

Samenvatting multidisciplinaire evidence-based richtlijn cellulitis en erysipelas van de onderste extremiteiten 2013

M. Meijs *

Cellulitis en erysipelas worden zowel intra- als extramuraal gezien. De incidentie wordt geschat op respectievelijk negentien en drie per 1000 patiënten per jaar (1). In ons land is een toename te zien van ernstige infecties met Groep-A-streptokokken (GAS). GAS zijn de verwekkers van erysipelas. Er zijn patiënten bij wie erysipelas regelmatig terugkomt en een chronisch karakter heeft. De weefsel-schade die hierbij optreedt gaat met veel lichamelijke ongemakken gepaard en is het erg belastend. Daarnaast zijn cellulitis en erysipelas niet ongevaarlijk. Mogelijke complicaties zijn necrotiserende fasciitis, glomerulonefritis en sepsis. Een multidisciplinaire werkgroep, bestaande uit dermatologen, microbiologen, internisten, chirurgen en huisartsen, heeft deze richtlijn ontwikkeld met als doel evidence based aanbevelingen te geven ter ondersteuning van de behandeling. Zij hebben zich beperkt tot cellulitis of erysipelas van de onderste extremiteiten.

Definities

Cellulitis en erysipelas zijn diepe, via de lymfebanen voortschrijdende bacteriële ontstekingen van de huid en subcutis, die veelal gepaard gaan met koorts, pijn en algehele malaise. Cellulitis is een acute, subacute of chronische ontsteking van onderhuids vet- en bindweefsel, hoofdzakelijk veroorzaakt door bacteriën. Erysipelas (belroos, wondroos) is een acute bacteriële infectie van de dermis en de oppervlakkig gelegen subcutis met oppervlakkige lymfevaatjes, veroorzaakt door streptokokken, maar niet altijd als zodanig aantoonbaar (foto1). De werkgroep die deze richtlijn heeft gemaakt is van mening dat wanneer het klinisch beeld wordt gekenmerkt door een acuut begin, scherp begrensde roodheid met voelbare rand die progressief is en gepaard gaat met hoge koorts, het erysipelas te noemen; in alle andere gevallen cellulitis. Omdat er in de pathofysiologie en behandeling veel overlap is en een echt diagnostisch criterium voor het onderscheid tussen beide beelden ontbreekt, is ervoor gekozen erysipelas te beschouwen als een specifieke vorm van cellulitis.

Risicofactoren

Lokale risicofactoren zijn: verminderde lymfeafvoer, verminderde arteriële en veneuze circulatie, saphenectomie (strippen van spataderen), in combinatie met aandoeningen waarbij de huidbarrière is verstoord en die gemakkelijk een porte d'entrée vormen voor de aanwezige

streptokokken en stafylokokken (zoals eczeem, intertrigo, dermatomycose, ulceraties en trauma). Een systemische risicofactor is overgewicht. Bij patiënten met lymfoedeem en een verstoorde huidbarrière moet men dus extra alert zijn. Risicofactoren voor een ernstiger verloop van cellulitis en erysipelas zijn vooral comorbiditeiten, zoals diabetes mellitus, nier- en leverfunctiestoornissen, obesitas en granulopenie. Ook patiënten met hart- en longproblemen, bij wie de vitale organen worden belast door de infectie, lopen een verhoogd risico. Al deze factoren spelen een rol bij de afweging de patiënt thuis te behandelen of in het ziekenhuis. Thuis dient de patiënt goed geïnstrueerd te worden. Bij verergering van het klinische beeld of indien inname van antibiotica niet lukt moet een opname overwogen worden.

Diagnostiek

Het stellen van de diagnose gebeurt op basis van het klinische beeld. Een kweek afnemen of bloedonderzoek heeft meestal geen bewezen meerwaarde.

Behandeling

Antibiotica

Cellulitis en erysipelas worden altijd behandeld met antibiotica. Afhankelijk van de ernst van de ziekte, de leeftijd van de patiënt en bestaande ziektes van de patiënt wordt besloten of dit per os, intraveneus, dan wel intramusculair geschiedt. Daarnaast is goede pijnstilling van

belang. Bij ernstige infecties die ziekenhuisopname vereisen is het belangrijk dat de patiënt voldoende vocht inneemt, eventueel door middel van een infuus. Om het erytheem (roodheid) te kunnen vervolgen kan men op regelmatige tijdstippen de grenzen aftekenen. Een goede behandeling van de porte d'entrée is belangrijk. Als er sprake is van necrose van de huid, is snelle chirurgische consultatie noodzakelijk om necrose uit te ruimen.

Recidiverende cellulitis en erysipelas Antibiotische profylaxe voor patiënten met veneuze insufficiëntie, lymfoedeem, recidiverende cellulitis of erysipelas zou in overweging genomen kunnen worden.

Compressietherapie

Uit ervaring blijkt dat compressie bij zwelling in de acute fase de pijn verlicht, de genezing bespoedigt en recidivering van cellulitis of erysipelas kan voorkomen. Wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van compressietherapie in de acute fase ontbreekt echter. Als oedeem blijft bestaan, moet dit adequaat bestreden worden, daar is iedereen het over eens. In ieder geval geldt dit voor patiënten die enkele weken na cellulitis of erysipelas nog steeds tekenen van oedeem hebben. Als het oedeem is verdwenen, en ook zonder kous wegblijft, hoeft de elastische kous niet meer te worden gedragen.

Necrotiserende fasciitis

Definitie: necrotiserende fasciitis is een acute bacteriële ontsteking van huid en subcutis die zich in de diepte heftig en snel verspreidt naar andere weefselstructuren. Waarschijnlijk dringt de streptokok het lichaam binnen via de keelholte, of door een geringe beschadiging aan de huid, na trauma, een brandwond of partus. De huid en subcutis zijn in eerste instantie niet aangedaan, waardoor aanvankelijk geen huidafwijkingen worden gezien. Secundair ontstaat gangreen van de bovenliggende huid ten gevolge van trombose van de bloedvaten. De symptomen van een necrotiserende fasciitis zijn vaak aspecifiek en kunnen erg lijken op een cellulitis. Het sterftecijfer is hoog, van circa 20-40% in de leeftijdsgroep 20-50 jaar tot meer dan 60% bij patiënten ouder dan 60 jaar. De meerderheid overlijdt binnen een week nadat de diagnose gesteld is. Maar ook de restmorbiditeit bij hen die de infectie overleven is aanzienlijk: de weke delen infectie verloopt vaak zo dramatisch snel, dat uitgebreide, milderende necrotectomie met fasciotomie of amputatie (bij ruim 20%) noodzakelijk is om de infectie te keren.

Klinische diagnostiek

Snelle diagnose leidt tot betere progressie van deze levensbedreigende aandoening. Van belang is de vroege zwelling, die tot buiten het gebied van de doorschemerende roodheid en erytheem ontstaat, snel op te merken.

Kenmerkend is de extreme pijn in verhouding tot de vaak onopvallende klinische verschijnselen. Zijn er al necrotische plekken op de huid te zien, dan is de diagnose duidelijk, maar de prognose veel ongunstiger.

Chirurgische onderzoek: d.m.v. een sonde die in de huid wordt gebracht, wordt gevoeld of deze vrij over de spier kan bewegen. Bovendien zal er dan pus vrijkomen.

Aanvullend onderzoek: bloedonderzoek, pathologisch onderzoek, MRI-scan.

Behandeling: de infectiehaard wordt gedraineerd en opengelegd. Er wordt gericht antibiotica gegeven.

Afspraken tussen eerste- en tweedelij

Verwijzing naar de tweedelij is geïndiceerd bij:

- Een ernstig zieke patiënt met een verminderde weerstand. Verwijs met spoed naar een chirurg bij het vermoeden van necrotiserende fasciitis.
- Onvoldoende reactie na twee tot drie dagen antimicrobiële behandeling.
- Frequentie recidieven (≥ 2 per jaar) ondanks preventieve behandeling.

Bij blijvend oedeem na vier tot zes weken (arbitraire periode) wordt aanbevolen ambulante compressietherapie toe te passen, totdat het oedeem verdwenen is, en daarna in de oedeemvrije fase een therapeutische elastische kous (TEK). Bij terugverwijzing naar de huisarts vindt uiteraard overdracht plaats door middel van een brief bij ontslag uit het ziekenhuis met informatie over therapie en controlebeleid.

Tot slot

Deze richtlijn is een eerste, evidence based, aanzet voor eenduidige zorg rondom de patiënt met cellulitis/ erysipelas. In de richtlijn is ook een flowchart opgenomen voor diagnostiek en behandeling bij cellulitis en erysipelas. Compressietherapie wordt vanaf het begin, indien het voor de patiënt te verdragen is, aanbevolen. Goede huidzorg en zonodig snel doorverwijzen bij verergerende klachten of bij veelvuldige recidieven is van belang. De nieuwe richtlijn is te downloaden via: www.huidziekten.nl/richtlijnen.

Note: nog niet alle wetenschappelijke verenigingen hebben de richtlijn officieel geaccordeerd.

Literatuur

1. Wielink G, Koning S, Oosterhout RM, Wetzels R, Nijman FC, Draijer LW. 2007 NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties, (Eerste herziening). Huisarts Wet 50: 426-44.
2. NVDV, 2013. Concept multidisciplinaire evidence-based richtlijn cellulitis en erysipelas van de onderste extremiteiten

* Miep Meijs M ANP, verpleegkundig specialist chronische zorg, ZZG Zorggroep, Groesbeek

Contact

m.meijs@zzgzorggroep.nl