

# Infectieziekten en de huid

## 1. Inleiding

E.E. Zijlstra \*

***Infecties kunnen op meerdere manieren aanleiding geven tot afwijkingen in de huid variërend van wat roodheid tot grote ulcera; omgekeerd kunnen huidaan- doeningen of -beschadigingen weer aanleiding geven tot infecties, die oppervlak- tig kunnen blijven maar ook de diepere weefsels kunnen aantasten of zelfs zich door het hele lichaam kunnen verspreiden. De uiteindelijke ziekte die optreedt is afhankelijk van de oorzaak van de infectie, de verwekker, de manier van besmet- ting en de weerstand van de patiënt. In een serie artikelen zal telkens een infec- tieziekte worden behandeld waarbij de huid in meer of meerdere mate betrokken is. Ook enkele importziekten zullen aan bod komen die in Nederland met toene- mend reizigersverkeer en aantallen immigranten soms worden gezien en waar een ieder die bij behandeling van huidwonden betrokken is mee te maken kan krijgen. Er zal vooral aandacht worden besteed aan diverse aspecten van behan- deling met name, voor zover van toepassing, lokale wondbehandeling.***

Men kan de diverse ziektebeelden die met infectie en huidproblematiek gepaard gaan, als volgt indelen.

1. Primaire huidinfecties. Hieronder verstaat men infecties die zonder duidelijke oorzaak in de gezonde en intacte huid optreden. Impetigo, een oppervlakkige infectie van de huid, meestal in het gelaat bij jonge kinderen en welke meestal wordt veroorzaakt door streptococcon, is hier een voorbeeld van; zo ook steenpuisten (furunkels), veroorzaakt door stafylococcon.

2. Secundaire huidinfecties bij een bestaande huidaan- doening of beschadiging. Hierbij kan worden gedacht aan infecties die optreden bij patiënten met eczeem of na verbrandingen of een ander trauma. Bij al deze aandoeningen is de natuurlijke barrière functie van de huid ver- broken en krijgen bacteriën de kans om bin- nen te dringen.

3. Gegeneraliseerde infecties die secundair tot huidafwijkingen kunnen leiden. De huid wordt wel de spiegel van het lichaam genoemd; het gebeurt niet zelden dat een diagnose van een systemische infectie wordt gesteld aan de hand van huidafwijkingen. Als voorbeeld kun- nen ernstige bacteriële infecties met de zoge- naamde groep A streptococcon worden genoemd als ook schimmelinfecties zoals met *Candida*. Een ander voorbeeld is het optreden van paarse of donkerrode vlekken meestal aan

de vingers of tenen die een meningococcon- sepsis doen vermoeden. Overigens zijn niet alle huidafwijkingen in deze groep het resul- taat van verspreiding van het micro-organisme naar de huid. De infectie kan een immunolo- gische afweerreactie op gang brengen zoals een vasculitis wat in de huid een ulcus kan ver- oorzaken. Tot slot kan een systemische infec- tie tot functie verlies van de huid aanleiding geven tot huidbeschadiging zoals bij lepra. Doordat de huidzenuwen door de leprabacte- rie worden aangetast, wordt de huid gevoel- loos en kan de patiënt zich stoten of verbran- den zonder dat hij het merkt en grote huid- zweren en defecten kunnen het gevolg zijn met weer kans op secundaire infecties.

Bij elk van bovengenoemde groepen wordt de ernst van de aandoening sterk bepaald door de weerstand van de patiënt. Bij patiënten met verminderde weerstand, zoals patiënten die met immunosuppressiva worden behandeld zoals corticosteroïden of patiënten die met HIV geïnfecteerd zijn, hebben infecties vaak een ernstiger beloop. In deze patiënten cate- gorie kunnen infecties die zich bij individuen met een normale afweer beperken tot milde en gelokaliseerde afwijkingen, veel ernstiger verlopen en met aantasting van grote delen van de huid en zelfs verspreiding door het hele lichaam. Een voorbeeld is de herpes zoster infectie bij AIDS patiënten.

De aanpak van de huidafwijkingen bij diverse infecties is vanzelfsprekend afhankelijk van de



aard van de aandoening en kan variëren van alleen systemische antibiotica zonder specifieke wondbehandeling, tot uitgebreide en langdurige chirurgische en verpleegkundige wondbehandeling.

In elke WCS nieuwsbrief, behoudens het themanummer, zal er een artikel verschijnen over een ziektebeeld uit een van de drie bovenge-

noemde groepen. De serie start in dit nummer met lepra.

\* Dr E.E. Zijlstra is internist-infectioloog met speciale aandacht voor tropische ziekten; hij is verbonden als assistant professor aan het "Institute of Endemic Diseases" van de Universiteit van Khartoum in Sudan.

## Infectieziekten en de huid

### 2. Lepra

E.E. Zijlstra \*

***Lepra is een infectieziekte die voornamelijk in de tropen voorkomt, maar ook bij immigranten in Nederland wordt gezien. Het is een gegeneraliseerde infectie die vooral zenuwen en de huid aantast. De ziekte is vooral berucht omdat de huid droog en gevoelloos wordt, waardoor gemakkelijk wonden kunnen ontstaan die dan weer secundair geïnfecteerd kunnen worden. Uiteindelijk kan er ernstige invaliditeit en misvorming ontstaan.***

#### Epidemiologie

Lepra wordt veroorzaakt door een bacterie (*Mycobacterium leprae*), en wordt gekenmerkt door een traag en langdurig beloop; het is een ziekte die tot aanzienlijke invaliditeit aanleiding kan geven. De ziekte is typisch geassocieerd met armoede en overbevolking en wordt voornamelijk daarom heden ten dage alleen nog in de tropen gevonden, maar het is niet strikt geassocieerd met een warm klimaat. De ziekte werd vroeger ook in Noord-Europa gevonden en de leprabacterie werd door Hansen in 1873 in Noorwegen ontdekt. Inmiddels is de ziekte door de verbeterde levensstandaard verdwenen uit het grootste deel van Europa, maar komt nog voor in Zuid-Europa, Rusland en de Balkan. In Nederland wordt lepra alleen nog bij immigranten (bijv. Surinamers) gezien, maar vaak wordt de diagnose door onbekendheid laat gesteld. Naar schatting zijn 11-15 miljoen mensen wereldwijd geïnfecteerd, waarvan slechts 1/4 als patiënt is geregistreerd.

#### Besmetting

De exacte route van besmetting is niet geheel duidelijk. De ziekte wordt van mens tot mens overgedragen waarschijnlijk door langdurige

blootstelling aan aangehoeste bacteriën op kinderleeftijd. Enorme aantallen bacteriën (tot  $10^8$  bacteriën per dag) kunnen in het neussceet van patiënten met de zogenaamde lepromateuze lepra worden aangetoond. Ook infectie via borstvoeding of via beschadigde huid of via het maagdarmkanaal is waarschijnlijk mogelijk. Lang niet iedereen die wordt besmet krijgt de ziekte, omdat de meeste infecties asymptomatisch verlopen. De incubatietijd is lang, meestal 3-5 jaar, maar kan variëren van 6 maanden tot tientallen jaren. Het risico voor medisch personeel die incidenteel met leprapatiënten te maken krijgen is vrijwel nihil; in lepraklinieken in ontwikkelingslanden is de kans op lepra onder medisch personeel 2-3x zo hoog als normaal.

#### Pathogenese

De leprabacterie nestelt zich met name in periferie van het lichaam waar het enkele graden koeler is dan  $37^{\circ}\text{C}$ , zoals de huid, perifere zenuwen, oorlel, voorste oogsegment, bovenste luchtwegen en testes. Na besmetting zullen in de meeste gevallen geen ziekteverschijnselen optreden; slechts een klein gedeelte van de patiënten ontwikkelt vaag begrensde maculae met een geringe hypopigmentatie