Erysipelas in de huisartspraktijk

Een historische cohortanalyse

W.J.H.M. VAN DEN BOSCH
R. MENTING
S. DE VRIES-ROELEVELD
H.J.M. VAN DEN HOOGEN

Van den Bosch WJHM, Menting R, De Vries-Roeleveld S, Van den Hoogen HJM. Erysipelas in de huisartspraktijk. Een historische cohortanalyse. Huisarts Wet 1996; 39(10): 453-5.

Samenvatting Door middel van een retrospectief kaartonderzoek werden vóórkomen, predisponerende aandoeningen en mate van recidivering van erysipelas onderzocht in de vier CMR-huisartspraktijken. De onderzoekspopulatie werd geselecteerd via de diagnosecode voor erysipelas in het CMR-bestand over de jaren 1976-1983. De betekenis van predisponerende aandoeningen werd geanalyseerd door vergelijking met een naar leeftijd en geslacht gestratificeerde controlegroep. Erysipelas werd vaker vastgesteld bij ouderen en met name bij oudere vrouwen. Een ernstig beloop of ernstige complicaties werden slechts bij uitzondering gevonden. Chronische veneuze insufficiëntie bleek de belangrijkste onafhankelijke predisponerende factor voor snelle recidivering, zij het dat deze uitkomst niet significant was. Bij 10 procent van de patiënten werd een recidief vastgesteld binnen één jaar en bij 20 procent binnen vijf jaar.

Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisarts; Drs. R. Menting en Drs S. de Vies-Roeleveld, beiden destijds medisch student; H.J.M. van den Hoogen, statisticus.

Inleiding

In leerboeken wordt erysipelas nogal eens afgeschilderd als een klinisch ernstige aandoening met veel complicaties en een hoge recidiefkans.[1] Als complicaties worden genoemd: chronisch lokaal oedeem, plaatselijke verbindweefseling en elefanthiasis, sepsis, lokale huidnecrose, subcutane abcessen en necrotiserende fasciitis.[2] Na een eerste episode met erysipelas zou in 12 procent van de gevallen al na zes maanden een recidief optreden, en in 30 procent van de gevallen na een jaar.[2]

Dit is niet altijd de ervaring van huisartsen, die veruit de meeste patiënten met erysipelas behandelen; slechts 1 à 2 procent wordt verwezen.[3 4] De mate van recidivering stelt de huisarts wel voor de vraag in welke stadium en na welke ziekte-episode profylactische behandeling zinvol zou kunnen zijn. De beschikbare informatie over erysipelas is echter in hoofdzaak gebaseerd op gegevens uit de kliniek. Alleen onderzoek in een niet geselecteerde populatie kan uiteindelijk leiden tot uitspraken over de epidemiologie, symptomatologie, predisponerende aandoeningen en het beloop van de aandoening.

Voor dit onderzoek werden de volgende vragen geformuleerd:

- Hoe is het voorkomen van erysipelas verdeeld over leeftijd, geslacht en sociale laag?
- Welke lokalisaties kwamen voor?
- Hoe vaak komen complicaties voor?
- Hoe vaak worden patiënten verwezen en/of opgenomen in het ziekenhuis?
- Welke predisponerende aandoeningen spelen een rol?
- Hoe vaak komen recidieven voor?

Methode

De Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van de Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen biedt de mogelijkheid alle patiënten op te sporen bij wie in het verleden de diagnose erysipelas is gesteld.[5] De diagnose erysipelas werd vanaf het begin van de registratie gesteld op basis van het klinische beeld van een scherp afgebakende rode, geïndureerde ontsteking van de huid en koorts. Deze definitie sluit aan bij de criteria van de ICHPPC-2-defined, zij het 'koorts' daarbij niet is opgenomen).[6]

In het CMR-bestand over de registratieperiode 1976-1983 werden alle patiënten geselecteerd bij wie ten minste eenmaal de diagnose erysipelas was gesteld. Om zo goed mogelijk uit te sluiten dat er patiënten ingesloten zouden worden bij wie geen sprake was van een eerste manifestatie maar van een recidief, werden ook de patiënten met een diagnose erysipelas in de periode 1971-1976 bij het onderzoek betrokken. Uitsluitend patiënten die minimaal vijf jaar gevolgd konden worden, werden ingesloten.

Vervolgens werden de kaarten van de geselecteerde patiënten doorgenomen aan de hand van een onderzoeksformulier met vragen over lokalisatie, behandeling, aanwezigheid predisponerende aandoeningen ten minste één maand voor het stellen van de diagnose erysipelas, eventuele complicaties en recidieven. De volgende predisponerende aandoeningen werden onderscheiden: chronische veneuze insufficiëntie, ulcus cruris, chronische huidziekten, adipositas, diabetes mellitus en decompensatio cordis. Om de betekenis van deze aandoeningen bij de erysipelaspatiënten te kunnen vaststellen, werd een controlepopulatie samengesteld uit de CMR-patiënten zonder erysipelas, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht. Omdat hiervoor de gehele CMR-populatie als basis werd gebruikt, was het niet mogelijk een multivariate analyse te te verrichten.[7]

De relatie van de mate van recidivering met een aantal beïnvloedende factoren is bepaald met behulp van een analyse met een Cox regressiemodel waarbij de invloed van leeftijd, geslacht, sociale laag en mogelijke predisponerende aandoeningen op het ontstaan van recidieven werd bestudeerd. Voor het bepaler. van de tijdsduur tot het volgende recidief werd gebruik gemaakt van een overlevingscurve,[8] waardoor het mogelijk was het beloop van alle selecteerde patiënten te volgen, ondanks uitval door overlijden of verhuizing. Iedere volgende episode van erysipelas op de-

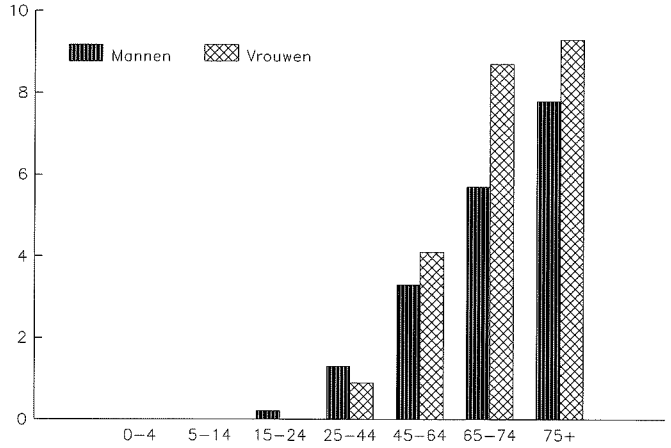
zelfde lokalisatie werd beschouwd als recidief.

Resultaten

Er werden 145 patiënten gevonden bij wie in de periode 1976-1983 een diagnose erysipelas was gesteld. Bij zes van hen ging het om een recidief na een eerdere diagnose in de periode 1971-1976, en bij twee patiënten bleek sprake te zijn van een fout in de codering. De gegevens van deze acht patiënten zijn buiten beschouwing gelaten. De ziektegeschiedenis van de overige 137 patiënten kon meer dan vijf jaar worden gevolgd, van 58 patiënten zelfs meer dan tien jaar.

- Er was een duidelijke stijging met de leeftijd, en in de oudere leeftijdscategorieën werd de diagnose vaker bij vrouwen gesteld (*figuur 1*). De diagnose werd vaker gesteld bij patiënten uit de laagste sociale laag dan op grond van de sociale opbouw van de CMR-populatie mocht worden verwacht.
- In bijna 80 procent van de gevallen was de erysipelas gelokaliseerd op de onderbenen, en in 13 procent van de gevallen was het gelaat aangedaan.
- Het aantal complicaties was beperkt; slechts bij 15 patiënten waren op de kaart complicaties genoteerd in aansluiting op de eerste ziekte-episode. Zeven patiënten ontwikkelden chronisch lokaal oedeem en vier patiënten een subcutaan abces. Eén patiënt kreeg een lokale verbindweefseling en zes patiënten kregen een andere complicatie; enkele patiënten hadden meer dan één complicatie.
- Twee patiënten hadden contact met een specialist: één patiënt meldde zich met hoge koorts en koude rillingen bij de eerste hulp, en werd korte tijd opgenomen; een tweede patiënt werd verwezen op basis van onzekerheid over de diagnose.
- In *tabel 1* zijn de aantallen patiënten met predisponerende aandoeningen opgenomen naast de verwachte aantallen patiënten uit een naar leeftijd en geslacht gestratificeerde populatie uit de CMR. Duidelijke verschillen werden met name gevonden bij chronische veneuze insufficiëntie, ulcus cruris en huidafwijkingen, terwijl er ook een aanzienlijke oververtegenwoordiging was van patiënten met overgewicht.

Bij twee patiënten werd de diagnose erysipelas pas na de acute fase gesteld. Met uitzondering van deze twee zijn alle patiënten behandeld met antibiotica, in het algemeen een oraal penicillinepreparaat. Vier patiënten werden al direct in aansluiting aan de eerste episode profylactisch behandeld. Deze vier patiënten zijn bij de



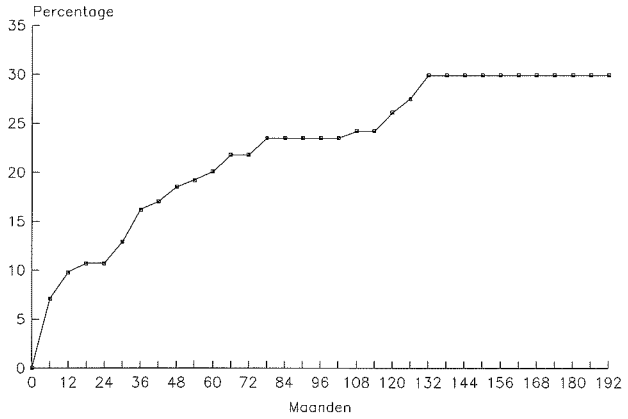
Figuur 1 Incidentie van erysipelas naar leeftijd en geslacht. Aantal diagnosen per 1.000 patiëntjaren, 1976-1983. N=137

Tabel 1 Predisponerende aandoeningen in de onderzoeksgroep in vergelijking met de verwachte comorbiditeit op basis van CMR-gegevens. Relatieve risico's met 95%-betrouwbaarheidsintervallen

	Relatief risico	95%BI
Chronische veneuze insufficiëntie	2,1	1,5-3,0
Ulcus cruris	12,2	6,1-21,9
Chronische huidziekten	2,3	1,3-3,7
Adipositas	1,9	1,4-2,4
Diabetes mellitus	1,7	0,9-3,0
Decompensatio cordis	1,4	0,7-2,6

Tabel 2 Relatie tussen predisponerende factoren en recidivering, Cox regressiemodel. Relatieve risico's en 95%-betrouwbaarheidintervallen

Factor	Relatief risico	95%-BI
Leeftijd	1,01	0,98-1,03
Geslacht (vrouw t.o.v. man)	0,92	0,38-2,21
Sociale laag (laag t.o.v. midden/hoog)	0,80	0,80-1,81
Chronische veneuze insufficiëntie	1,70	1,70-4,05
chronische huidafwijkingen	1,49	1,49-4,14
Adipositas	1,27	1,27-2,88



Figuur 2 Cumulatieve percentages recidieven van erysipelas bij 137 patiënten na de eerste vastgestelde ziekte-episode. Overlevingscurve. De eerste 5 jaar n=137; de eerste 10 jaar n=58

analyse van het beloop buiten beschouwing gebleven.

- De relatie van predisponerende aandoeningen tot het ontstaan van recidieven werd nagegaan voor een periode van vijf jaar na de eerste episode. In *tabel 2* zijn de resultaten weergegeven van een analyse met een Cox regressie model waarbij de invloed van leeftijd, geslacht, sociale laag en mogelijke predisponerende aandoeningen op het ontstaan van recidieven werd bestudeerd. Met name chronische veneuze insufficiëntie gaf een hoger relatief risico op het ontstaan van een recidief, maar het verschil was niet statistisch significant.

Figuur 2 laat zien dat 10 procent van alle patiënten een recidief had na een jaar en bijna 20 procent na vijf jaar; 30 procent van alle patiënten met een recidief kreeg een tweede recidief binnen vijf jaar.

Van de 58 patiënten die minimaal tien jaar gevolgd konden worden, kregen er 18 in die tien jaar minstens één recidief; 9 van hen maakten twee recidieven door, en 3 minstens drie recidieven.

Beschouwing

Het verrichten van indexonderzoek, waarbij alle patiënten met een bepaalde aandoening of een bepaald kenmerk geselecteerd worden uit een bestand met patiënten morbiditeitsgegevens, valt of staat met een hoge betrouwbaarheid van de registratie. Op deze wijze is het probleem van de selectie van patiënten het best aan te pakken. Binnen de CMR wordt veel aandacht besteed aan het verhogen van de betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens. Door de langdurige registratie en door de mogelijkheid op elk moment codes te corrigeren, omdat het beloop tot andere inzichten heeft geleid, kan zowel het aantal fout-negatieve als het aantal fout-positieve diagnosen zoveel mogelijk beperkt worden.

De diagnose erysipelas is in het algemeen goed af te grenzen van andere huidinfecties. De combinatie van een omschreven, pijnlijke roodheid en (hoge) koorts en de voorkeurslokalisaties geven, samen met het beloop, meestal weinig aanleiding tot diagnostische verwarring. Bovendien wordt erysipelas in de E-lijst, anders dan in de ICHPPC-2 (034) en de ICPC (S76), ondergebracht in een aparte diagnostische klasse.

Erysipelas is voor de huisarts een belangrijk ziektebeeld, niet omdat hij de diagnose zo vaak zal stellen – in een gemiddelde praktijk gebeurt dat ongeveer zes maal per jaar –, maar omdat de aandoening vaak gepaard gaat met een beeld van acuut ziek-zijn met hoge koorts en koude rillingen.

De gevonden leeftijds- en geslachtsverdeling was in overeenstemming met de literatuurgegevens, evenals de gevonden lokalisaties.

Erysipelas in de huisartspraktijk bleek een relatief weinig ernstig ziektebeeld, waarbij zich weinig ernstige complicaties voordeden. Chronische veneuze insufficiëntie, ulcus cruris en chronische huidziekten werden in de onderzoeksgroep veel vaker aangetroffen dan in de gehele CMR-populatie. Een multivariate analyse waarbij gebruik gemaakt wordt van een gerichte controlegroep, zou meer licht werpen op de betekenis van deze bevindingen.

Het aantal recidieven op korte termijn was lager dan uit de literatuur bekend is. Daarentegen kwamen zelfs tien jaar na de eerste episode nog recidieven voor.

Het zou interessant zijn ook het beloop na opeenvolgende recidieven – al dan niet na profylactische behandeling – te onderzoeken. Dat zou dan echter in een veel grotere populatie moeten gebeuren dan voor dit onderzoek beschikbaar was.

Literatuur

1 Jorop-Ronstrom C, Britton S. Recurrent erysipelas. Predisposing factors and cost of profylaxis. Infection 1987; 15: 105-6.
2 Chartier C, Grosshans E. Erysipelas. Int Dermat 1990; 29: 459-67.
3 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM Ziekten in de huisartspraktijk. 2e dr. Utrecht: Bunge, 1994.
4 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. 2e dr. Lelystad: MediTekst, 1994.
5 Van Weel C, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. De Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen. Huisarts Wet 1986; 29: 373-7.
6 ICHPPC-2-defined. Oxford: Oxford University Press, 1983.
7 Gardner MJ, Altman DG. Statistics with confidence. London: BMJ, 1989.
8 Cox DR, Oakes D. Analysis of survival data. London: Chapman and Hall, 1984.