

Bacteriële huidinfecties in de praktijk: Over putjes en puistjes, vlekjes en plekjes

Aansluitend op de NHG-Standaard *Bacteriële huidinfecties* is een Programma voor Individuele Nascholing (PIN) gemaakt waarin de diverse aandoeningen worden besproken aan de hand van casuïstiek. Huisartsen die niet zijn geabonneerd op de PIN's missen deze mogelijkheid om hun kennis over het onderwerp op te frissen. Daarom vat *In de praktijk* een aantal casussen voor u samen, waarbij een kijkje wordt genomen in de spreekkamer van huisarts Zwinkers.

Jeuk en uitslag

Abdul, 17 jaar, komt vanwege jeuk en uitslag in zijn liezen bij Zwinkers. Abdul heeft laatst 'wat met een meisje gehad' en vraagt zich af of zijn klachten daar iets mee te maken hebben. Voor zover hij weet had dat meisje nergens last van.

Zwinkers vraagt naar een eventuele soa, maar er blijkt geen coïtus te hebben plaatsgehad. Bij lichamelijk onderzoek ziet Zwinkers geen ecoulement, maar wel onderstaande huidlaesie.



Dit is het typische beeld van erythrasma: scherp begrensde, roodbruine, fijn schilferende plekken die vooral zijn te vinden in de liezen en oksels. Het verschil met dermatomycosen is dat centrale genezing en

randactiviteit ontbreken, maar dit is soms moeilijk te zien. Meestal geeft erythrasma weinig klachten, soms is er irritatie of jeuk. De verwekker is meest waarschijnlijk *Corynebacterium minutissimum*. Deze grampositieve corynebacterie is verwant aan de *Propionibacterium acnes* en maakt deel uit van de normale huidflora. Mogelijk spelen warmte, zweeten, obesitas en diabetes een oorzakelijke rol. Ook kan erythrasma ontstaan als secundaire infectie bij intertrigo. De aandoening komt voornamelijk voor bij volwassenen.

Zwinkers geeft voorlichting over de onschuld van de aandoening en legt uit dat die alleen bij klachten als irritatie of jeuk – zoals bij Abdul – hoeft te worden behandeld. Hij geeft de volgende adviezen:

- ▶ Vermijd factoren die maceratie van de huid bevorderen, zoals warmte, vocht en wrijving.
- ▶ Was de huidplooiën eenmaal daags (bij voorkeur weinig zeep gebruiken); de aangedane huidplooiën daarna goed droogmaken.

Er is discussie over de werkzaamheid van miconazol of fusidinezuur. Vanwege het lastige onderscheid met dermatomycosen is de eerste keus miconazolcrème: 2 dd maximaal 6 weken of tot de aandoening genezen is. Bij onvoldoende verbetering na 4 weken komt fusidine-

zuurcrème in aanmerking: 3 dd gedurende maximaal 14 dagen, of bij uitgebreide en hinderlijke laesies oraal claritromycine: 2 dd 250 mg gedurende 7 dagen, of azitromycine: 1 dd 500 mg gedurende 3 dagen.

Putjes in de voet

Simone, 18 jaar en fanatiek sporter, heeft putjes aan haar voetzolen. Deze variëren in grootte en soms laat de huid los. Zwinkers ziet voeten als op onderstaande afbeelding.

We spreken hier van 'pitted keratolysis'. Meestal geeft dit geen klachten maar in combinatie met zweetvoeten wel een hinderlijke geur en irritatie. Waarschijnlijk speelt een combinatie van vocht, warmte, corynebacterie (behorend tot de normale huidflora) en mogelijk ook andere bacteriën (*Streptomyces*) een rol.

Over de behandeling van pitted keratolysis



bestaat discussie. Aanpak van overmatige transpiratie van de voeten is de eerste stap: laat aluminiumchloride-oplossing 20% FNA voor de nacht op de voeten aanbrengen en 's ochtends afwassen. Als na twee tot vijf dagen de huid droog is, de behandeling enkele malen per week herhalen. Heeft dit geen effect, dan kan miconazolcrème 2 dd maximaal 6 weken, of een lokaal antibioticum zoals erytromycine-applicatievloeistof 2 dd gedurende 14 dagen worden overwogen. Hoewel lokale behandeling met erytromycine alleen voor acne is geregistreerd, geeft de standaard hieraan toch de voorkeur om fusidinezuur zoveel mogelijk te reserveren voor een stafylokokken- of streptokokkeninfectie.

De beruchte teek...

De familie Witter heeft een weekendje gekampeerd op de Veluwe. Suzan van 12 en Bram van 9 liepen allebei een tekenbeet op. De teken zijn zonder problemen met een pincet verwijderd, maar na enkele dagen kreeg Bram een vurige rode plek van ongeveer een centimeter. Bij Suzan was niets meer te zien.

Zwinkers twijfelt over een mogelijke besmetting bij Bram. Op de plaats van de beet kan direct een ontstekingsreactie ontstaan door stoffen in het speeksel van de teek en dat heeft geen relatie met *Borrelia*. Maar de vlek kan zich ook ontwikkelen tot een erythema migrans. Zwinkers vertelt dat bij verwijdering van de teek binnen 24 uur de besmettingskans klein is, ook al zou het snuitje van de teek in de huid achterblijven. Dit zweert er, net als een splinter, vanzelf uit. Zwinkers legt uit dat bepaling van *Borrelia* IgM- en/of IgG-antistof-

fen bij erythema migrans en een ziekteduur korter dan 2 weken in minder dan 50 procent van de gevallen een seropositieve uitslag oplevert. De IgM- en IgG-antistoffen ontstaan gemiddeld respectievelijk 3 en 6 weken na de infectie, dus een negatieve testuitslag bij erythema migrans sluit een infectie niet uit. Ook kunnen aangevonden IgG-antistoffen wijzen op een eerder doorgemaakte infectie; dit kan zelfs het geval zijn in combinatie met IgM-antistoffen. De prevalentie van IgG-antistoffen is afhankelijk van de regio en wordt geschat op 4 tot 8 procent. Voor het stellen van de diagnose erythema migrans is serologisch onderzoek niet zinvol. Wel bewijzend is een seroconversie. Zwinkers stelt voor af te wachten en geeft de NHG-Patiëntenbrief *Tekenbeet* mee. Hierin staat dat contact moet worden opgenomen als Bram in de maanden na de tekenbeet:

- ▶ een rode vlek op de huid krijgt die steeds groter wordt (groter dan 5 cm);
- ▶ een rode of blauwrode vlek krijgt in combinatie met griepachtige klachten zoals koorts, hoofdpijn of spierpijn;
- ▶ dubbel gaat zien of een scheef gezicht krijgt;
- ▶ pijn, krachtverlies of tintelingen in zijn ledematen krijgt;
- ▶ gewrichtsklachten krijgt.

Enkele weken later komt de familie Witter terug. Bij Bram verdween de vurige plek na enkele dagen en de huid is gaaf. Maar Suzan voelt zich wat griepiger en bij haar heeft zich een vlek op het been ontwikkeld zoals op onderstaande illustratie.

Zwinkers vraagt zich af welke mogelijkheden er bestaan naast serologie. Kweken van een huidbiopt van erythema migrans heeft een sensitiviteit van 60 tot 80 procent, maar dit duurt 2 tot 6 weken en de kweektechniek is in Nederland beperkt beschikbaar. De sensitiviteit van Polymerase Ketting Reactie (PCR) op huidbiopten loopt uiteen van 25 tot 90 procent, afhankelijk van de gebruikte techniek. De standaard adviseert geen aanvullende diagnostiek vanwege de lage sensitiviteit van laboratoriumtests bij een vroege



presentatie van erythema migrans. Gezien de grote kans op Lyme-borreliose wordt bij het klinisch beeld van erythema migrans na een (vermoedelijke) tekenbeet direct gestart met de behandeling:

- ▶ bij erythema migrans: doxycycline 2 dd 100 mg gedurende 10 dagen;
- ▶ bij contra-indicaties voor doxycycline (allergie, zwangerschap of lactatie) of bij kinderen jonger dan 13 jaar (vanwege de ontwikkeling van de verstandskiezen): gedurende 14 dagen amoxicilline, volwassenen 3 dd 500 mg, kinderen 50 mg per kg lichaamsgewicht per dag (maximaal 3 dd 500 mg);
- ▶ bij overgevoeligheid voor amoxicilline: gedurende 5 dagen azitromycine 1 dd 500 mg, kinderen 10 mg per kg lichaamsgewicht per dag.

Kweken bij furunkels

Mevrouw Jonkers, 57 jaar, heeft diabetes mellitus en geregeld spelen bij haar furunkels op, soms gerelateerd aan oplopende bloedsuikers. Naast een goede hygiëne (wassen met povidonjodium of chloorhexidine) overweegt Zwinkers preventief een neuscrème voor te schrijven. Maar welke?

De standaard adviseert eerst materiaal af te nemen voor een kweek ter bepaling van *Staphylococcus aureus* neusdragerschap. Als de kweek negatief is, moet deze na een week herhaald worden. In een onderzoek was de positief-voorspellende waarde van twee positieve kweken (met een interval van een week) op permanent dragerschap 79 procent, na afname van één kweek 69 procent; de negatief-voorspellende waarde van twee negatieve kweken was 100 procent. Een kweek is ook belangrijk omdat eventuele resistentie van belang is bij de keuze van de neuscrème.

Bij een positieve neuskweek voor stafylokokken heeft fusidinezuur-crème 3 dd gedurende 7 dagen per maand en maximaal 6 maanden de voorkeur. Bij resistentie voor fusidinezuur is mupirocine-neuszalf een goed alternatief.

Man bijt hond

De triagiste op de huisartsenpost vertelt Zwinkers dat mevrouw Koppe door de hond in haar vinger is gebeten. Haar man wilde de hond bij haar weghalen en werd toen ook gebeten, in zijn hand. Het echtpaar ontving recentelijk nog DTP-vaccinaties omdat ze op reis gingen. De triagiste adviseerde de wonden goed te spoelen en af te dekken. Zwinkers twijfelt. Terecht, want bij bijtwonden met een hoog infectierisico is profylaxe met antimicrobiële middelen aangevraagd. Het gaat dan om amoxicilline/clavulaanzuur 3 maal daags, 500/125 mg (kinderen 10/2,5 mg per kg lichaamsgewicht) per dag, of bij een penicillineovergevoeligheid doxycycline of clindamycine gedurende 5 dagen.

Een hoog infectierisico geven:

- mensen- of kattenbeten;
- bijtwonden aan de hand, pols, been of voet;
- alle diepe prikbeten die niet afdoende te reinigen zijn;
- alle kneusbijtwonden waarbij beschadigd weefsel moeilijk te verwijderen is (zoals bij paardenbeten).

Verder is profylaxe van infecties bij bijtwonden geïndiceerd bij patiënten:

- zonder milt;
- met een verhoogd risico op endocarditis (kunsthartklep of ernstige klepaandoening);
- met een kunstgewricht;
- met een verminderde weerstand zoals bij diabetes mellitus of gebruik van orale corticosteroiden.

*Willem Draijer en Louwrens Boomsma,
beiden huisarts en wetenschappelijk medewerker NHG*