

# Juveniele plantaire dermatose

Larissa Brezden, Sjoerd Bruggink, Just Eekhof

**Bij juveniele plantaire dermatose ('zweetvoetsyndroom') ziet een symmetrisch stuk van beide voetzolen er glanzend en schilferig uit. De aandoening komt voor bij kinderen en gaat meestal vanzelf over rondom de puberteit. Slecht ventilerende schoenen en sokken zijn de oorzaak.**

Juveniele plantaire dermatose (JPD) is een chronische, eczeemateuze huidaandoening die ook wel *atopic winter feet* of 'zweetvoetsyndroom' genoemd wordt. Kenmerkend zijn een symmetrisch, glanzend, schilferig huidoppervlak met pijnlijke fissuren en erytheem aan de plantaire zijde van beide voetzolen en grote tenen [figuur 1].

## ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

JPD heeft hoogstwaarschijnlijk meerdere oorzaken. Chronische inwerking van vocht (zweet) op de huid en disfunctie van de epidermale barrière spelen waarschijnlijk een rol.<sup>1,2</sup> Kinderen met atopische dermatitis zijn iets gevoeliger voor JPD omdat de barrièrefunctie van hun huid al verstoord is, maar de precieze rol van atopie bij JPD is vooralsnog onduidelijk. Bacteriële kolonisatie kan een rol spelen in het chronische beloop van de aandoening.<sup>3</sup> Schimmelinfecties en (contact-) allergie hebben geen duidelijke relatie met JPD.

Er lijkt een relatie te zijn tussen JPD en het dagelijks dragen van afsluitende schoenen van synthetisch materiaal. Slecht doorademende materialen, zoals kunststof en rubber, creëren namelijk een broei-effect bij de voeten, vooral bij de zool en de voorvoet, die het meeste zweet produceren. Soms dragen kinderen dagenlang dezelfde schoenen, waardoor hun voeten langdurig blootgesteld zijn aan een vochtig milieu. Dat leidt tot uitdroging, met schilfering en kloven tot gevolg. Door de gestoorde zweetsecretie treedt plaatselijk oedeem van de epidermis op, waardoor de karakteristieke glanzende huid ontstaat en de epidermale groeven op de voetzolen verdwijnen.<sup>1</sup>

## DIFFERENTIAALDIAGNOSE

In de differentiaaldiagnose staan contactallergie, atopisch eczeem, psoriasis, *pitted keratolysis* en *tinea pedis*.

## EPIDEMIOLOGIE

Er zijn geen betrouwbare gegevens over de incidentie en prevalentie van JPD. De aandoening komt voor bij kinderen in de basisschoolleeftijd (3-14 jaar), met een piek tussen 4 en 8 jaar, vooral bij jongens. JPD neigt naar een chronisch beloop, met een ziekte duur van 2-4 jaar.<sup>3</sup> In het algemeen wordt JPD in koudere klimaten het vaakst in de wintermaanden gezien en in warmere klimaten tijdens het droge seizoen.<sup>4,5</sup>

## WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Patiënten komen vaak met klachten van milde tot matige pijn aan beide voetbodems, met name bij lopen. Schilfering of een onfris uiterlijk van de voetzolen kan ook een reden zijn voor contact met de huisarts. De klachten ontstaan vaak geleidelijk en zijn chronisch.

## ANAMNESE

Vraag naar:

- begin en duur van de klachten
- het seizoen waarin het kind het meest last heeft
- pijn, jeuk (eczeem, *tinea pedis*)
- schoeisel (regen- en winterlaarzen, sneakers) en schoei- selhygiëne (uitgebreide blootstelling aan vocht, weinig wisselen van schoenen)
- overmatig zwetende voeten
- atopie of atopische dermatitis in de voorgeschiedenis

## ONDERZOEK

Inspectie van de huid is meestal voldoende om de diagnose te stellen. JPD is vrijwel altijd symmetrisch aanwezig op de plantaire, gewichtdragende zijde van beide voorvoeten en grote tenen, soms op de hiel [figuur 1]. De huid heeft een karakteristieke glans en gladheid, vaak met pijnlijke kloven en schilfering [figuur 2]. De huid tussen de tenen blijft gespaard, wat helpt om JPD te onderscheiden van *tinea pedis*.

JPD is een klinische diagnose, maar bij twijfel kan allergieonderzoek of een kweek van voetschilfers ingezet worden om contactdermatitis of *tinea pedis* uit te sluiten.<sup>6</sup>

## BELEID

*Adviezen* Indien het kind synthetische (sport)schoenen of sokken draagt, kan het zinvol zijn deze te vervangen door schoenen en sokken van natuurlijke materialen, zoals leer of katoen. Een ander praktisch advies is de schoenen en sokken overdag af te wisselen, met name bij gymles of sport, om de blootstelling aan vocht te verminderen en de schoenen goed te

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat eerder is gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen bij kinderen* onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis en Tobias Bonten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2022. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

## Figuur 1

Juvenile plantaire dermatose doet zich vrijwel altijd voor op beide voeten

Foto: Shutterstock



laten drogen. Ook wordt geadviseerd (thuis) zoveel mogelijk op blote voeten te lopen.<sup>1</sup>

*Indifferente zalf of crème* In aanvulling op de adviezen kan een vette basiszalf helpen bij het herstellen van de barrièrefunctie van de aangedane huid.<sup>3</sup> Breng de zalf bij voorkeur aan direct na het uitdoen van de schoenen, na het baden en voor het slapen, en bedek de plek door katoenen sokken.<sup>7</sup>

*Ureumzalf 5%* Bij een eventuele dikke hoornlaag of overmatige

## Figuur 2

Kenmerkend voor juvenile plantaire dermatose zijn schilfers en pijnlijke kloven op de plantaire zijde van beide grote tenen en voorvoeten



## DE KERN

- Juvenile plantaire dermatose is een chronische huidaandoening waarbij een symmetrisch deel van de voet zool er glanzend en schilferig uitziet.
- De aandoening komt voor bij kinderen en gaat meestal vanzelf over rondom de puberteit.
- Het advies is sokken en schoenen van synthetische materialen te vervangen door natuurlijke materialen, het schoeisel af te wisselen en op blote voeten te lopen.
- De klachten kunnen verminderen door ter plaatse zalf aan te brengen; lokale corticosteroiden zijn zelden nodig.

eeltvorming kan kortdurend een ureumzalf aan de therapie worden toegevoegd.<sup>6</sup>

*Lokale corticosteroiden* Bij veel jeuk of roodheid kan eventueel tijdelijk een lokale behandeling met een klasse-II-corticosteroid worden gegeven.<sup>7</sup>

## WANNEER VERWIJZEN?

Verwijzing is bij JPD zelden nodig, maar teleconsultatie met een dermatoloog kan uitkomst bieden bij diagnostische twijfel of bij ernstige klachten. De dermatoloog adviseert soms een calcineurineremmer (pimecrolimus- of tacrolimuscrème) in plaats van een corticosteroidcrème.<sup>8</sup>

## WAT IS AANGETOOND?

We vonden geen vergelijkend onderzoek naar de behandeling van JPD. Het beleid berust op consensus en ervaring.

## PREVENTIE EN VOORLICHTING

JPD is een chronische maar zelflimiterende aandoening, die vaak spontaan geneest rondom de puberteit.<sup>6</sup> Bij hinderlijke verergering moet een andere oorzaak worden uitgesloten. De behandeling bestaat naast voorlichting uit de genoemde adviezen over schoeiselhygiëne. Zwemmen hoeft niet te worden vermeden, mits de voeten goed worden afgedroogd en eventueel vlak daarna ingesmeerd met indifferente zalf. ■

## LITERATUUR

1. Shrank A. The aetiology of juvenile plantar dermatosis. *Br J Dermatol* 1979;100:641-8.
2. Ashton RE, Griffiths WA. Juvenile plantar dermatosis: a clinicopathologic study. *Arch Dermatol* 1985;121:225-8.
3. Bikowski J. Barrier disease beyond eczema: management of juvenile plantar dermatosis. *Pract Dermatol Pediatrics* 2010;28-31.
4. Bologna J, Jorizzo J, Rapini R. *Dermatology*. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008.

- 
5. Mackie RM, Husain SL. Juvenile plantar dermatosis: a new entity? *Clin Exp Dermatol* 1976;1:253-60.
  6. Rook A, Burns T. *Rook's textbook of dermatology*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
  7. Gibbs N. Juvenile plantar dermatosis. Can sweat cause foot rash and peeling? *Postgrad Med* 2004;115:73-5.
  8. Silverberg NB. Typical and atypical clinical appearance of atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2017;35:354-9.

Brezden L, Bruggink SC, Just Eekhof JA. Juvenile plantaire dermatose. *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1544-5. Huisartsenpraktijk Mozaiek, Den Haag; L. Brezden, huisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijns geneeskunde, Leiden; dr. S.C. Bruggink, huisarts-epidemioloog; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent: j.a.h.eekhof@lumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.