

vallen een hartlesie te bestaan. Dit percentage neemt toe, afhankelijk van de ernst, indien in het acute stadium wel carditis bestond. Een goede, lang volgehouden profylaxe na polyarthritis of chorea minor verbetert de prognose, daar recidieven verergerend werken.

Summary. Diagnosis and treatment of acute rheumatic disease. The diagnosis of acute rheumatic disease is briefly discussed on the basis of the conventional division of the symptomatology into principal and accessory symptoms. The severity of the disease and the possibility of late sequelae emphasize the need for careful supervision of the patient and systematic treatment by means of a regimen which consists of an ample period of bed rest,

radical elimination of streptococci, and analgesic and antiphlogistic medication with salicylates. Antibiotic medication in principle consists of penicillin-G administration. Salicylates are given in doses which approximate the toxicity threshold. The medication conventionally used in The Netherlands is described in detail.

Blécourt, J. J. de, J. K. van der Korst en R. L. F. Nienhuis. Klinische Reumatologie. Stafleu, Leiden, 1973.

Bots, A. W. De keelontsteking in de huisartspraktijk. Dissertatie, Leiden, 1965.

Formijne, P. (1963) Ned. T. Geneesk. 107, 113.

Goslings, W. R. O. en N. Lubsen. Antimicrobiële therapie. Agon Elsevier, Amsterdam en Brussel, 1966.

Levy, G., T. Tsuchiya, L. P. Amsel. (1972) Clin. Pharmacol. Ther. 13, 258.

Losekoot, G. en M. R. H. Stoppelman. (1969) Ned. T. Geneesk. 113, 1846.

Nederlandse Hartstichting. Vouwblad preventie van bacteriële endocarditis, 1973.

Ned. T. Geneesk. (1972) Rubriek Vraag en antwoord. 116, 751.

Pieterse, J. J. (1972) Ned. T. Geneesk. 116, 1298.

Stollerman, G. H., I. A. Pearce. (1968) Advanc. intern. Med. 14, 201.

Stoppelman, M. R. H. en G. Losekoot. (1969) Ned. T. Geneesk. 113, 1841.

Woodbury, D. M. Analgesic antipyretics, anti-inflammatory agents, and inhibitors of uric acid synthesis. In: Goodman, L. S. & A. Gilman. The pharmacological basis of therapeutics, 4th edition, Macmillan, New York, 1970.

Huidaandoeningen in de huisartspraktijk

DOOR DR. H. G. M. VAN DER VELDEN, HUISARTS*

„The skin, of course, makes detectives of all family physicians. Is the patient's rash due to diet, environment, his dog, his mother in law, or his doctor's last prescription?” – Mc. Caffery.

De huid is het meest individuele orgaan. Geen vinger-, geen lipafdruk is identiek aan een andere. Wij kunnen wel pogen „in de huid van een ander te krui-pen”, maar in de regel zal het ons nauwelijks gelukken te voorkomen dat onze huid afspiegelt hetgeen zich in ons binnenste afspeelt.

De huid is embryologisch verwant met hersenen en zenuwstelsel en dat heeft meer dan een symbolische betekenis. Zij speelt een belangrijke communicatieve rol in de relaties tussen de mensen, hetgeen niet in het minst geldt voor de arts-patiënt relatie. Zelfs indien de patiënt niet rechtstreeks een huidaandoening presenteert, kan de arts soms lichamelijk of psychosociaal dysfunctioneren aflezen aan het aspect van de huid. Gezondheid of ziekte, veroudering of spanning, zelfs geluk of onvrede zijn dikwijls waarneembaar aan de huid.

* Verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, directeur: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

De dermatologie is voor de huisarts geen „klein vak”. Aandoeningen van de huid brengen hem in aanraking met alle gebieden van de geneeskunde, met louter organische en zuiver psychosociale problemen en met alles wat daartussen aan mengvormen mogelijk is. De huisarts verkeert enerzijds in de gelegenheid allerlei stoornissen van de huid in een vroeg stadium te observeren en vele aandoeningen in hun beloop te volgen, anderzijds verkeert hij in een ongunstige positie ten opzichte van de specialist, waar het om de verdere diagnostiek en behandeling van meer uitzonderlijke of betrekkelijk zeldzame ziektebeelden gaat.

De observatie van de huid, de herkenning van min of meer typische of specifieke huidafwijkingen vereist een vaardigheid welke stoelt op de visuele herinnering, op een „déjà vu”. De huisarts kan deze vaardigheid vooral ontwikkelen en behouden ten aanzien van allerlei afwijkingen van de huid, zoals deze zich min of meer frequent in zijn praktijk voordoen.

De huisarts ontmoet in zijn dagelijks werk vele gezondheidsstoornissen en ziektebeelden welke, zelfs met de beste diagnostische benadering, niet zijn in te passen in de gebruikelijke „etiologische”

classificatie. Voor vele huidafwijkingen geldt niet alleen dat de etiologie onbekend is, zoals haaruitval en pityriasis rosea, doch eveneens dat de verschijnselen dikwijls zijn verdwenen alvorens een vermoede oorzaak is te bevestigen, bijvoorbeeld urticaria. De huisarts moet bij de hulpverlening vaak volstaan met een „werkdiagnose” welke van een ander – maar niet minder – niveau is dan de in het algemeen in de geneeskunde nagestreefde etiologische diagnose. Ook een werkdiagnose dient aan bepaalde criteria te voldoen, zij het eventueel negatieve criteria. Dit heeft immers gevolgen voor de in te stellen behandeling. Het is onjuist om een andere dan een „zò onschuldig mogelijke” therapie in te stellen, indien daarvoor niet voldoende argumenten zijn aan te voeren.

Een ongeveer veertigjarige vrouw (destijds sinds korte tijd ingeschreven in onze praktijk) bezocht het spreekuur wegens een reeds lang bestaande „jeukende plek” op een van haar onderbenen. Zij bracht een ledige tube mee van een of andere corticosteroidhoudende zalf, welke zij, volgens haar zeggen, al bijna een jaar tweemaal daags, overigens zonder succes gebruikte. Zij had de zalf elders maar steeds doen herhalen. Haar been toonde een vage, ovale wat erythematuze, enigszins schilferende plek. Patiënte was lichamelijk gezond en er waren anamnestiche geen aankno-

pingspunten voor eczeem of andere huidaandoeningen. Gegevens omtrent deze huidafwijking en de daarvoor gegeven therapie ontbraken. Er was geen „diagnose” te stellen. Het leek niet juist het destijds voorgeschreven recept te herhalen. Patiënte wilde bovendien wel eens iets anders proberen. Zij kreeg een eenvoudige zalf (1 procentige salicylvaseline), waarvan weinig kwaad viel te duchten.

Na veertien dagen verscheen zij op het spreekuur om enthousiast te vertellen dat het „eczeemplekje” nagenoeg was verdwenen. Zonder verdere behandeling herstelde de huid zich volledig. Dit zal niet het gevolg zijn geweest van „het nieuwe recept” doch veeleer van het staken van het appliceren van de corticosteroidzalf. Patiënte had overigens, naar later bleek, problemen in haar levenssituatie en presenteerde dikwijls „functionele” klachten. Waarschijnlijk was de aandacht voor haar problemen eveneens van niet geringe invloed op het resultaat.

In elk geval wordt dikwijls al te gemakkelijk en op goed geluk een of andere zalf of crème toegepast – corticosteroidzalven zijn favoriet – totdat de patiënt tevreden is of de aandoening spontaan is verdwenen. In deze is zelfs kritiek mogelijk op de voorgeschreven salicylzalf: salicylderivaten zijn wel eens de oorzaak van overgevoelighedsreacties.

In de huisartspraktijk doen zich veel huidafwijkingen voor, welke binnen korte tijd vanzelf genezen. Afgezien van de huidsymptomen, die een gevolg zijn van andere, bijvoorbeeld interne- of infectieuze aandoeningen, zijn er tal van exanthenen – „rashes” –, jeukende of niet jeukende vlekjes, blaasjes en pukkeltjes waarvan de oorzaak niet of nauwelijks is te achterhalen. De huisarts dient vooral het gewone van het bijzondere te onderscheiden. Sommige huidaandoeningen vormen het eerste of het belangrijkste symptoom van pediatrische-, interne- of neurologische ziekten (rash bij roodvonk, mazelenexantheem, halfzijdige erupties bij herpes zoster, enzovoort). Om het ongewone te herkennen is kennis van het gewone morbiditeitspatroon van belang.

Aandoeningen van de huid en van het onderhuidse bindweefsel vormen ongeveer 7 procent van alle aandoeningen, die de huisarts onder ogen komen (*Oliemans, Bentsen, Morrell*). Ook voor huidaandoeningen geldt dat een aanzienlijk deel niet aan de (huis)arts wordt gepresenteerd (*Bremer*). Vele en vooral lichte afwijkingen blijven aan zijn ge-

Tabel 1. De vijftien meest frequente aandoeningen per 2800 zielen per jaar, gebaseerd op gegevens over 1971 en 1972 in vier huisartspraktijken.

E-lijst classificatie	Aantal aandoeningen	Verwezen naar laboratorium/röntgenologie	Verwezen naar specialist	Ziekenhuisopname
Nervusfunctionele klachten . .	493	13	20	1-2
Verkoudheid zonder koorts . . .	353	3	0-1*	0-1
Verkoudheid met koorts	321	3	1	0-1
Kleine ongevallen	273	18	17	1-2
Spierpijnen, pees-aandoeningen	271	6	3	0-1
Tonsillitis acuta	182	1	4	3-4
Adipositas	173	0-1	0-1	0
Acute gastroënteritis	110	0-1	1	0-1
Acute bronchitis	105	0-1	1	0-1
Acute cystitis	94	3	1	0-1
Cerumenproppen	89	0-1	0-1	0
Hypertensie	88	3	1	0-1
Dermatitis (niet beroeps-contact-dermatitis)	80	0	2	0
Eczeem	74	0	3	0
Otitis media acuta	72	1	7	0-1

* Twee cijfers vermeld als gevolg van middeling der getallen.

zichtsveld onttrokken. Vooral ten aanzien van de huid bestaat een niet geringe zelfmedicatie (*Wadsworth c.s.*).

Ongeveer 10 procent van de contacten van de huisarts met zijn patiënten betreft huidaandoeningen (*Fry*). Enkele afwijkingen van de huid, bijvoorbeeld niet-beroeps-dermatitis en eczeem behoren tot de meest frequente diagnoses in de huisartspraktijk (*tabel 1*). Bij deze tabel, evenals bij *tabel 2* is bewust afgezien van een presentatie van de prevalentie per duizend zielen. De aantallen van verschillende aandoeningen en verwijzingen zijn te klein om alsdan nog illustratief te zijn. Bovendien zal de lezer zich – rond een gemiddelde praktijkgrootte van 2800 zielen – beter oriënteren omtrent het vóórkomen per jaar van een aantal minder frequente aandoeningen.

De huisarts krijgt jaarlijks ongeveer 80 gevallen van *dermatitis* (exclusief beroeps-dermatitis) en circa 70 gevallen van *eczeem* ter behandeling aangeboden. Dermatitis komt duidelijk meer voor bij vrouwen dan bij mannen; bij huisvrouwen onder meer tengevolge van in de huishouding gebruikte detergentia – huisvrouwendermatitis – en door contacten met chemicaliën, planten enzovoort. Dergelijke contact-dermatitiden (te onderscheiden van contacteczemen) zijn in de huisartspraktijk relatief frequent.

Cerumen (oorproppen) zou men tot

de veel voorkomende huidaandoeningen kunnen rekenen, hoewel cerumen in de regel onder de keel-, neus- en ooraandoeningen wordt gerangschikt. Hetzelfde gaat op voor *otitis externa* (*tabel 2*). Chronische persisterende otitis externa berust nog wel eens op psoriasis. Eczeem is een van de meest voorkomende huidaandoeningen. De diagnose „eczeem” is niet altijd eenvoudig, omdat de patiënt vrijwel elke dermatose, zeker als er jeuk is en de aandoening wat langer duurt, als „eczeem” pleegt aan te kondigen. Eczeem is weliswaar een omschreven ziektebeeld, dat echter door de verschillende gebruikte benamingen („dermatitis” in de Amerikaanse literatuur) alsmede door de vele exogene en endogene oorzakelijke factoren nogal eens diagnostische problemen oproept. Vooral het polymorfe beeld en het beloop in fasen (*Mali en anderen, 1972*) bieden houvast bij het stellen van de diagnose. De onderscheiding „dermatitis” versus „eczeem” is verhelderend en vergemakkelijkt zowel de diagnostiek als de therapie. Er is veel voor te zeggen dit onderscheid consequent toe te passen. Eczeem berust daarbij altijd op een constitutionele overgevoeligheid, terwijl dermatitis het gevolg is van irritatie van een in principe normale huid (*Mali, Malten en Thiele, 1973*).

In *tabel 2* wordt een overzicht gegeven van de dermatologische aandoeningen in

een aantal huisartspraktijken gedurende een jaar (gemiddelde over 1971 en 1972). De indeling vermeldt ook enkele slijmvliesaandoeningen (bijvoorbeeld conjunctivitis, gingivitis en aften) welke om hier niet nader uit te werken redenen door ons in één rubriek „huid- en slijmvliesaandoeningen” zijn samengevat. Het totale percentage „aandoeningen van huid en slijmvliezen” bedraagt volgens onze gegevens ongeveer 12 van alle aan de huisarts gepresenteerde aandoeningen. Zeven aandoeningen, zo blijkt uit *tabel 2*, vertegenwoordigen tezamen ongeveer 50 procent van de huid- en slijmvliesaandoeningen: cerumen, niet beroeps dermatitis (intertrigo, luierdermatitis, huisvrouwendermatitis) „eczeem”, cellulitis (zonder lymfangitis)*, conjunctivitis, wratten, aften, gingivitis. Met impetigo, acne vulgaris, otitis externa en „allergische dermatosen” daarbij gerekend, komt men op 10 tot 11 veel voorkomende huidafwijkingen welke tezamen 70 procent van alle huid- en slijmvliesaandoeningen in de huisartspraktijk omvatten.

Het aantal gevallen onder behandeling per praktijk per jaar daalt voor de andere aandoeningen snel tot in delen van procenten. Globaal gesteld, vormen twintig ziektebeelden tezamen 90 procent van de dermatologie in de huisartspraktijk.

Bentsen berekende bij zijn praktijkonderzoek dat ongeveer 42 procent van de huidaandoeningen infecties zijn van de huid en/of het onderhuids bindweefsel, 39 procent van de gevallen betreft eczemen en overige dermatosen. Onze eigen cijfers over 1971 en 1972 leveren een verhouding op van ongeveer 46 procent infecties (virale, bacteriële en schimmel-infecties) op het totaal van de huid- en slijmvliesaandoeningen.

Voorals bacteriële infecties komen fre-

* In de geneeskunde zijn vele voorbeelden van niet eenduidige of niet op uniforme wijze gehanteerde begrippen. Daardoor biedt elke registratie en classificatie van ziekten problemen. Dat geldt ook voor de Engelse E-lijst, een aan de huisartspraktijk aangepaste versie van de „International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death.” „Cellulitis” wordt geregistreerd in geval van ontsteking van weke delen voorzover deze ontsteking niet is onder te brengen bij een der andere diagnose-nummers.

Tabel 2. Aandoeningen van huid, onderhuidsbindweefsel en slijmvliezen. Voórkomen per praktijk (circa 2800 zielen) per jaar. Gegevens over 1971 en 1972 in vier praktijken.

E-lijst classificatie	Mannen	Vrouwen	Totaal	Percentage binnen categorie	Verwijzingen
Cerumen	43	46	89	12,1	<1
Dermatitis (niet beroeps)	34	46	80	10,9	2
Eczeem	34	40	74	10,1	3
Cellulitis (zonder lymfangitis)	24	18	42	5,7	2
Conjunctivitis	23	18	41	5,6	1
Wratten	14	22	36	4,9	12
Aften, gingivitis	16	19	35	4,8	1
Impetigo	18	16	34	4,6	1
Acne vulgaris en atheroomcyste	17	17	34	4,6	3
Otitis externa	13	16	29	3,9	<1
Allergische dermatosen exclusief eczeem .	12	13	25	3,4	1
Furunkels, carbunkels	16	8	24	3,3	<1
Panaritium, paronychium	11	11	22	3	1
„Overige” huidinfecties	10	12	22	3	<1
Huidschimmel	11	8	19	2,6	1
Insecten-beten	7	8	15	2	<1
Psoriasis	7	5	12	1,6	2
Iatrogene huidaandoeningen	3	9	12	1,6	1
Beroepsdermatitis	4	7	11	1,5	1
Clavus, eeltvorming	5	6	11	1,5	2
„Overige” huidziekten	4	5	9	1,2	3
Nagelaandoeningen	5	4	9	1,2	3
Hordeolum	5	3	8	1,1	0
Herpes simplex	3	4	7	1	0
Cellulitis (met lymfangitis)	5	2	7	1	<1
Erysipelas	2	3	5	0,7	<1
Blefaritis	2	3	5	0,7	<1
Aandoening van haren	2	2	4	0,5	1
„Overige” symptomen	2	2	4	0,5	1
Pruritis	1	2	3	0,4	<1
Seborrhoïsch eczeem	1	1	2	0,3	<1
Acute lymfadenitis	0	1	1	0,1	<1
Erythemateuze aandoeningen (exclusief bij infectieziekten)	0	1	1	0,1	<1
Scabies	<1	<1	1	0,1	1
Chronisch Ulcus (exclusief varicosum) ..	—	—	<1	—	—
Pigmentaties	—	<1	<1	—	<1
Totaal	354	+ 378	= 732 = 100%		

quent voor. Het is bekend dat het gezin jarenlang als reservoir van infecties kan dienen. Een groot aantal ziektebeelden volgt elkaar dan in bonte verscheidenheid op: impetigo, furunkels, hidradenitis, panaritium en paronychia, enzovoort (*Huygen*). Voor de huisarts is dit epidemiologisch verband belangrijk, daar het dikwijls een behandeling op gezinsbasis nodig maakt. In dergelijke gevallen van gezinsinfecties is individuele therapie vaak tot mislukking gedoemd: herhaalde nieuwe infecties in het gezin en recidieven bij de gezinsleden, alsmede het risico van late complicaties als acuut reuma of acute glomerulonefritis. Ook

niet-infectieuze aandoeningen tonen overigens een gezinsmatig beloop. Erfelijke invloeden spelen hierbij een belangrijke rol.

De huidaandoeningen die het meest frequent aan de huisarts worden gepresenteerd, omvatten dat deel van de dermatologie, dat op de polikliniek of in het ziekenhuis relatief weinig aan bod komt: zeer vroege stadia van allerlei huidziekten, passagere exanthemen en erupties en voorts weinig ernstige ziektebeelden. Vele, overigens op zich niet zeldzame huidziekten vertonen in de gewone bevolking een lage tot zeer lage prevalentie: erythrasma, pemphigus, lichen planus,

sclerodermie, vitiligo, rosacea bijvoorbeeld (zie tabel 2: „overige huidziekten”).

Belangrijke epidemiologische factoren ten aanzien van het vóórkomen van huidaandoeningen vormen het geslacht, de leeftijd en het seizoen.

GESLACHT, LEEFTIJD EN JAARGETIJD

Huidafwijkingen komen in het algemeen iets frequenter voor bij vrouwen dan bij mannen. De invloed van het geslacht op het optreden van huidziekten wordt groter als men verschillende leeftijdscategorieën met elkaar vergelijkt. De meeste contacten heeft de huisarts met patiënten uit de leeftijdsklassen van 15 tot 65 jaar, en daarbij het meest met vrouwen. Deze contacten betreffen voor een belangrijk deel, ongeveer 7 procent, huidaandoeningen (Morrell, Gage en Robinson). Bij mannen overwegen infecties, bij vrouwen eczemen (Oliemans). Op de jongste leeftijd, 0 tot 4 jaar, zijn alle voorkomende huidaandoeningen tezamen frequenter bij jongens dan bij meisjes (Gage, Robinson).

Bij kinderen komen in het algemeen infecties van de huid – impetigo vulgaris en pyodermie – op de eerste plaats, gevolgd door „allergische dermatosen” (strophulus en urticaria). Voor ongeveer 20 procent van de kinderen in de eerste levensjaren wordt wel eens de hulp van de huisarts ingeroepen wegens huidinfecties. Dit percentage daalt met het stijgen van de leeftijd tot ongeveer 5 procent op 15 tot 16-jarige leeftijd.

Het jaargetijde speelt bij sommige aandoeningen een grotere rol dan bij andere. Huidinfecties komen het gehele jaar voor, maar wat betreft bijvoorbeeld impetigo is er een daling van het aantal gevallen in het voorjaar (Hodgkin). Onze gegevens over 1971 en 1972 tonen eenzelfde tendens.

ENKELE BIJ KINDEREN VEEL VOORKOMENDE HUIDAANDOENINGEN

Impetigo vulgaris is een typische gezinsziekte, bevorderd door intensieve contacten en afhankelijk van hygiënische omstandigheden. Impetigo kan op elke leeftijd optreden doch treft meestal jongere schoolkinderen. Gedurende 1971

en 1972 registreerden wij gemiddeld 34 gevallen per praktijk (ongeveer 2800 zielen) per jaar. Dit is 4,6 procent van alle huidaandoeningen gedurende dezelfde periode. Dit percentage komt overeen met de bevinding van anderen (Berkely, 5 procent; Everett, 4,5 procent).

De meest voorkomende verwekkers in de huisartspraktijk zijn (bèta-hemolytische) streptokokken. Er zijn echter aanwijzingen dat het aantal door stafylokokken veroorzaakte gevallen toeneemt (Hodgkin). Everett vond in een praktijkonderzoek zelfs een overwegen van stafylokokkeninfecties. Een groot deel van de door hem gesignaleerde gevallen van impetigo bleek penicillineresistent. Een voor de huisarts belangrijke bevinding bij het onderzoek van Everett is de gevonden hoge correlatie tussen stafylokokkenimpetigo en vroegere ziekenhuisopname van de desbetreffende patiëntjes, een van de risico's van ziekenhuisopname van kinderen.

Bij impetigo speelt het geslacht niet zo'n grote rol als de leeftijd, hoewel de infectie vaker bij jongens dan bij meisjes wordt gezien. Gedurende het voorjaar is het aantal gevallen minder dan in het verdere jaar.

In principe is impetigo vulgaris een zichzelf genezend proces (Bremer, 1967, Mali en anderen, 1972) doch dikwijls wordt de infectie binnen het gezin verspreid en wordt de huisarts geconfronteerd met recidieven en gezinsepidemieën, tenzij het gehele gezin in de behandeling wordt betrokken. Impetiginisatie van door andere oorzaken ontstane huiddefecten treedt gemakkelijk op: eczeem, herpes simplex, insectenbeten, brandwondjes, krabbeffecten enzovoort. De huisarts dient op de mogelijkheid van dergelijke secundaire infecties te letten, zowel bij de desbetreffende patiënt als bij de overige gezinsleden. Soms breiden dergelijke infecties zich uit tot grotere, dikwijls nattende plekken: pyodermie of „coccogeen eczeem”.

Impetigo en pyodermie zijn echte huisartsgeneeskundige problemen, waarbij een gezinsmatige benadering van belang is. Dit geldt zowel wanneer wordt volstaan met een meer conservatieve therapie (hygiënische maatregelen, korstverwijdering en applicatie van bij-

voorbeeld zwavelpasta 5-10 procent, alsook in gevallen waarbij een antibioticum lijkt aangewezen.

Alhoewel rekening moet worden gehouden met een toeneming van huidinfecties door penicilline-resistente stafylokokken (een risico in dezen vormen kinderen die in een ziekenhuis werden opgenomen), blijken verreweg de meeste gevallen van impetigo nog gevoelig te zijn voor een systematische behandeling met (sulfonamiden of) penicilline. Breedspectrumantibiotica geven in de regel geen beter resultaat (Hoekelman) en dienen daarom als middel van tweede keus achter de hand te worden gehouden. In geval van dergelijke resistentie geven de meeste onderzoekers de voorkeur aan erythromycine, waarvoor vrijwel alle streptokokken en stafylokokken gevoelig zijn.

Allergische dermatosen als strophulus (prurigo acuta) en urticaria komen vooral voor bij kleine kinderen doch zijn minder frequent dan huidinfecties. Strophulus („galbulten”) komt overigens tegenwoordig minder vaak voor dan vroeger. Waarschijnlijk hangt dit samen met de verbeterde woonomstandigheden. Strophulus zou, naar men wel aanneemt – hetgeen overigens onvoldoende is bewezen (Mali) – worden veroorzaakt door huisparasieten als mijten en hondevlooiën. Urticaria („netelroos”) worden vooral gezien in de zomermaanden. Voor de huisarts is het van belang te herinneren aan reacties op medicamenteuze therapie (Aspirine, penicilline). Dikwijls is de oorzaak niet op te sporen en kan verlichting worden bereikt met toediening van antihistaminica met een vooral anti-allergische werking (dexchlorofenamine, Polaramine of mepyramine, Antalergan). Lokale toepassing van antihistaminica is weinig zinvol en kan soms tot overgevoelighedsreacties leiden.

Bij de zuigelingencontrole wordt de hulp van de huisarts nogal eens gevraagd voor het zogenaamde luiereczeem, een papuleuze soms vesiculeuze uitslag op de plaats van de luiër („napkin-dermatitis”). Door secundaire bacteriële infectie kunnen er ulceraties optreden. De naam „luiërdermatitis” is beter dan „luiereczeem”. De aandoening is geen (contact-) eczeem doch een contactder-

matitis als gevolg van irritatie van de gevoelige babyhuid door ammoniak (urine).

Sommige babies vertonen, ondanks goede zorgen van de moeder, geregeld recidieven. De huisarts, die zelf zuigelingencontrole doet, ziet gemiddeld 15-20 gevallen van luierdermatitis per jaar. De behandeling is eenvoudig: vermijden van plastic luiers, goed spoelen van de luiers en een eventuele applicatie van een beschuttende pasta (bijvoorbeeld zinkoliepasta). Secundaire bacteriële infectie is in de regel goed te bestrijden met een of andere antiseptische zalf of crème (bijvoorbeeld cetavlexcrème). Slechts in uitzonderingsgevallen is tevens een antibioticum vereist.

Een minder frequente huid-aandoening bij zuigelingen is het *eczema seborrhoicum infantum*. De moeders noemen het „berg”. Meestal rond de zesde levensweek treedt daarbij een overmatige desquamatie van huidepitheel op: lichtbruine schilferende plekken, meestal beperkt tot het behaarde hoofd. Voor verwijdering van de korsten is 1 procent salicylvaseline nuttig. Soms zijn ook diepere huidplooien aangedaan, bijvoorbeeld anogenitaal. Het is een onschuldige aandoening welke in de regel binnen enkele weken spontaan geneest. Bij volwassenen komt het eczema seborrhoicum („eczematide”) veel minder frequent voor (tabel 2). De huisarts ziet gemiddeld nog slechts 2 tot 3 gevallen per jaar, meestal bij jonge volwassenen of pubers. De verbeterde lichaamshygiëne speelt mogelijk een rol, daar eczematide in de regel goed reageert op wassen met water en zeep.

Hemangiomen worden bij de morbiditeitsregistratie in een andere rubriek ingedeeld („benigne en maligne gezwellen”). Voor de huisarts is het evenwel van belang even op deze aandoening in te gaan. Bij de zuigelingen-zorg ziet de huisarts zes tot acht patiëntjes met hemangiompjes per jaar. Vrijwel altijd betreft het de zogenaamde „strawberry naevus”. Dit hemangioom ontstaat in de regel kort na de geboorte en neemt snel in omvang toe. Dergelijke hemangiomen kunnen overal op de huid voorkomen. Sommige kunnen aanzienlijke afmetingen aannemen. De groei stopt echter

meestal na enkele maanden en duurt zelden langer. Reeds gedurende het eerste levensjaar begint het hemangioom vanuit het centrum te verbleken en geneest immer spontaan, meestal zonder restverschijnselen. Röntgenologische of chirurgische behandeling, hoe verleidelijk soms ook, is af te raden, daar dergelijke behandelingen vrijwel altijd meer littekenvorming tot gevolg hebben dan de spontane genezing. Het is uiteraard van belang dat de huisarts deze meest voorkomende hemangiomen onderscheidt van andere nevi en gezwellen welke overigens beduidend zeldzamer zijn.

Eczeem komt op alle leeftijden voor. Het klinische beeld is zeer gevarieerd en de oorzaak blijft nogal eens onbekend. Bij kinderen is na huidinfecties eczeem de meest voorkomende aandoening. De belangrijkste vorm is het *constitutioneel eczeem*, bij de patiënten bekend, wanneer het zuigelingen betreft, als „dauw-worm”. De aandoening is familiair, dikwijls tot het gezicht beperkt, en de vroege fase treedt meestal tussen de tweede en zesde levensweek op. Bij oudere kinderen zijn de elleboog- en knieplooiën voorkeur-lokalisaties. Soms wordt de aandoening verward met *eczema infantum seborrhoicum*.

Dauwworm gaat, dit in tegenstelling tot *eczema seborrhoicum*, gepaard met heftige jeuk. Het klinische beeld kenmerkt zich door erythemateuze schilferende plekken, papeltjes en vesikeltjes, toont remissies en recidieven. In de Amerikaanse literatuur spreekt men bij constitutioneel eczeem van „atopic dermatitis”, duidende op de predispositie tot het verkrijgen van atopische ziekten op latere leeftijd, zoals hooikoorts en astma.

Constitutioneel eczeem doet zich voor bij ongeveer 3 procent van de kinderen. De meerderheid van de kinderen met een constitutioneel eczeem in het eerste levensjaar ontwikkelt later geen astma bronchiale of hooikoorts (*Fry*). Het risico van „respiratoire klachten” op oudere leeftijd is verhoogd bij oudere kinderen met constitutioneel eczeem (*Grosfeld en anderen, Davie en anderen*). *Fry* registreerde in zijn jarenlange praktijkonderzoek bij 25 procent van zijn hooikoortspatiënten een constitutioneel eczeem in de kinderjaren. Bij zijn astma-

patiënten was de associatie met emotionele stoornissen (in de familie) groter (40 procent) dan met eczeem (15 procent).

De relatie tussen een allergische diathese, het optreden van eczeem en het later optreden van astma is onduidelijk. Alhoewel zich bij kinderen met eczeem en positieve huidtests relatief vaker een astma bronchiale ontwikkelt dan bij andere kinderen, is aanwezigheid of afwezigheid van een allergische diathese of een eczeem niet bepalend voor het al of niet optreden van astma (*Mc.Nicol en Williams*). Voor de huisarts is dit een belangrijk gegeven, waar de mogelijke relatie tussen dauwworm en astma bronchiale bij vele moeders ten onrechte dikwijls onnodige angsten oproept.

Naast allergische- en klimatologische factoren spelen psychologische een belangrijke rol. De soms storende huidafwijking leidt in elk geval tot een aparte benadering van het kind door de moeder en de omgeving („onbewust verstoren”). De jeuk geeft aanleiding tot krabgewoonten die zich later in spanningssituaties als een dwangmatige „tic” kunnen herhalen. Het is een nog onopgeloste vraag in hoeverre psychologische factoren een oorzakelijke rol spelen. Mogelijk heeft de aandoening op zichzelf – zoals ook geldt voor astma – een ongunstige invloed op de ontwikkeling van het kind.

Bij oudere kinderen komt het constitutioneel eczeem beduidend minder voor dan bij zuigelingen en kleuters. Soms treedt de aandoening voor het eerst op rond de puberteit. Het beeld wordt dan, zoals bekend, gekenmerkt door lichenificaties, vooral in de elleboog- en knieplooiën. Kinderen met atopische constitutie zijn gevoelig voor virale infecties. Daarnaast biedt het eczeem een goede voedingsbasis voor allerlei bacteriële infecties, die in het gezin kunnen voorkomen (steenpuisten, zweren). Pokkenvaccinatie is uiteraard gecontraïndiceerd (gevaar voor „eczema vaccinatum”).

De huisarts heeft een taak bij de bestrijding van (gezins-)infecties en bij de psychologische begeleiding van vooral de moeder. In eerste instantie kan hij dikwijls met eenvoudige maatregelen volstaan: adviezen ten aanzien van de kleding (geen wol) en met betrekking tot het verwijderen van overvloedige korst-

vorming (stijfselbadje) zijn vaak al voldoende.

Overigens vormt eczeem een van de belangrijkste indicaties voor behandeling met corticosteroidenbevattende zalf of crème. Babies, die borstvoeding ontvangen, vertonen in een relatief kleiner aantal van de gevallen constitutioneel eczeem dan babies op kunstvoeding. Dit zou ervoor pleiten om bij een in dit opzicht belaste familie-anamnese het geven van borstvoeding te bevorderen (*Epstein*).

HUIDAANDOENINGEN BIJ OUDERE KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN

Bij oudere kinderen, jongeren en volwassenen treden geleidelijk en met het stijgen van de leeftijd andere huidaandoeningen op de voorgrond. Behalve cerumen en allerlei huidinfecties (furunkels bijvoorbeeld) zijn het vooral wratten, acne vulgaris en in mindere mate schimmelinfecties. *Cerumen* neemt met de leeftijd toe. *Wratten* treden in allerlei variaties op; zij zijn het meest frequent bij kinderen en jongeren. Er bestaat een sterke neiging tot spontane genezing. Door contact met het wrattenvirus (papovavirus) – men heeft wel gedacht aan besmetting via gymnastiek op blote voeten – doen zich soms epidemietjes voor. Voor de huisarts is een afwachtende houding dikwijls voldoende (*Gold*). Afgezien van het cosmetische aspect kunnen sommige wratten door hun lokaliseringsplaats aanzienlijke hinder veroorzaken, bijvoorbeeld voetwratten. Soms is een behandeling dan ook aangewezen. Een simpele en weinig kostbare methode verdient daarbij de voorkeur, bijvoorbeeld applicatie van vloeibare stikstof of aanstippen met podophylline bij anogenitale wratten (condylomata acuminata). Voetwratten zijn soms het best onder lokale anaesthesie te excideren.

Acne Vulgaris is tijdens de puberteit, wanneer men alle lichte vormen meetelt, een vrij gewoon verschijnsel. Het klinische beeld met comedonen en eventueel folliculaire papels, pusteltjes en cysten in het gezicht en soms op schouders, rug en borst, is welbekend („jeugdpuistjes”). De aandoening toont een wisselend be-

loop. In de meeste gevallen kan de huisarts volstaan met eenvoudige maatregelen (5 procent salicylspiritus met 3 procent resorcine bijvoorbeeld). Bij meer hardnekkige en meer ernstige vormen (pustels, cysten en infiltraten) is behandeling te overwegen met tetracycline, dat in een lage dosis (500 mg daags) gedurende lange tijd dient te worden gegeven. De in de huisartspraktijk soms te gemakkelijk toegepaste crèmes of lotions met fluorcorticosteroiden bieden het risico van progressief erytheem (*Presbury*). Soms zijn ernstige persisterende nodulaire afwijkingen in het gelaat het gevolg.

Hormonale factoren spelen bij het optreden van acne een rol. Bij „pilgebruikers” is er een daling waar te nemen van huidaandoeningen welke met de sebum-productie van de huid te maken hebben: acne vulgaris, cerumen en atroomcysten. Andere huidaandoeningen nemen bij orale contraceptie echter toe: hidradenitis axillaris, lichtovergevoeligheid. Waarschijnlijk betreft het hier oestrogene effecten van de orale contraceptie (*Jelinek*). Acne vulgaris betekent voor sommige patiënten een ernstige psychische belasting. De huisarts dient daarom alle aandacht aan deze op zichzelf in de regel onschuldige afwijking te besteden. Behandeling geeft vooral problemen bij degenen, die – door nerveuze oorzaken – het krabben en drukken niet kunnen laten.

Op de volwassen en middelbare leeftijd komen naast cerumen vooral huidinfecties als *furunkels* en in mindere mate panaritium en paronychium ter attentie van de huisarts. Bij furunkels zijn vooral staphylokokken, bij andere infecties vaak streptokokken de oorzaak. Vooral furunkels treden nogal eens gezinsmatig op. Er is een afnemende van het aantal gevallen tegen de bejaarde leeftijd. Afgezien van de individuele behandeling, waarbij in de regel met een plaatselijke therapie – bijvoorbeeld zonder gebruik van pleisters – kan worden volstaan, is het nodig aandacht te besteden aan een mogelijke verbreiding van de infectie binnen het gezin.

De meeste staphylokokken in de huisartspraktijk zijn, zoals reeds werd opgemerkt, nog penicillinegevoelig. Indien

resistentie wordt vermoed en/of indien het aangewezen is om het gehele gezin te behandelen is het gewenst de gevoeligheid te doen bepalen (materiaal in Stuart-buis). Een furunkel van de neus dient tenslotte altijd met een antibioticum te worden behandeld (risico van sinus cavernosus-trombose).

In een doorsnee huisartspraktijk doen zich jaarlijks 15 tot 20 gevallen voor van *schimmelinfectie van de huid*. Het meest frequent is voetschimmel, minder vaak betreft het schimmelinfecties met een andere lokalisatie. Het geslacht speelt ten aanzien van het optreden een geringe rol. De voorkeursleeftijd is 15 tot 45 jaar. Vooral voetschimmel (meest voorkomende verwekker trichophyton rubrum en in mindere mate epidermophyton) biedt nog wel eens diagnostische problemen ten opzichte van contacteczeem (schoenleer) of psoriasis. Het KOH-preparaat (schilfer-onderzoek op schimmel) en eventueel kweek op schimmel kan de diagnose helpen bevestigen. In de regel is, behalve wassen met water en zeep en goed afdrogen, behandeling met eenvoudige antimycotica (tct. jodii, spir. dilut. aa òf 10 procent zwavelboorpasta) voldoende. Soms zijn sterker werkzame fungiciden gewenst, vooral bij nagel-mycosen (tolnaftaat, Focusan). In een minderheid van de gevallen is systematische therapie met een fungistatisch antibioticum geïndiceerd (Griseovulvine).

OUDERE VOLWASSENEN EN BEJAARDEN

Een typisch huisartsgeneeskundige aandoening, die vooral bij oudere mensen voorkomt, is *erysipelas* („wondroos”). De prevalentie is niet zo hoog (per praktijk ongeveer vijf gevallen per jaar), doch de aandoening verdient vermelding omdat de huisarts deze infectie met succes kan behandelen. Het betreft een oppervlakkige ontsteking van de huid en lymfebanen, in de regel veroorzaakt door streptokokken, die via een soms microscopisch kleine huidlesie binnendringen. De aandoening recidiveert gemakkelijk, vooral bij oudere mensen met een ulcus cruris als porte d'entree. Dikwijls is geen huidlesie zichtbaar. De plaats van voorkeur vormen de

onderste extremiteiten. In de regel is er weinig of geen pijn, wel koorts en malaise. Indien de patiënt de arts niet attendeert op de rode plek op het been – en vooral bejaarde patiënten laten dat soms na – kan de (onervaren) huisarts de diagnose gemakkelijk missen indien geen volledig lichamelijk onderzoek plaatsvindt om de oorzaak van de koorts op te sporen. Behalve behandeling met penicilline is daarna dikwijls een langwerkend penicillinepreparaat (Penidural) toe te dienen teneinde frequente recidieven te voorkomen. Iedere huisarts heeft een aantal patiënten met *ulcus cruris* onder behandeling. In een gemiddelde huisartspraktijk 5 tot 6 patiënten. Daarnaast meldt zich lang niet iedere patiënt met een *ulcus cruris* bij de huisarts. Er is wat dat betreft een grote activiteit in de paramedische sector. Deze aandoening komt ongeveer tweemaal zo vaak bij vrouwen als bij mannen voor. In de meerderheid der gevallen betreft het patiënten op middelbare of bejaarde leeftijd.

Op oudere en vooral bejaarde leeftijd neemt de overigens geringe kans op het optreden van maligne huidaandoeningen toe. Bij het landelijk onderzoek van *Oliemans* bedroeg het aantal nieuwe gevallen van *huidcarcinoom* per 10.000 patiënten 8,6 voor mannen en 6,9 voor vrouwen. De incidentie was het hoogst binnen de leeftijdsklasse boven 75 jaar, respectievelijk 176 gevallen bij mannen en 168 bij vrouwen. Onze eigen gegevens (betreffende de gehele praktijkpopulatie) tonen tien nieuwe gevallen (zes vrouwen en vier mannen) in vier huisartspraktijken per jaar.

De huisarts kan globaal twee tot drie nieuwe gevallen van *huidcarcinoom* per jaar verwachten. Het is belangrijk dat hij deze vroegtijdig herkent, want juist *huidcarcinoom* heeft bij tijdige en adequate behandeling een uitstekende prognose. *Huidcarcinoom* kan ook op jonge leeftijd optreden. De incidentie vertoont geografische verschillen (klimaat, milieu). De meeste huidafwijkingen bij oudere mensen betreffen overigens symptomen van niet-„dermatologische” ziektebeelden, zoals circulatiestoornissen, diabetes mellitus, herpes zoster, enzovoort. Juist bij oudere patiënten dient het optreden van huid-

afwijkingen de huisarts te attenderen op mogelijke achterliggende, bijvoorbeeld interne of neurologische ziekten („dermadromen”).

In principe wordt elke huidaandoening het eerst aan de huisarts gepresenteerd. De meest voorkomende aandoeningen werden in deze bijdrage besproken. De huisarts kan een groot aantal van de huidafwijkingen zelf behandelen. Bij minder vaak voorkomende ziektebeelden is hulp van een specialist dikwijls onontbeerlijk. De huisarts verwijst 6 tot 7 procent van de patiënten met huidaandoeningen naar een specialist (Continue morbiditeitsregistratie Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut 1971/1972, 6,5 procent), dit is ongeveer 40 tot 50 patiënten per jaar.

Sommige verwijzingen betreffen bijna

„vergeten” ziektebeelden welke de huisarts weer moet leren herkennen. Scabies komt bijvoorbeeld de laatste jaren weer frequenter voor (*Mali*, 1973). Hetzelfde geldt voor hoofd- en schaamluis (*phthiriasis pubis*).

Met het vorenstaande globale overzicht van de meest voorkomende huidaandoeningen in de huisartspraktijk is hopelijk hernieuwde aandacht gewekt voor een „klein vak” in de medische opleiding. Voor de huisarts is kennis van de dermatologie immers van niet gering belang. *Bremer* (1967) heeft hier reeds eerder en terecht op gewezen. De huisarts is in de gelegenheid zich te bekwamen in de diagnostiek en behandeling van veel voorkomende huidafwijkingen. De hulp van een specialist is vereist voor de verdere diagnostiek en therapie van meer ernstige ziektebeelden.

-
- Bentsen, B. G. *Illness and general practice*. Scandinavian University Books, Universitets forlaget. Oslo, 1970.
- Berkeley, J. S. (1973) *J. roy. Coll. Gen. Practit.*, 23, 428.
- Bremer, G. J. (1967) *huisarts en wetenschap* 10, 88.
- Bremer, G. J. en D. Suurmond (1967) *huisarts en wetenschap* 10, 265.
- Davie, R., N. Butler en H. Goldstein. *From birth to seven*. Longman Ltd. London, 1972.
- Epstein, N. (1974) *Canad. Fam. Phys.* 20, 62.
- Everett, M. T. (1974) *J. roy. Coll. Gen. Practit.* 24, 85.
- Fry, J. *Profiles of disease*. E. & S. Livingstone, Edinburgh & London, 1969.
- Fry, J. *Common diseases, their nature, incidence and care*. M.T.P. Medical and Technical Publishing Co, Lancaster, 1974.
- Gold, S. (1973) *Practitioner* 24, 583.
- Grosfeld, J. C. M., R. Voerhorst, J. de Vries en J. P. Kuiper (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 1218.
- Hodgkin, K. *Towards earlier diagnosis*. Livingstone Ltd., London, 1973.
- Hoekelman, R. A. (1974) *Update* 9, 12, 1635.
- Huygen, F. J. A. *Gezin en gezondheid*, Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1968.
- Jelinek, J. E. (1970) *Arch. Derm.* 101, 181.
- Mali, J. W. H., e.a. *Dermatologie van alledag*. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1972.
- Mali, J. W. H., K. E. Malten en F. A. J. Thiele (1973) *Arch. Belges Derm.* 28, 1.
- Mc.Nicol, K. M., H. E. Williams (1973) *Brit. med. J.* IV 7 en 12.
- Morrell, D. C., H. G. Gage en N. A. Robinson. *J. roy. Coll. Gen. Practit.* 19, 331.
- Oliemans, A. P. *Morbiditeit in de huisartspraktijk*. Stenfert Kroese N.V. Leiden, 1969.
- Presbury, D. G. P. (1973) *Update* 7, 1753.
- Syllabus. 21e Nijmeegse Symposion voor medische studenten, 1974.
- Wadsworth, M. E. J., W. J. H. Butterfield en R. Blaney. *Health and sickness, The choice of treatment*. Tavistock Publications (Ltd.) London, 1971.
- Williams, H. E. & K. N. Mc.Nicol (1969) *Brit. med. J.* IV, 321.