

Hand-voet-mondziekte

INLEIDING

In onze praktijk en op de huisartsenpost zagen we in de winter van 2015-2016 opvallend veel kinderen met plekjes rond de mond. Bij veel kinderen werd dit aangezien voor impetigo, maar fusidinezuurcrème en orale antibiotica hadden geen effect. Omdat we twijfelden aan de diagnose, hebben we per e-mail overlegd met collega's aan de hand van foto's die we gemaakt hadden. Een PCR middels eSwab uit een open laesie bij een van de patiënten bevestigde dat het om hand-voet-mondziekte ging.

EPIDEMIOLOGIE

Hand-voet-mondziekte is een doorgaans onschuldige virusziekte waarbij in de mond, op de handen en op de voeten kleine, pijnlijke, roodomrande blaasjes ontstaan. De infectie komt vooral voor bij kinderen tot 10 jaar en verloopt meestal symptomloos; bij slechts 10-20% treden klinische verschijnselen op.² Hand-voet-mondziekte wordt geregistreerd onder ICPC-

Samenvatting

Van Dijk-van Casteren BGH, Van de Laar FA, Giesen PHJ. Hand-voet-mondziekte. Huisarts Wet 2017;60(4):184-6.

In de winter van 2015-2016 bleken opvallend veel kinderen hand-voet-mondziekte te hebben. Deze ziekte wordt veroorzaakt door enterovirussen waaronder coxsackie-virus A16 en enterovirus 71. Het virus verspreidt zich via neus- of keelslijm en via vocht uit blaren en ontlasting. Slechts 10-20% van de besmette personen krijgt klinische verschijnselen. Na een incubatietijd van drie tot zes dagen volgt een prodromale fase met lichte koorts, algehele malaise en misselijkheid. Aansluitend verschijnen in de mond rode maculae die overgaan in vesikels, waaruit kleine ulcera ontstaan. Bij twee derde van de kinderen ontstaan papels met gele vesikels op handpalmen en voetzolen, bij een derde ontwikkelen deze zich ook bij de genitaliën.

Meestal genezen de huidafwijkingen na acht tot tien dagen spontaan, bij minder dan 1% ontstaat ernstige complicaties. Neonaten in de eerste twee weken hebben meer risico op fulminante infecties. Daarom is het beter dat vrouwen in het laatste trimester van de zwangerschap en neonaten niet in contact komen met besmette personen, maar aangezien de infectie meestal asymptomatisch verloopt, is dat niet eenvoudig. Bij een infectie is goede hygiëne van belang en moet de patiënt voldoende blijven drinken ondanks de pijnlijke blaasjes. Zo nodig kan pijnstilling worden gegeven in de vorm van paracetamol, ibuprofen of lokaal lidocaïne-egel 2%. Consulteer collega's en licht ze in bij een bevestiging van de diagnose hand-voet-mondziekte.

Een meisje met impetigo

Een 4-jarig meisje bezoekt met haar vader de huisartsenpost vanwege uitbreiding van impetigo rond haar mond en naar de handen ondanks drie dagen gebruik van telefonisch voorgeschreven fusidinezuurcrème. Er heerst krentenbaard op school.

De huisarts ziet een niet-ziek meisje met een temperatuur van 37,2 °C. Rond haar mond bevinden zich verschillende lenticulaire laesies met gele crustae. Verder zijn er rood omrande blaasjes, gelige vesikels in de mond en op de handen, verspreid over de romp en op de voeten. De huisarts denkt ook aan impetigo en besluit vanwege de uitbreiding over te gaan van fusidinezuurcrème op flucloxacilline.

Twee dagen later komt moeder met het meisje bij de eigen huisarts ter controle. Het meisje is niet ziek. De blaasjes, crustae en rode plekjes lijken toegenomen. Bij onderzoek is exantheem te zien in de splijtnlijnen van de handpalmen en voetzolen, met karakteristieke, erythemateuze, ellipsvormige papels met gele vesikels van 3-7 mm diameter, omringd door een rode hof.

De huisarts twijfelt aan de diagnose 'impetigo' en vermoedt hand-voet-mondziekte. Met toestemming van de moeder worden er foto's gemaakt en per e-mail voorgelegd aan een collega-huisarts, die meekijkt (zie **figuur**). De huisarts neemt met een eSwab materiaal af uit een open laesie en vraagt een PCR aan. Daaruit komt geen stafylokok naar voren, zoals bij impetigo, maar een enterovirus 71.

De huisarts legt moeder aan de hand van Thuisarts.nl uit dat deze virusinfectie doorgaans onschuldig is en zonder littekens geneest.¹ Moeder is opgelucht, maar vindt het wel vervelend dat haar kind onnodig antibiotica kreeg. De collega's en de huisartsenpost worden geïnformeerd over deze niet-meldingsplichtige ziekte.

code A76.03 en ICD-10-code B08.4; de precieze incidentie is niet bekend. De ziekte vertoont vaak een epidemische verheffing en een daarvan deed zich voor in huisartsenpraktijk Thermion te Lent. Deze praktijk is aangesloten bij het registratienetwerk FaMe-net, waaraan ook praktijken in Oosterhout, Nijmegen, Amstelveen, Olst en Franeker meedoen. Tussen augustus 2015 en juni 2016 werden in Lent 31 nieuwe gevallen geregistreerd, 18 jongens en 13 meisjes, allen tussen de 0 en 5 jaar oud. Dit

De kern

- Als een kind plekjes rond de mond heeft, houd dan rekening met hand-voet-mondziekte en inspecteer ook de handpalmen en voetzolen, of laat dat doen.
- Schrijf niet ongezien fusidinezuurcrème voor bij de klacht plekjes rond de mond.
- Bij twijfel over de diagnostiek: neem een kweek af en consulteer een collega in de praktijk of eventueel per e-mail, zo mogelijk met foto's van mond, handen en voeten.
- Deel de uitslag met collega's en meld een epidemische verheffing bij de huisartsenpost.
- Besmette personen moeten goede hygiëne in acht nemen en contact met zwangeren en neonaten vermijden.
- Verwijs ouders naar de rubriek hand-voet-mondziekte op Thuisarts.nl.

bracht de leeftijdspecifieke incidentie op 3,1%; een jaar eerder was dat 0,5%. Binnen de andere praktijken in het registratienetwerk was de leeftijdspecifieke incidentie gemiddeld 1%.

PATHOGENESE EN SYMPTOMEN

Hand-voet-mondziekte wordt veroorzaakt door enterovirusen, meestal het Coxsackie-virus A16 of enterovirus 71.^{3,4} Verspreiding vindt plaats via hoesten of door direct contact met neus- of keelslijm, vocht uit blaren of ontlasting. De besmettelijke periode begint drie tot zeven dagen vóór de eerste ziekteverschijnselen; en het virus wordt tot twee weken na infectie nog uitgescheiden via de keelholte en drie tot elf weken via de ontlasting. Vaak verloopt een besmetting zonder symptomen.

Bij patiënten met ziekteverschijnselen volgt na de incubatieperiode een prodromale fase met lichte koorts, algehele malaise en misselijkheid. Aansluitend verschijnen op de tong, het mondslijmvlies, de farynxboog of het palatum molle rode maculae, die overgaan in vesikels van 2-5 mm diameter. De vesikels confluëren en er ontstaat een ulcus met een diameter van 4-8 mm en kleine zweertjes.

Bij twee derde van de kinderen met klachten verschijnen hierna in de spleetlijnen op de handpalmen en voetzolen erythemateuze, ellipsvormige papels met gele vesikels (3-7 mm) omringd door een rode hof, die niet jeuken. Bij een derde van de kinderen is ook bij de genitaliën een papuleuze uitslag zichtbaar.

De huidafwijkingen genezen meestal spontaan zonder littekenvorming in acht tot tien dagen.

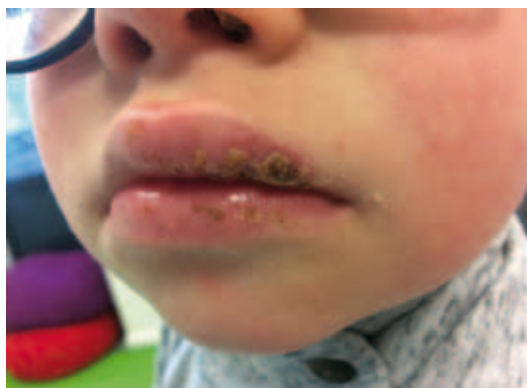
De ziekte verloopt doorgaans mild. Bij kinderen is er een verhoogde kans op uitdroging door de pijnlijke blaasjes in de mond. Sporadisch (minder dan 1%) ontstaan ernstige complicaties op neurologisch, cardiovasculair en respiratoir gebied, vaker bij enterovirus 71 dan bij Coxsackie-virus A16.²

RISICO'S EN DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Het virus passeert de placenta. Er is geen duidelijk bewijs dat een infectie tijdens de zwangerschap de kans op abortus, vroeggeboorte of congenitale afwijkingen verhoogt. Bij de meeste neonaten zijn de symptomen mild, maar in de eerste twee levensweken is er een verhoogde kans op een fulminant beloop met ernstige complicaties, zoals multiorgaanfalen. Idealiter hebben zwangeren in hun laatste trimester en neonaten dus geen contact met iemand die hand-voet-mondziekte heeft, maar het meestal asymptomatische beloop van de infectie maakt zulke contacten lastig te vermijden.⁵

De diagnose 'hand-voet-mondziekte' wordt gesteld op geleide van het klinische beeld, eventueel aangevuld met een viruskweek of PCR uit een vesikel. In de differentiaaldiagnose staan waterpokken, impetigo, mazelen, herpetiforme gingivostomatitis, angina herpetica, mononucleosis infectiosa, recidiverende afteuze stomatitis, insectenbeten en vesiculaire tinea pedis.⁶ Hand-voet-mondziekte mag niet verward worden met mond- en klauwzeer, een veeziekte veroorzaakt door het aftovirus die sporadisch bij mensen voorkomt en waarbij blaarvorming en viremie optreden.⁷

Figuur Blaasjes, korstjes en rode plekjes bij kinderen met hand-voet-mondziekte.





Hand-voet-mondziekte verloopt doorgaans mild.

BEHANDELING

De behandeling van hand-voet-mondziekte bestaat uit uitleg, geruststelling en een advies voor goede hygiëne. Spontaan herstel is te verwachten binnen een tot twee weken. Het is wel van belang het kind voldoende vocht aan te bieden als het uit zichzelf onvoldoende drinkt omdat drinken pijn doet. Zo nodig kan als pijnstilling paracetamol of ibuprofen worden voorgeschreven; pijnlijke ulcera kunnen eventueel worden aangestipt met orale lidocaïnegeel 2%.^{2,8} ■

LITERATUUR

- 1 Mijn kind heeft hand-, voet- en mondziekte [internet]. Utrecht: NHG, 2016. Thuisarts.nl, geraadpleegd februari 2017.
- 2 LCI-richtlijn Hand-voet-mondziekte. Den Haag/Bilthoven: Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekten/RIVM, 2011.
- 3 Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. Edinburgh: Elsevier/Churchill Livingstone, 2006:150-7.
- 4 Verboon-Macrolek MA, Nijhuis M, Van Loon AM, Van Maarsseveen N, Van Wieringen H, Pekelharing-Berghuis MA, et al. Diagnosis of enterovirus infection in the first 2 months of life by real-time polymerase chain reaction. Clin Infect Dis 2003;37:1-6.
- 5 World Health Organisation. Fact sheet hand, foot and mouth disease. Manila: WHO, 2012.
- 6 Ramdass P, Mullick S, Farber HF. Viral skin diseases. Prim Care 2015; 42:517-67.
- 7 Grubman MJ, Baxt B. Foot-and-mouth disease. Clin Microbiol Rev 2004; 17:465-93.
- 8 Opstelten W, Van Essen T. Hand-, voet- en mondziekte. In: Eekhof J, Knuistingh Neven A, Bruggink S, Scherptong-Engbers M, redactie. Kleine kwalen bij kinderen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2016:53-6.

UW CASUS IN HG-W?

Bent u ook een geval in uw praktijk tegengekomen dat u graag deelt met uw medelezers? Maak er foto's van en beschrijf de casus volgens onze auteursrichtlijnen, te vinden op www.henw.org.

Het gaat om een of meer casussen met relevante, toepasbare informatie voor de huisarts in de praktijk. Uitgangspunt is de beschreven klacht van de patiënt. Het kan gaan om een zeldzame, maar ook om een veelvoorkomende aandoening gaan.

Ook de bespreking van een klinisch probleem (diagnose, belangrijk symptoom of symptomencomplex) plaatsen we graag in deze rubriek in de vorm van een korte en kernachtige bespreking.

Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org.

