

Wondroos

WAT IS HET PROBLEEM?

Huidinfecties komen vaak voor. De bijbehorende roodheid of pijn is voor de patiënt meestal de reden om naar de dokter te gaan. Bij diepe huidinfecties gaat het meestal om het been, de arm of het gezicht en de klacht gaat regelmatig gepaard met koorts en algehele malaise. Het is soms lastig onderscheid te maken tussen diepe bacteriële huidinfecties zoals erysipelas, cellulitis en erysipeloïd, en andere diagnoses zoals diepveneuze trombose (DVT), tromboflebitis, contactdermatitis, necrotiserende fasciitis of hypostatisch oedeem bij varices.

WAT MOET IK WETEN?

Cellulitis is een bacteriële infectie van de subcutis, terwijl erysipelas een bacteriële infectie van de huid én subcutis is die gepaard kan gaan met koorts, koude rillingen, algemene malaise, hoofdpijn en braken. Een scherpbegrensd erytheem is kenmerkend voor erysipelas, waarbij de huid ook warm en geïndureerd is. De veroorzaker is meestal *Streptococcus pyogenes*, soms andere (bètahemolytische) streptokokken of *Staphylococcus aureus*. Erysipelas komt gemiddeld voor bij 5-6 per 1000 patiënten per jaar, maar de incidentie bij ouderen boven de 75 jaar is hoger: 8,1 per 1000 patiënten. Diabetes mellitus, hartfalen of lymfoedeem vergroten het risico op erysipelas, en ook de kans op complicaties indien ze onbehandeld blijven. De infectie kan de lymfebanen (verder) aantasten, waardoor er (meer) oedeem ontstaat. De aanwezigheid van oedeem geeft een verhoogde kans op recidieven. Chronisch NSAID-gebruik kan de ontstekingsverschijnselen maskeren. Erysipelas is een klinische diagnose. Aanvullend onderzoek is niet nodig om de diagnose te stellen.

WAT MOET IK DOEN?

Vraag naar de aard en het beloop van de klachten, vraag of de patiënt koorts of koude rillingen heeft (gehad). Beoordeel of er een verhoogd risico is voor erysipelas: immuuncompressie, diabetes mellitus, hartfalen, lymfoedeem, overmatig alcoholgebruik of eerdere soortgelijke huidinfecties. Vraag naar werk in de vlees- of visverwerkende industrie, dit geeft een verhoogde kans op erysipeloïd (huidinfectie met door dieren overgebrachte bacterie *Erysipelothrix rhusiopathiae*, waarbij feneticilline eerste keus is). Vraag bij twijfel over het onderscheid met DVT naar risicofactoren. Koorts en koude rillingen maken DVT onwaarschijnlijker. Denk bij een rode en warme huid bij een gewricht ook aan jicht.

Vraag de patiënt of hij/zij een porte d'entrée heeft (gehad) en zoek deze actief. Vaak zit deze tussen de tenen, in de vorm van ragaden of door dermatomycose, maar ook een ulcus cruris of een 'gewone' wond kan de ingang zijn. Let op roodheid, warmte, pijn, zwelling en functiebeperking. Wees bij blaarvorming bedacht op necrotiserende fasciitis.

Behandel een vastgestelde erysipelas met flucloxacilline 4 dd 500 mg oraal gedurende 10 dagen. Een smalspectrumpenicilline is voor de *Streptococcus pyogenes*-infectie voldoende, maar gezien de kans op een menginfectie met *Staphylococcus aureus*, die in 80% van de gevallen bètalactamase vormt, is flucloxacilline de eerste keus. Geef bij een allergie voor penicilline claritromycine 2 dd 500 mg oraal gedurende 7-10 dagen (kinderen 2 dd 7,5 mg/kg lichaamsgewicht/dag) of azitromycine 1 dd 500 mg oraal gedurende 3 dagen (kinderen 10 mg/kg lichaamsgewicht/dag).

Verwijs de patiënt met spoed bij (vermoeden van) zeer zeldzame complicaties als sepsis, necrotiserende fasciitis of gangreen. Verwijs ook bij persisterende hoge koorts én niet reageren op antibiotische behandeling binnen 48 uur.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat de klachten worden veroorzaakt door erysipelas, wat in de volksmond ook belroos of wondroos wordt genoemd, en dat dit een bacteriële infectie van de huid is. Vertel dat het belangrijk is om dit te behandelen met een antibioticum om complicaties als bloedvergiftiging te voorkomen. Leg uit dat de patiënt binnen 24-48 uur effect moet merken, maar dat de roodheid nog enkele weken kan aanhouden. Tijdens het herstel kan de huid vervellen. Noem alarmsymptomen en adviseer om dan direct contact op te nemen: blijvende koorts, zieker worden, meer pijn of het niet verdragen van de medicatie. Als pijnstilling mag de patiënt paracetamol of een NSAID nemen. Adviseer een goede hygiëne en zo mogelijk hooghouden of compressief zwachtelen van het aangedane lichaamsdeel. Leg uit dat het risico op een recidief groter is na elke episode. Vraag de patiënt daarom om terug te komen bij soortgelijke klachten, benadruk het belang van goede hygiëne in geval van een wond of ander huiddefect en leg uit dat hier soms aanvullende behandeling voor nodig is, zoals een antimycoticum. Verwijs de patiënt naar verdere informatie over wondroos naar thuisarts.nl. ■

LITERATUUR

- 1 Bruggink S. Geen consensus over het effectiefste antibioticum bij cellulitis en erysipelas. *Huis Wet* 2011;54:175.
- 2 Sillevius Smit JH, Van Everdingen JE, Van der Horst HE, Starink TM. *Dermatovenereologie voor de eerste lijn*. Houten: BSL, 2009.
- 3 Wielink G, Koning S, Oosterhout RM, Wetzels R, Nijman FC, Draijer LW. NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2007;50:426-44.