

Infectieziekten en de huid:

5. Het tropisch ulcus

E.E. Zijlstra *

Huidulcera komen veel voor in de tropen; meestal betreft het een infectie met een specifieke bacterie of parasiet. Het tropisch ulcus onderscheidt zich van andere vormen van huid ulcus, doordat er geen eenduidige verwekker aantoonbaar is en er waarschijnlijk meerdere factoren een rol spelen. Het komt vrijwel alleen op het onderbeen voor en voornamelijk bij jongens tussen de 5 en 15 jaar. De wond is pijnlijk en stinkt, doordat er anaërobe bacteriën in de wond zitten. Behandeling is goed mogelijk maar niet altijd aanwezig, zodat patiënten tientallen jaren met ulcus kunnen blijven lopen. Op den duur kan nog maligne onttaarding plaatsvinden.

Ulcera in de tropen kunnen door diverse oorzaken ontstaan. Kleine wondjes raken snel secundair geïnfecteerd met een ulcus tot gevolg, wat enige tijd kan blijven bestaan. Daarnaast zijn er ulcera die door een specifieke verwekker worden veroorzaakt zoals bij cutane leishmaniasis (parasiet), cutane difterie (bacterie) en het Buruli ulcus (mycobacterie). Verder zijn er geslachtsziekten die aanleiding kunnen geven tot een ulcus zoals syphilis. De ulcera die bij lepra voorkomen zijn het gevolg van gevoelloosheid en telkens weer terugkerend trauma. Er zijn dus belangrijke verschillen met ulcera in de westerse wereld, waar perifeer vaatlijden (ulcus cruris, diabetische voet, etc.) een belangrijke oorzaak is en infectie meestal secundair is; het gaat over het algemeen om oudere patiënten, terwijl het in de tropen vaak om jongere mensen gaat.

Een aparte categorie onder de in de tropen voorkomende ulcera is het zogenaamde tropische ulcus; zoals de aspecifieke naam al suggereert, is er onduidelijkheid over de exacte oorzaak van dit ulcus. Niettemin komt dit ulcus in sommige gebieden frequent voor en kan voor velen een pijnlijke bron van langdurig ongemak zijn.

Epidemiologie

Het tropisch ulcus komt voor in tropische en subtropische gebieden, waarbij het in sommige landen frequent voorkomt en in andere landen niet of sporadisch. Ook binnen een land zijn er verschillen; in Gambia bijvoorbeeld komt de ziekte nog steeds op het platteland voor, maar veel minder in de steden. In sommige landen is er een toename van aantallen in het regenseizoen, terwijl in andere landen

transmissie het hele jaar optreedt.

Meestal zijn mannen vaker aangedaan dan vrouwen, hetgeen met beroepsmatige activiteit te maken kan hebben. De meeste patiënten zijn kinderen tussen de 5 en 15 jaar en met name kinderen die onder slechte socio-economische omstandigheden leven, hebben verhoogd risico. Soms komen er kleine epidemieën voor, maar er zijn geen aanwijzingen voor overdracht van mens tot mens.

Oorzaken

Hoogst waarschijnlijk is er sprake van een infectie die na een trauma ontstaat. De meeste patiënten herinneren zich dat er sprake was van een (gering) trauma aan het onderbeen zoals een kras van een doorn, maar ook insectebeten of schaafwondjes kunnen genoeg zijn om de huidbarrière te doorbreken. De lokalisatie op het onderbeen waar de bloedvoorziening matig is, maakt dat de wond snel gecontamineerd raakt en nadat de wond is gekoloniseerd, produceren de bacteriën mogelijk een toxine dat de kenmerkende hevige pijn en weefselnecrose veroorzaakt. Er zijn waarschijnlijk meerdere soorten bacteriën verantwoordelijk voor de infectie. Zowel fusiforme bacillen als spirocheten en andere nog niet geïdentificeerde aërobe en anaërobe micro-organismen zijn in de ulcera aangetroffen. Mogelijk is er sprake van een unieke interactie tussen twee of meerdere soorten bacteriën.

Klinisch beeld

Er is meestal maar een enkele laesie. De wond begint met een pijnlijke papel of blaas, welke zich ontwikkelt tot een pustel van 1-2 cm die openbarst; daarna ontstaat er een pijnlijk ulcus



Figuur 1: Een detail opname van een al wat langer bestaand tropisch ulcus, waar vliegen zich te goed aan doen.

wat zich in een paar weken snel uitbreidt. De rand van het ulcus is verheven, rood en pijnlijk; de randen zijn niet ondermijnd. De ulcusbodem kan tot in de oppervlakkige fascie zich uitbreiden en verder in de diepte spier, pezen en bot aantasten. Het is bedekt met een onwelriekend necrotisch materiaal. In het vroege stadium kan er een zwelling zijn van de lokale lymfeklieren en kunnen er tekenen van systemische infectie optreden. Na een paar weken neemt de ontsteking af en het ulcus neemt niet verder toe in grootte. De gemiddelde diameter is 2-5 cm en zelden groter dan 10 cm. (Figuur 1). Spontane genezing is mogelijk, maar de ulcera kunnen ook tientallen jaren (levenslang) blijven bestaan. Dan is er wel toenemende kans op een plaveiselcarcinoom in de rand van het ulcus, mogelijk als gevolg van het ontbreken van gepigmenteerde huid op die plek (dus geen bescherming tegen UV-straling) of als gevolg van alsmaar voortdurende ontsteking.

Diagnose

"Once seen, once smelled, never forgotten", zo wordt het tropische ulcus wel aangeduid door ervaren tropenartsen. Het klinisch beeld leidt meestal tot een juiste diagnose, waarbij andere voor de hand liggende oorzaken worden uitgesloten. Zoals eerder gezegd betreft

het vaak jongens en is het ulcus op het onderbeen gelokaliseerd (Figuur 2). Ook een niet specifieke proefbehandeling kan, als deze wordt gevolgd door een goede reactie, de diagnose steunen. Indien mogelijk kan het aantonen van fusiforme bacillen en spirochetten in een biopsie belangrijke steun geven voor de diagnose.

De differentiële diagnose bestaat voornamelijk uit:

- cutane leishmaniasis- veel minder chronisch; Leishmania parasieten in aspiratie
- cutane difterie- zeldzaam; uitgeponst ulcus; difterioïde staafjes in kweek
- Buruli ulcus- niet pijnlijk, grote ulcera met ondermijnde rand; zuurvaste staven in uitstrijk

Behandeling

Deze bestaat uit drie stappen:

1. Wondtoilet met verwijdering van de oppervlakkige pathogenen. Bedrust is aan te raden en het ulcus wordt gereinigd met 1% waterstof peroxyde of Eusol of fysiologisch zout. Een nat antiseptisch verband wordt aangelegd onder PVC of polyethyleen plastic, dagelijks te verwisselen, waarbij de wond opnieuw wordt schoongespoeld om exsudaat en necrotisch weefsel te verwijderen. Het ulcus zal er na 3-7 dagen schoon uit zien.



Figuur 2: Deze jongens doen niet de "Can-Can", maar laten hun ulcera op de onderbenen zien, in diverse stadia van ontwikkeling.

2. Antibiotica om de bacteriën in de diepere weefsels te doden. Alle bacteriën die betrokken zijn bij het ulcus zijn gevoelig voor penicilline wat als procainepenicilline dagelijks in een dosis van 0.5-1.0 miljoen eenheden wordt gegeven voor 1-3 weken. Metronidazol (2 x 800 mg gedurende 1-2 weken) kan als alternatief dienen. De pijn neemt binnen enkele dagen af.

3. Niet-adherent verband, zoals paraffinetulegaas. Gazen met topische antibiotica geven geen beter resultaat en kunnen contactallergie veroorzaken. In tropische landen worden wel gazen gedrenkt in kokosnootolie gebruikt, met goed resultaat en natuurlijk veel goedkoper. Zodra de wond schoon is, wordt een dergelijk verband aangelegd en 10-14 dagen ongemoeid gelaten. Het verwijderen ervan moet zo voorzichtig mogelijk gedaan worden (eventueel losweken) om de nog kwetsbare nieuwe huid aan de randen van het ulcus niet te beschadigen. Deze behandeling wordt net zolang herhaald tot het ulcus dicht is. Wanneer het ulcus opnieuw geïnfecteerd blijkt, wordt stap 1 herhaald tot de wond weer schoon is gevolgd door stap 3. Bij volledige genezing vormt zich een papierdun litteken, wat kwetsbaar is. Enige vorm van bescherming is aan te raden om te voorkomen dat de huid weer openbaarst.

Langbestaande ulcera met fibrose zijn niet altijd op bovenstaande manier te behandelen. Chirurgische excisie van de fibrose gevolgd door een huidtransplantaat is dan aangewezen. Eventueel kan een zwaailap worden aangelegd. Het is echter altijd aan te raden stap 1 en 2 eerst te doen om infectiekans te verminderen.

Wanneer verdenking op maligne ontaarding bestaat, moet een biopsie worden genomen ter bevestiging van de diagnose. De plaveiscarcinomen zijn lokaal invasief, maar metastaseren zelden. Ruime excisie moet gedaan worden, eventueel amputatie.

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

Literatuur

1. Adriaans B. Tropical ulcer-a reappraised based on recent work. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1988;82:185-189.
2. Bell DR. Tropical ulcers. In: Bell DR. *Lecture notes on tropical medicine*. Blackwell Science Ltd;1995;pp 313-316.
3. Robinson DC, Adriaans B, Hay RJ, Yesudian P. The clinical and epidemiological features of tropical ulcer (tropical phagedenic ulcer). *Int J Dermatol* 1988;27:49-53.