

Nagelriemontsteking

WAT IS HET PROBLEEM?

Huisartsen zien regelmatig patiënten met een rode pijnlijke vinger, die ook vaak warm en gezwollen is. Patiënten kunnen de aangedane vinger dikwijls niet goed gebruiken. Het gaat meestal om een paronychia, ook wel nagelriemontsteking of 'omloop' genoemd. Deze kan beperkt blijven tot een lokaal infiltraat, maar kan zich ook ontwikkelen tot een abces.

WAT MOET IK WETEN?

Met een incidentie van 4,1/1000 patiënten per jaar is paronychia de meest voorkomende handinfectie. De typische kloppende pijn wordt veroorzaakt door ophoping van ontstekingsproducten en geringe zwelmogelijkheid in vinger of teen. Paronychia komt op elke leeftijd voor, iets vaker bij mannen dan bij vrouwen. De acute vorm (< 6 weken bestaand) wordt vrijwel altijd uitgelokt door een trauma, waarbij door het wegvallen van de natuurlijke barrière een infectie met micro-organismen kan ontstaan. Daarbij betreft het meestal de *Staphylococcus aureus*. Bij chronische paronychia (> 6 weken bestaand) staat niet de pijn, maar roodheid en zwelling op de voorgrond. Het betreft dan meestal een schimmelinfectie met *Candida albicans*. Ook deze chronische vorm wordt geïnitieerd door een huidtrauma, vaak in de vorm van langdurige (beroepsmatige) blootstelling aan irritantia, zoals vocht (zoals bij duim- of vingerzuigen) en/of chemicaliën. Complicaties bij een paronychia treden zelden op, maar bij een subunguaal abces zijn blijvende nagelbeschadigingen en -deformaties mogelijk. Ernstiger complicaties bij een verwaarloosde paronychia zijn uitbreidingen tot ontsteking van de gehele vinger-top (panaritium subcutaneum), de peesschede (panaritium tendinum) of het bot (panaritium ossale).

WAT MOET IK DOEN?

Vraag naast ernst en karakter van de pijn, naar de duur van de klachten, voorgeschiedenis (vooral huidproblemen en diabetes mellitus), medicatiegebruik (met name retinoiden, antiretrovirale middelen, immunosuppressiva), het al dan niet bestaan van koorts of algehele malaise en eventueel initiërend trauma, zoals duim- of vingerzuigen, nagelbijten of onzorgvuldig omgaan met nagelknipper of -schaar. Vraag bij chronische klachten of er beroepsmatig of in de vrije tijd sprake is van langdurig contact met irritantia, zoals vocht en/of chemicaliën. Let op het bestaan van wondjes of abcesvorming en eventuele aanwijzingen voor andere vinger- of teeninfecties. Sluit overige diagnoses, zoals ingroeïende nagel (unguis incarnatus) en de complicatie panaritium, uit.

Kies bij acute paronychia, afhankelijk van de uitgebreidheid van de ontsteking, voor de gepaste therapievorm. Hanteer bij een lokaal infiltraat zonder abcesvorming een expectatief beleid. De aangedane vinger of teen moet rust houden en beschermd worden tegen stoten. Verder zijn er geen extra maat-

regelen noodzakelijk, ook geen lokale middelen. Als u toch een lokaal middel wilt voorschrijven, geef dan een combinatie van een lokale antibioticumcrème met een corticosteroidcrème. Hoog leggen, nat verband of (soda)baden kunnen pijnverlichting geven. Incideer bij abcesvorming het abces wanneer deze in de nagelriem en/of -wal gelokaliseerd is. Hierdoor treedt onmiddellijke pijnverlichting op. Er zijn geen contra-indicaties voor de incisie, maar hanteer bij zuigelingen een afwachtend beleid. Zuigelingen kunnen post partum vaak aan verschillende vingers kleine abcesjes hebben, dit zijn stercorische ontstekingen. Voer bij een subunguaal abces een partiële nagelresectie onder Oberst anesthesie uit. Behandel afhankelijk van de uitgebreidheid van de ontsteking aanvullend met amoxicilline/clavulaanzuur 3 dd 500/125 mg voor 7 dagen. Behandeling van chronische paronychia bestaat met name uit het vermijden van irritantia. Behandel medicamenteus met een lokaal corticosteroidcrème en/of een lokaal antimycoticum (miconazolcrème 1-2 dd 20 mg/g) totdat de huidafwijking verdwenen is.

Verwijs naar de chirurg wanneer u het bestaan van een panaritium vermoedt, wanneer er initieel of in toenemende mate sprake is van koorts of algeheel ziekzijn en wanneer uw patiënt niet goed reageert op de ingestelde therapie.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat de patiënt gewoonten die beschadigingen aanbrengen aan het omliggende nagelweefsel moet afleren en dat hij frequent contact met irritantia zoals vocht en/of chemicaliën zoveel mogelijk moet vermijden. Vertel dat herstel van een chronisch paronychia enkele maanden kan duren. Leg bij een partiële nagelextractie uit dat de patiënt een dag na de ingreep het verband mag vervangen door een pleister. U kunt een globale indicatie van uitgroei van een nieuwe nagel geven: voor vinger- en teennagel respectievelijk twee en drie maanden. Adviseer de patiënt op controle te komen bij pusvorming of uitbreiding. ■

LITERATUUR

- 1 Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM. Paronychia. Handboek Verichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten/Utrecht: Prelum Uitgevers, 2009.
- 2 Shafritz AB, Coppage JM. Acute and chronic paronychia of the hand. J Am Acad Orthop Surg 2014;22:165-74. PubMed PMID: 24603826.
- 3 Rigopoulos D, Larios G, Gregoriou S, et al., Acute and chronic paronychia. Am Fam Physician 2008;77:339-46. PubMed PMID: 11277548.