

Man met pijnlijke, rode onderbenen

Casus

Op het spreekuur komt een gezonde 18-jarige man met een sinds twee dagen bestaande pijnlijke roodheid aan beide onderbenen. Hij heeft geen koorts. Een week eerder heeft hij meegedaan aan een survivalweek en meer inspanning geleverd dan normaal. Tijdens de survivalweek heeft hij vooral aan abseilen en mountainbiken gedaan. Er was geen sprake van compressie van buitenaf, bijvoorbeeld door een touw.

Bij lichamelijk onderzoek zien we een niet-zieke adolescent met op beide onderbenen een niet-verheven, scherpbegrensde, circulaire, niet-wegdrukbaar pijnlijke roodheid, ter grootte van een kinderhandpalm. De onderbenen vertonen pitting oedeem [foto].

Differentiaaldiagnostisch denken we aan verbranding, erythema ab igne en mechanische compressie van buitenaf. Na een teledermatologische consultatie bij een dermatoloog wordt de diagnose capillaritis gesteld en besluiten we een tubigrip aan beide onderbenen aan te leggen. Na twee weken zijn de roodheid en de pijn verdwenen.



Foto: auteurs

BESCHOUWING

Capillaritis is een benigne huidruptie die gekarakteriseerd wordt door de aanwezigheid van petechiën, purpura en toegenomen huidpigmentatie. Het wordt ook wel purpura simplex of inflammatoire purpura zonder vasculitis genoemd.^{1,2} Er is weinig bekend over de incidentie en prevalentie van de ziekte.³

Er zijn meerdere subtypen van capillaritis, vaak genoemd naar de dermatoloog die de aandoening ontdekte. De ziekte van Schamberg is het meestvoorkomende subtype.^{4,5}

Capillaritis kan op elke leeftijd voorkomen, bij beide geslachten in dezelfde verhouding. Er is niet één duidelijke oorzaak, meerdere factoren kunnen een rol spelen bij de ontwikkeling: veneuze hypertensie, beweging, gelokaliseerde infectie, alcohol, contactallergenen zoals rubber en reacties op medicatie zoals paracetamol of infliximab.^{4,5} Van geen enkele factor is echter bewezen dat deze bijdraagt aan het ontstaan van capillaritis. Er is geen associatie met hematologische afwijkingen zoals trombocytafwijkingen of stollingstoornissen. Bij deze patiënt was de toegenomen beweging de vermoedelijke oorzaak. Het klinisch beeld liet geel- en roodbruine, niet-wegdrukbare maculae zien. Het niet-wegdrukbaar aspect is het gevolg van de neerslag van hemosiderine. De aandoening zit meestal op de onderbenen, maar kan ook op andere delen van het lichaam voorkomen. Typisch is dat handpalmen, voetzolen, gelaat en genitaliën daarbij worden gespaard.¹

Perivasculaire infiltraten, extravasatie van erythrocyten, oedeem en hemosiderine neerslag zijn de klassieke (histo)pathologische bevindingen bij dit ziektebeeld.¹

De diagnose wordt gesteld op basis van het klinisch beeld. Laboratoriumonderzoek heeft geen toegevoegde waarde. Een huidbiopt behoort tot de mogelijkheden wanneer de diagnose niet duidelijk is.

Behandeling van capillaritis is alleen nodig bij symptomen die hinder veroorzaken of bij cosmetische bezwaren. De

meeste onderzoeksdata over de behandeling zijn gebaseerd op kleine groepen, waardoor de beste behandeloptie niet duidelijk naar voren komt.⁴ De volgende eerstelijnsbehandelingen zijn mogelijk: afwachten (aangezien capillaritis in sommige gevallen spontaan verdwijnt), vermijden van bovengenoemde uitlokkende factoren, het dragen van elastische kousen (om de extravasatie van erythrocyten en het daarmee gepaarde oedeem te verminderen) of het topicaal aanbrengen van corticosteroiden 1-2 maal daags gedurende 4-6 weken. In de tweede lijn zou fotherapie nog een behandeloptie kunnen zijn. De prognose van capillaritis is goed. De aandoening verdwijnt langzaam over een periode van weken tot maanden.³

Capillaritis is een benigne huidruptie met een onbekende oorzaak, die op elke leeftijd kan voorkomen. Het is een diagnose die zelden in de huisartsenpraktijk wordt gesteld. Bij patiënten met pijnlijke, niet-wegdrukbaar roodheid dient de benigne diagnose capillaritis in de differentiaaldiagnose te staan. ■

LITERATUUR

- 1 Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, Callen JP. *Dermatology*. Oxford: Saunders, 2012.
- 2 Van Vloten WA, Degreeft HJ, Stolz E, Vermeer BJ, Willemze R. *Dermatologie en venereologie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000.
- 3 Sardana K, Sarkar R, Sehgal VN. Pigmented purpuric dermatoses: an overview. *Int J Dermatol* 2004;43:482.
- 4 Newton RC, Raimer SS. Pigmented purpuric eruptions. *Dermatol Clin* 1985;3:165.
- 5 Tristani-Firouzi P, Meadow KP, Vanderhooft. Pigmented purpuric eruptions of childhood: a series of cases and review of literature. *Pediatr Dermatol* 2001;18:299.