

De nazaat van een kleurrijke horzel

Yvonne Gresnigt, Roy Beijaert

Inleiding

Met de toename van avontuurlijke reizen naar tropische streken wordt ook de kans groter om een bijzondere tropische aandoening mee naar huis te nemen.¹ Tropische witte raven van voorheen krijgen in de huisartsenpraktijk van vandaag geleidelijk een grijs kleed. Tot deze grijze vogels behoren ook de parasitaire huid-aandoeningen.² In dit geval de cutane myiasis, waarbij een horzellarve opgroeit in de huid van een reiziger. De hieronder beschreven patiënt kwam op het spreekuur in de praktijk in Utrecht. Tijdig herkennen van cutane myiasis en het paraat hebben van praktische behandelmogelijkheden kan het beperkt aantal patiënten dat met een dergelijke aandoening bij de huisarts komt een hoop ellende en een verwijzing besparen.

Ziektegeschiedenis

In september meldde zich de heer Maurits, een 38-jarige gezonde man op het spreekuur, daags na een vakantie in Guatemala waar hij onder andere een lange kanotocht over de Rio Dulce had ondernomen. Hij had sinds een week een 'pukkel' op zijn hoofd, die niet wilde genezen. Er kwam regelmatig wat bloederig vocht uit. De heer Maurits had geen koorts, geen pijn. De plek jeukte een beetje. Bij inspectie, vergemakkelijkt door patiënt's kaalheid, openbaarde zich een kleine, furunkelachtige ontsteking van ongeveer 1 cm. Er had zich een crusta gevormd met wat induratie eromheen. De bult fluctueerde niet. Na het verwijderen van crustae en lichte expressie werd geadviseerd het wondje dagelijks uit te douchen. Na een week kwam de heer Maurits terug met, zoals hij dat zelf noemde 'zijn punthoofd'. Hij had ook nu geen koorts of malaise. Wel hoorde hij iets knagen. Pijn deed het niet. De heer Maurits herinnerde zich niet tijdens zijn reis op het hoofd gestoken te zijn. De bult was gegroeid (3-4 cm). Bovenop zat een kraterachtige opening waaruit bloederig vocht lekte. Met een pincet werd de wond tot 1,5 cm diepte geëxploreerd. Behalve wat débris kwam er niets naar buiten. Omdat er geen duidelijke infectiekenmerken waren, besloten we geen antibiotica te geven maar hem naar een tropenkliniek te verwijzen.

Bij het interdisciplinair huisartsenoverleg kwam het onderwerp aan bod. Een collega adviseerde de wond met vaseline af te dekken, aangezien dat een eventuele parasiet vanwege zuurstofgebrek naar buiten zou kunnen lokken. De aanpak werd de heer Maurits via zijn voicemail voorgelegd.

Auteursgegevens

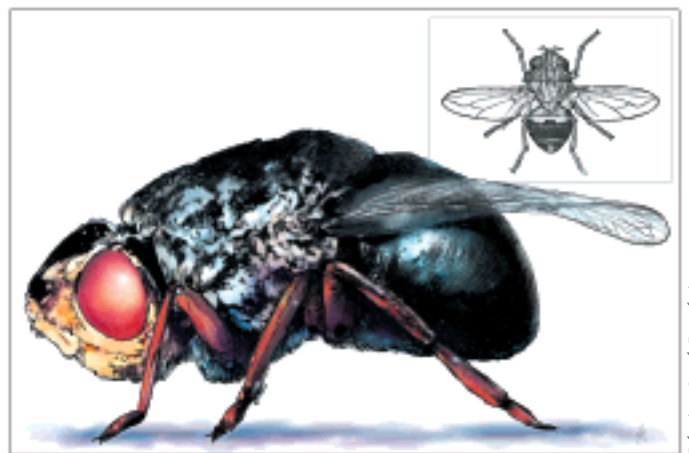
drs. Y.W.M. Gresnigt, huisarts, Kievitstraat 2, 3514 VB Utrecht;

drs. R.P.H. Beijaert, huisarts te Maarsen.

Correspondentie: beijgres@wxs.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De volgende dag verscheen hij op het inloopsprek uur. Hij moest lang wachten voor hij in het ziekenhuis terecht kon en vroeg daarom nu om radicale excisie van de wond met inhoud. Het tegenvoorstel was om eerst de aanpak met vaseline uit te proberen. Over de wond werd een dikke laag gewone vaseline aangebracht. De volgende ochtend had een rupsachtige parasiet zijn weg naar buiten gevonden. Het bleek te gaan om de larve van de *Dermatobia hominis*, een horzel uit Latijns-Amerika (figuur 1). Enkele dagen later was de wond restloos genezen. De afspraak met het tropenziekenhuis werd afgezegd.

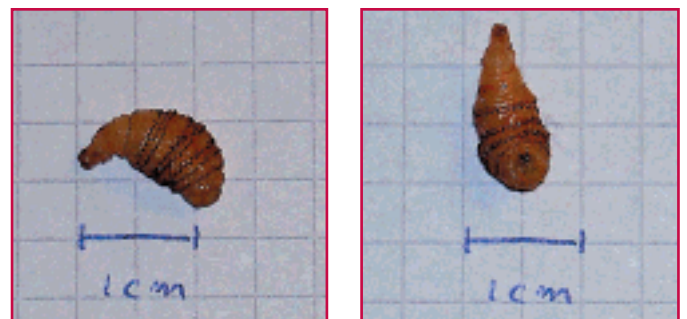


Tekening: Luuk Poorthuis

Figuur 1 *Dermatobia hominis*

Bespreking

De heer Maurits had een vorm van cutane myiasis (myia = vlieg), een parasitaire huidinfectie door de larve van vlieg of horzel (figuur 2). De *Dermatobia hominis* is een horzel van 14 tot 16 millimeter, gemakkelijk te herkennen aan zijn eigele kop, zijn donkerblauwe lijf en zijn oranje poten.³ Deze horzel leeft in Midden- en Zuid-Amerika. Eenzelfde soort myiasis komt voor in Afrika, ten zuiden van de Sahara en wordt daar veroorzaakt door *Cordylobia anthropophaga*, de toemboe-vlieg.³



Figuur 2 De larve van de *Dermatobia hominis*.

Links: zijaanzicht. Rechts: vooraanzicht. Vooraan de bolle zijde zijn de V-vormige kaken te zien.

Levenscyclus van *Dermatobia hominis*

De *Dermatobia hominis* is een niet-stekende horzel die leeft van kadavers. Het vrouwtje heeft de opvallende gewoonte om zich (vaak tijdens de vlucht) vast te klampen aan (meestal) muggen en 12 tot 20 eieren af te zetten op de buik van de mug (vector). De kleverige eitjes blijven daar hangen totdat de mug zich gaat voeden met het bloed van mens of dier. De eitjes komen dan op de huid van de nieuwe gastheer. Soms zijn de eitjes zo rijp dat ze, geprikkeld door de lichaamswarmte van de gastheer, direct uitkomen. Een net uitgekomen larve (eerste stadium) heeft minder dan een halfuur nodig om zich met zijn forse kaken door de huid te boren. Soms gebruikt hij de muggensteekopening als porte d'entrée. Als hij niet wordt lastiggevalen, resideert de larve 10 tot 15 weken in de huid. In zijn spitse staart zitten ademspleten. Om te ademen steekt hij zijn staart in de richting van de ingang van zijn verblijfplaats. Met doornachtige uitsteeksels verankert de larve zich in de huid waardoor hij lastig te verwijderen is. De larve voedt zich met bloedelementen en necrotisch weefsel. Na nog twee ontwikkelingsstadia verlaat de volgroeide larve (18-25 mm) de huid, valt op de grond en verpopt zich.⁴ Drie weken later ontpopt zich een kleurrijke horzel.

Ziektebeeld

De patiënt zou zich eventueel een steek van een mug kunnen herinneren. Het is echter niet waarschijnlijk dat het binnendringen van de larve van de *Dermatobia hominis* gevoeld wordt. In de eerste week voelt de gastheer meestal niets, hooguit wat (nachtelijke) jeuk op de plek van de wond. Geleidelijk wordt een plekje zichtbaar dat in de tweede week op een furunkel gaat lijken. De wond groeit en kan met het vorderen der weken pijnlijk worden. Kenmerkend zijn de uitvloed van bloederig vocht en de ervaring dat er iets in de wond beweegt.⁵ De beweging van de larve kan een pijscheut geven. Er is lokale zwelling en weefseldestructie. Wanneer de omgevende huid rood wordt of warm aanvoelt, is er sprake van secundaire infectie, meestal met een stafylokok of streptokok (erysipelas). Als er geen secundaire infectie optreedt, geneest de wond snel nadat de larve de huid heeft verlaten.

Behandeling

Wanneer de opening in de huid luchtdicht wordt afgesloten, zal de larve, door zuurstofgebrek, meestal proberen naar buiten te kruipen. Er zijn veel afsluitmiddelen beschreven, zoals vaseline, superlijm, nagellak en kauwgom.⁶ Een extra argument voor een dikke laag vaseline is het idee dat de larve (zoals bij de heer Maurits), na extrusie, eventueel in de vaseline blijft hangen en niet elders aan het graven slaat. Vergroting van de wondopening

tezamen met expressie kan het uittreden van de larve bespoedigen. Ook is een aanpak beschreven waarbij een lokaal anaestheticum wordt geïnjecteerd en de verdoofde larve door een vergrote wondopening met een pincet wordt verwijderd. De larve is dan echter nog wel eens incompleet, met de eventuele infectieuze gevolgen van dien. Een gifzuiger is een derde mogelijkheid. Het gaat dan om een *venom extractor* in de vorm van een injectiespuit met voorzetstuk dat op de huid aansluit. De larve wordt hiermee compleet naar buiten gezogen.⁶ Wellicht is het zinnig om de larve vooraf te verdoven met een lokaal anaestheticum, zodat hij zich niet actief kan fixeren. Een secundaire infectie behoeft een nat verband of, bij een ernstige bacteriële huidinfectie als erysipelas, een antibiotische aanpak. Als laatste alternatief wordt excisie, al of niet radicaal met het gehele ontstekingsgebied, beschreven.⁷

Conclusie

Met niet-invasieve methoden als afsluiten met vaseline of verwijdering met behulp van de gifzuiger lijkt cutane myiasis in de huisartsenpraktijk goed te behandelen. Tijdige herkenning van het huidbeeld zal daaraan een belangrijke bijdrage leveren. Kenmerken als niet-genezende zwelling met krater, aanhoudend sijpelen van bloederig vocht en bewegingssensatie bieden daarbij houvast. Bij tijdige herkenning zal verwijzing meestal niet nodig zijn en kan radicale excisie die in de heekundeliteratuur sporadisch nog als behandeling van eerste keuze vermeld staat,⁷ worden voorkomen.

Omdat reizen naar tropische regio's niet meer uitzonderlijk is, valt het te overwegen om bij de volgende herziening van de NHG-Standaard (Bacteriële) Huidinfecties aandacht te besteden aan uitheemse huidinfecties.

Literatuur

- 1 Kain KC. Skin lesions in returned travelers. *Med Clin North Am* 1999;83:1077-102.
- 2 Johnston M, Dickinson G. An unexpected surprise in a common boil. *J Emerg Med* 1996;14:779-81.
- 3 Leenders ACAP, Brijker F, Nagtzaam Q. Het kruipt en het is...? Verdenking van Myiasis. *Infectie Bulletin* 2002;13:291-3.
- 4 Horrevorts AM, Boutkan H, Breslau PJ, Bijlmer HA. Myiasis door *Dermatobia hominis*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1083-5.
- 5 Guse ST, Tieszen ME. Cutaneous myiasis from *Dermatobia hominis*. *Wilderness Environ Med* 1997;8:156-60.
- 6 Boggild AK, Keystone JS, Kain KC. Furuncular Myiasis: A simple and rapid method for extraction of intact *Dermatobia hominis* larvae. *Clin Infect Dis* 2002;35:336-8.
- 7 Sampson CE, MaGuire J, Eriksson E. Botfly myiasis: case report and brief review. *Ann Plast Surg* 2001;46:150-2.