelcarcinoom	Sikkelcelanemie
Posttrombophlebitis	Hypertensie	Brandwonden	Diepe mycose	Necrobiosis lipoidica	Basaalcelcarcinoom	
Posttrombotisch syndroom	Tromboangitis obliterans	Postoperatief	Mycobacteriële infecties: Lepra, Tuberculose, Buruli ulcus	Systemische sclerose	Huidlymfomen	
			Syfilis	Systemische Lupus Erythematodus	Maligne melanoom	
			Leishmaniasis		Kaposi sarcoom	
			Sporotrichose			

om iets vast te leggen in de vorm van een foto blijft het essentieel om de huidafwijkingen ook goed te kunnen beschrijven.

Als “take home message” is ons advies: blijf alert. Ook een gewoon ulcus kan zomaar een ander verhaal hebben.

Dankwoord

Dr. Ben Naafs voor het beschikbaar stellen van de foto's m.b.t. sporotrichose. Dr. Johan Toonstra voor het beschikbaar stellen van de foto m.b.t. Buruli ulcus. Pieter Leenheer, medisch fotograaf afdeling Huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum, voor het beschikbaar stellen van de Myiasis en Leishmaniasis foto's.

Literatuur

1. Pace D. **Leishmaniasis**. J Infect, 2014;69:10-8.
2. Tying SK, Lupi O, Hengge UR. **Tropical Dermatology**. Eerste druk. Hoofdstuk 5: Leishmaniasis, hoofdstuk 18: Sporotrichose, hoofdstuk 22: Buruli ulcus, hoofdstuk 31 Myiasis. Philadelphia, USA: Elsevier Inc, 2006:40-9,200-3,275-7,393-9.
3. Jacobsen K, Padgett J. **Risk factors for Mycobacterium ulcerans infection**. Int J Infect Dis, 2010;14(8):677-81.
4. Ayelo GA, SopoH GE, Houezo JG, et al. **Improving clinical and epidemiological predictors of Buruli ulcer**. PLoS Negl Trop Dis, 2018;6(8):e0006713.
5. Handleiding '**Treatment of Mycobacterium ulcerans disease (Buruli ulcer): guidance for health workers**', Genève, Zwitserland: World Health Organization (WHO);2012.
6. Faber WR, Toonstra J, Zeegelaar JE. **Buruli-ulcus**. Ned Tijdschr Dermatol Venereol, 2000;10:189-90.

7. Solomon M, Lachish T, Schwartz E. **Cutaneous Myiasis**. Curr Infect Dis Rep, 2016;18(9):28.
8. Zeegelaar JE, Faber WR. **Imported Tropical Infectious Ulcers in Travelers**. Am J Clin Dermatol, 2008;9(4):219-32.
9. Orfino-Costa R, Macedo PM, Rodrigues AM, et al. **Sporotrichosis: an update on epidemiology, etiopathogenesis, laboratory and clinical therapeutics**. An Bras Dermatol, 2017;92(5):606-20.
10. Leder K, Torresi J, Libman MD, et al. **GeoSentinel surveillance of illness in returned travelers, 2007-2011**. Ann Intern Med, 2013;158(6):456-68.

* Lucas Dekker, BSc. Geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Dr. Cornelis (Kees) Kennedy, dermatoloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden