

EXANTHEEM BIJ KINDEREN

Wat verwachten ouders van de huisarts?

L. HUYGHE, J. DE LEPELEIRE

SAMENVATTING

Uit dit praktijkonderzoek blijkt dat huisartsen een ander idee hebben van de verwachtingen bij een consultatie met een kind met vlekjes dan de ouders. Artsen denken dat geruststellen voldoende is, maar ouders verwachten meer.

Ouders verwachten dat een arts een diagnose kan stellen en dus een etiket kleeft op de huiduitslag van hun kind. Dit is voor de ouders de belangrijkste reden van consulteren en ook hun belangrijkste verwachting.

L. Huyghe was huisarts in opleiding in Veltem-Beisem en werkt nu als huisarts in Temse-Velle;

J. De Lepeleire is huisarts in Lint en is verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven.

Dit artikel is gebaseerd op de MaNaMa-thesis van L. Huyghe.

De volledige thesis is terug te vinden op de website van het ICHO: www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Be84e6576-205e-e7de-08c1-dc81e8d57441%7D_Huyghe-Lotte-scriptie.pdf

Correspondentie: lotte_huyghe@hotmail.com

Belangenvermenging: geen

Huyghe L, De Lepeleire J. Exantheem bij kinderen. Wat verwachten ouders van de huisarts? *Huisarts Nu* 2014;43:27-34.

INLEIDING

Exantheem bij kinderen is een probleem dat huisartsen vaak zien. Het beeld van een kind met vlekjes is heel verscheiden en roept verschillende vragen op bij de ouders, bijvoorbeeld naar besmettelijkheid, oorzaak en mogelijke behandeling. Exantheem lijkt vaak onschuldig, maar kan ook een uiting zijn van een gevaarlijkere aandoening. Het stellen van een exacte

diagnose is niet altijd eenvoudig, maar is de belangrijkste taak van de huisarts tijdens deze consultatie.

Exantheem betekent letterlijk 'huiduitslag' en levert dan ook een uitgebreid diagnostisch landschap op (figuur 1).¹ Vaak kan een eerste blik op het kind al leiden tot een vernauwing van de differentieeldiagnose, maar het stellen van een exacte diagnose blijkt niet altijd eenvoudig.

Wat verwachten ouders van de huisarts tijdens deze consultatie en wat denken huisartsen dat ouders willen horen?

PRAKTIJKONDERZOEK

Wat verwachten ouders volgens de huisarts?

In het kader van een masterproef huisartsgeneeskunde, 'Exantheem bij kinderen', voerden we een enquête uit bij 41 huisartsen uit de wachtkring West-Hageland om te peilen naar hun ideeën over dit soort consultatie.² Met een responsratio van 41,5% gaf de enquête duidelijke resultaten aan.

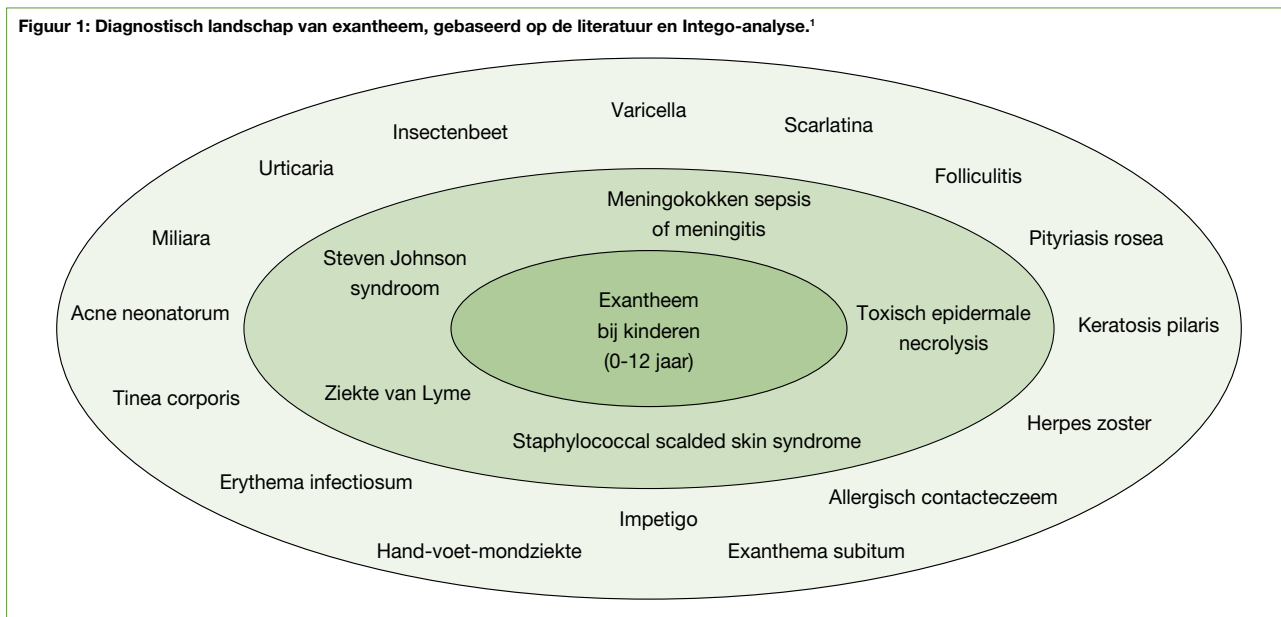
De belangrijkste conclusie was dat de huisartsen dachten dat ouders vooral ongerust zijn, als ze consulteren met hun kind met vlekjes. Nog meer huisartsen waren het erover eens dat de belangrijkste verwachting van de ouders is om gerustgesteld te worden (figuren 2 en 3).

Dit idee over de drijfveren van de ouders maakt dat de meeste huisartsen de ouders geruststellen en de angst wegnemen voor ernstige aandoeningen. Een exacte diagnose hoeft hier niet bij.

Wat verwachten ouders van de huisarts?

Tijdens ditzelfde onderzoek werden ook de ouders schriftelijk bevraagd wanneer ze met een kind omwille van huiduitslag kwamen consulteren.² Uit deze enquête met 23 responders

Figuur 1: Diagnostisch landschap van exantheem, gebaseerd op de literatuur en Intego-analyse.¹



KERNPUNTEN

Exantheem bij kinderen is een frequente aanmeldingsklacht bij de huisarts.

Huisartsen denken met geruststelling over de onschuld van de vlekjes te voldoen aan de verwachtingen van ouders.

Praktijkonderzoek toont aan dat ouders een diagnose verwachten.

Een overzicht met frequente diagnoses uit de Vlaamse huisartsenpraktijk kan houvast bieden in dit uitgebreide diagnostische landschap.

bleek dat ouders vaak ongerust waren als hun kind vlekjes had, zeker wanneer het om een jong of enig kind ging.

In de praktijk lijkt het voor huisartsen vaak alsof de ouders de oorzaak van de vlekjes al kennen. Dit blijkt echter een verkeerde opvatting te zijn. De meerderheid van de ouders gaf aan geen idee te hebben en ouders die wel een idee hadden, waren allesbehalve zeker.

De ouders waren eensgezind over de reden van consulteren en hun belangrijkste verwachting van dit consult. Zij wilden vooral een diagnose te horen te krijgen, wat voor een overgrote meerderheid van ouders de allerbelangrijkste verwachting ten opzichte van de huisarts was (figuren 4 en 5).

Door het wegnemen van ongerustheid, zoals de meeste huisartsen in dit onderzoek deden, komen artsen dus niet tegemoet aan de verwachting van de ouders.

BESPREKING

Ideas, Concerns, and Expectations (ICE)

Uit dit praktijkonderzoek kunnen we besluiten dat de huisarts een ander idee heeft van de verwachtingen bij een consultatie met een kind met vlekjes dan de ouders. Artsen denken dat geruststellen voldoende is, maar ouders verwachten meer.

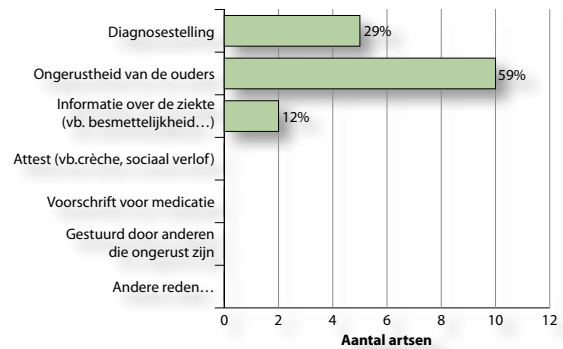
Ouders verwachten dat een arts een diagnose kan stellen en dus een etiket kleeft op de huiduitslag van hun kind. Dit is voor de ouders de belangrijkste reden van consulteren en ook de belangrijkste verwachting t.o.v. de arts.

De literatuur kan ons op het gebied van verwachtingen bij consultaties weinig leren. Specifieke studies naar verwachtingen bij een consultatie met exantheem bestaan niet. De literatuur naar verwachtingen in de eerste lijn in het algemeen, is ook beperkt in aantal en in studiegrootte.

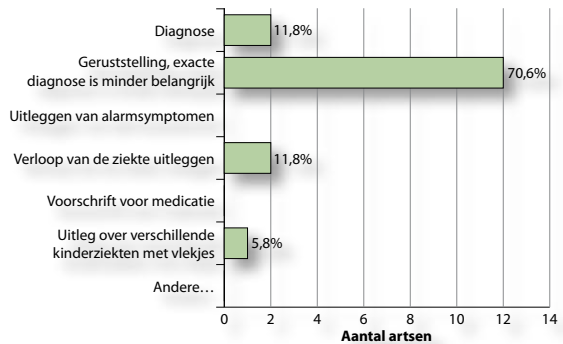
Men is het er wel over eens is dat patiënten met een agenda, al dan niet verborgen, naar de consultatie komen. Het niet ontdekken van deze agenda en niet vervullen van de verwachtingen van de patiënt, leidt vaak tot negatieve gevoelens of gedachten over de consultatie.³ In sommige studies gaat men zelfs verder en oppert men dat patiënten bepaalde zaken gaan achterhouden, indien ze niet op hun gemak gesteld worden, wat op zich kan leiden tot gevaarlijke situaties.⁴ Het bevragen van de ICE (ideas, concerns en expectations) is toch heel belangrijk, want dit wordt door de arts vaak foutief ingeschat.^{5,6}

We kunnen besluiten dat het bij een consultatie i.v.m. exantheem bij kinderen niet anders is. De huisarts schat de ICE van de ouders foutief in. Het is voor de huisarts de taak of uitdaging om bij elke huiduitslag een diagnose te stellen.

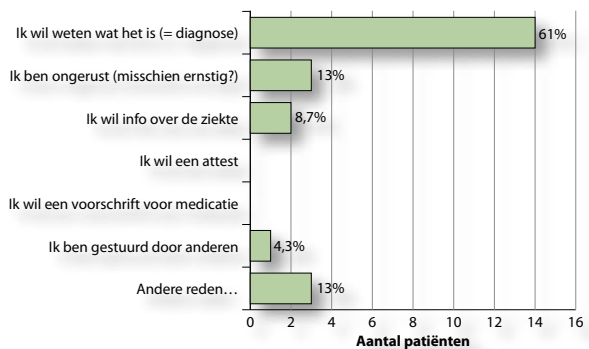
Figuur 2: Belangrijkste reden van consulteren door een ouder met een kind met vlekjes ingeschat door de huisarts.



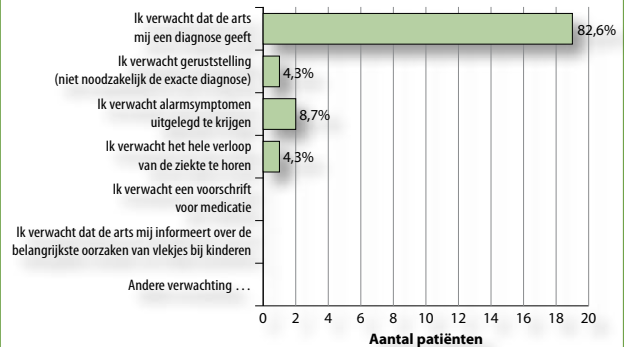
Figuur 3: Belangrijkste verwachting t.o.v. de consultatie die de ouders aangaven volgens de huisartsen.



Figuur 4: Belangrijkste reden van consulteren met een kind met vlekjes.



Figuur 5: Belangrijkste verwachting van de consultatie bij een arts o.w.v. een kind met vlekjes.



Diagnostiek van exantheem: een ware nachtmerrie?

De conclusie van ons praktijkonderzoek is voor menig huisartsen verrassend. De huisartsen gaven wel aan zich vertrouwd te voelen met een consultatie i.v.m. een huiduitslag bij kinderen, maar dit was in de veronderstelling dat het uitsluiten van ernstige aandoeningen voldoende was.

In de literatuur zijn hierover veel artikels beschreven die huisartsen kunnen helpen. De vlekjesziekten worden echter op heel diverse manieren en voor verschillende redenen ingedeeld, bijvoorbeeld op basis van hun etiologie (virale infecties) of op basis van een 'groep' waartoe ze behoren (klassieke kinderziekten). Deze indelingen zijn echter niet altijd praktisch bruikbaar omdat bepaalde aandoeningen bijna niet meer voorkomen door de uitgebreide vaccinatie. Andere overzichten zijn volledig in hun categorie maar niet representatief voor alle vlekjes.

Aan de hand van de Intego-databank¹ hebben we uit het diagnostisch landschap de tien meest frequente aandoeningen uit de buitencirkel en vier ernstige aandoeningen uit de binnencirkel geïncludeerd en onderworpen aan een uitgebreid literatuuronderzoek.²

Het resultaat is een uitgebreide tabel die voor de huisarts een leidraad kan zijn bij de consultatie met een kind met vlekjes omdat deze representatief is voor de frequent voorkomende exantheemziekten in de Vlaamse huisartsenpraktijk (zie hieronder).

BESLUIT

Exantheem bij kinderen is een frequente aanmeldingsklacht op de consultatie. De meeste huisartsen vinden het voldoende om ouders hierbij gerust te stellen en ernstige ziekten uit te sluiten. Ouders verwachten echter een diagnose te horen.

De tabel met de tien meest frequente voorkomende huiduitslagen in de Vlaamse huisartsenpraktijk kan alvast een hulpmiddel zijn om de verwachtingen van de ouders te kunnen vervullen.

Literatuur

- 1 www.intego.be
- 2 Huyghe L, De Lepeleire J. Exantheem bij kinderen: verwachtingspatroon van de ouders wanneer ze op raadpleging komen bij de huisarts met een kind met vlekjes. [masterproef huisartsgeneeskunde]. Leuven: KU Leuven;2013.
- 3 Mckinley R, Middleton J. What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. *Br J Gen Pract* 1999;49:796-800.
- 4 Kenten C, Bowling A, Lambert N, Howe A, Rowe G. A study of patient expectations in a Norfolk general practice. *Health Expectations* 2010;13:273-84.
- 5 Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, et al. Patient's ideas, concerns and expectations (ICE) in general practice: Impact on prescribing. *Br J Gen Pract* 2009;58:29-36.
- 6 Brem M, Van Nuland M, De Lepeleire J. Het Leuven consultatiemodel. Peilen naar de ideeën, beleving en verwachtingen van de patiënt. *Huisarts Nu* 2012;41:164-71.

FREQUENT VOORKOMENDE EXANTHEEMZIEKTEN**VARICELLA¹⁻⁷**

foto: www.huidziekten.nl

Oorzaak

Varicella herpes (zoster) virus, reactivatie mogelijk!

Voorkomen

- Vooral tijdens winter en vroege lente
- Meest bij 5- tot 10-jarigen
- Zoster: zeldzaam bij kinderen, meer frequent indien varicella voor leeftijd van 1 jaar

Overdracht

- Via druppels of contact met inhoud van de blaasjes op mucosa
- 90% kans op besmetting bij huisgenoten

Incubatieperiode

9-28 dagen, gemiddeld 13 dagen

Besmettelijkheid

Heel besmettelijk, vanaf 24-48 uur voor de rash tot alle vlekjes korstjes zijn

Kliniek

- Prodromaal: 2-3 dagen lichte koorts, soms ook hoofdpijn, malaise en buikpijn
- Rash: jeukend exantheem: polymorf: erythemateuze papel → vesikel → korst
- Startend t.h.v. romp en gezicht dan ledematen
- Ook enantheem t.h.v. mond, gehemelte en conjunctivae
- Nieuwe letsels gedurende 7 dagen

Complicaties

- Niet frequent!
- Necrotiserende fasciitis (bacteriële bijbesmetting), pneumonie (vooral bij volwassenen), artritis, osteomyelitis, transiënte hepatitis, trombocytopenie, encefalitis en cerebellaire ataxie, Reye syndroom, nefritis
- Congenitaal varicellasyndroom (0,4-2% kans bij infectie tijdens eerste helft van de zwangerschap): microcefalie met corticale atrofie en calcificaties door intra-uteriene encefalitis; ledemaathypoplasie; huideffecten; problemen met pigmentatie; problemen met autonoom zenuwstelsel

Behandeling

- Symptomatisch. Vermijden van aspirine/NSAID!
- Vaccin bestaat maar geen systematische toediening in België

INSECTENBEEFT^{1,2,8}

foto: www.bigstockphoto.com

Voorkomen

Zeer frequent bij kinderen tussen 2 tot 7 jaar

Kliniek

Jeukende rode verheven kwaddels, soms met vesikels

Complicaties

- Surinfecties
- Anafylactische reacties bij bepaalde beten bv. bijen en wespen

Behandeling

- Topisch corticosteroiden en antihistaminica per os
- Antibiotica bij surinfectie

IMPETIGO^{1,2,9}

foto: www.huidziekten.nl

Oorzaak

Streptokokken- of stafylokokkeninfectie

Voorkomen

- Vooral bij kinderen
- Eczeem: voorbeschikkende factor

Overdracht

Verspreiding via krabben en direct contact, makkelijk herhal indien drager van bacterie in neus

Kliniek

- Niet-bulleus impetigo = impetigo contagiosa = impetigo crustosa
- streptokokken
- vesikels of pustels → openbarsten van de letsels → gouden plaques (korsten en ulcera)
- t.h.v. gezicht, kin en neusgaten

- Bulleus impetigo (vaak bij neonaten)
- stafylokokken
- slappe, met vocht gevulde vesikels en bullae → openbarsten van de letsels → rauwe huid → platte, dunne, bruin tot gouden korsten
- t.h.v. oksel, nekplooi en luierstreek
- vaker veralgemeende klachten: koorts, zwakte en diarree

Behandeling

- Lokale antibiotica (klein oppervlak): fusidinezuur 3/dag, gedurende 7 dagen of mupirocin (enkel voor MRSA)
- Systemische antibiotica: flucloxacilline 4/dag gedurende 7 dagen, clarithromycine 2/dag gedurende 7 dagen of erythromycine 4/dag gedurende 7 dagen (bij bulleuze impetigo bijna steeds per os!)
- Korsten eerst verweken!
- Onderliggend eczeem behandelen!

URTICARIA^{1,2,10-12}

foto: www.huidziekten.nl

Oorzaak

- Acuut: meestal allergisch
- Uitlokkende factor: insectenbeten, geneesmiddelen (bv. antibiotica, NSAID, aspirine, codeïne, laxativa, ACE-I), voedingsstoffen, infectie (vooral viraal, kan ook bacterieel bv. *E. Coli*), fysieke oorzaken zoals warmte, koude of druk
- Chronisch: vaak auto-immuun

Voorkomen

- Maximaal 24 uur op dezelfde plaats
- Chronische urticaria blijven 6 weken staan

Kliniek

- Jeukende roze of bleke verheven kwaddels, rondom vaak roder, verschillend in grootte, wisselend van plaats
- Geen aantasting van de epidermis (geen schilfers, geen blaasjes met vocht)

Complicaties

Soms onderdeel van uitgebreide (anafylactische) reactie

Behandeling

- Acuut: geen behandeling nodig
- Eventueel verkoelende badjes, crèmes, antihistaminica, vermijden van uitlokkende factor!
- Chronisch: veel moeilijker! Idem zoals bij acute urticaria + H₂-antagonist of calciumantagonist, corticosteroiden of zwaardere immuunsuppressie

TINEA CORPORIS^{1,2,9,13}

foto: www.huidziekten.nl

Oorzaak

Dermatofyten: microsporum canis of trichofyton species

Voorkomen

- Tinea corporis en pedis zijn frequent bij kinderen
- Voorbeschikkende/ bevorderende factor: vochtig en warm milieu

Overdracht

Via direct contact (mens en dier!)

Kliniek

- Tinea corporis: jeukende rode/roze vlekken, ringvormig, schilferende boord, centraal klare zone, soms vlak, soms verheven; vaak in de plooien
- Tinea pedis: vaak tussen teen 4 en 5, rode huid, schilfering en ulceratie, soms vesikels. Jeuk!

Behandeling

- Droog houden van de huid
- Geen handdoeken delen
- Infectie nagels of schedel: systemische therapie
- Infectie lichaam: topisch of systemisch
- Lokale behandeling: terbinafinecrème 1x/dag gedurende 1 tot 2 weken of azolecrème 2x/dag gedurende 3 tot 4 weken

SCARLATINA OF ROODVONK^{2,14}

foto: Alicia Williams via Wikipedia

Oorzaak

Groep A streptokokken (Streptococcus pyogenes): erythrogene toxines

Voorkomen

Piekleeftijd 4 jaar

Overdracht

Via direct contact of via druppels

Incubatieperiode

2 tot 5 dagen

Besmettelijkheid

Vanaf prodromen tot de rash verdwenen is

Kliniek

- Prodromaal: keelpijn, koorts (typisch meer dan 38,5°), hoofdpijn, moeheid, nausea en braken
- Rash: ontstaat 12- 48 uur na de eerste symptomen, vertrekend van abdomen en borst naar nek en ledematen (vooral t.h.v. de plooien: liezen en oksels)
- Rode puntjes, wegdrukbaar, voelt aan als schuurpapier. Desquamatie na 1 tot 3 weken vooral t.h.v. voetzolen en handpalmen. Geen jeuk
- Aardbeïtong, cervicale klieren, rode kaken met uitsparing van het narcosekapje, huidplooien zijn dieprood van kleur
- Rode keel en soms ook rode macula over het verhemelte

Complicaties

Zeer zeldzaam: acute glomerulonefritis, gewrichtsreuma

Behandeling

- Antibiotica: meningen verdeeld, zou duur met 2 dagen kunnen verkorten; minder kans op complicaties en transmissie
- Antibiotica: fenoxymethylpenicilline. Bij peniallergie: macroliden (bv. erythromycine en clarithromycine)
- Symptomatische behandeling: paracetamol en ibuprofen. Onder 16 jaar: geen aspirine (cave: Reye syndroom)
- Recidief kan
- Terug naar school 24 uur na eerste antibiotica-inname

ERYTHEMA INFECTIOSUM (= VIJFDE KINDERZIEKTE)^{1-3, 9,14,16,17}**Oorzaak**

Parvovirus B19

Voorkomen

- Vooral tussen 5 tot 15 jaar, piekleeftijd: 7 jaar
- Vooral in late winter en begin lente

Overdracht

Druppelinfectie of via direct contact

Incubatieperiode

7-28 dagen, gemiddeld 15-16 dagen

Besmettelijkheid

Matig besmettelijk, voor de rash zichtbaar is

Kliniek

- Prodromaal: gematigde koorts en klachten van de bovenste luchtwegen, hoofdpijn, nausea, diarree en myalgie



foto: www.huidziekten.nl

- Rash (bij 15-20% van de gevallen): startend t.h.v. gelaat (appelwangen of 'slapped cheek') en dan extremiteiten en romp. Rash gedurende 1 week, kan terugkeren als reactie op stress, inspanning of temperatuurswisselingen
- Artralgie en artritis (bij volwassenen vaak enige klacht)

Complicaties

- Transmissie tijdens zwangerschap: besmettingskans van 30-50% tijdens zwangerschapshelft: foetale hydrops, miskraam, foetale sterfte en foetale anemie
- Bij immuungecompromitteerden: chronische anemie, andere cytopenie, myocarditis, encefalitis, idiopathische trombocytopenische purpura

Behandeling

Symptomatisch

ACUUT ALLERGISCH ECZEEM/ CONTACTECZEEM^{1,2,18,19}



foto: www.huidziekten.nl

Oorzaak

- Onmiddellijke allergische reactie, bv. door latex, voeding,...
- Delayed cell mediated immunity: na blootstelling gedurende weken of maanden, bv. voor nikkel, rubber, lijm, chroom, kobalt, parfum
- Meest frequente contactallergenen bij kinderen: nikkel, neomycinsulfaat (zit in topische antibiotica), mengsel van parfum/cosmetica

Voorkomen

Indicentie stijgt

Kliniek

- Jeukende eczematuze plaques op contactplaats, verspreidt zich nadien. Erytheem, soms vesikelvorming
- Typische plaatsen: nek, gezicht, oksels, handen en polsen
- Soms diffuus verspreid (aeroallergenen)

Complicaties

Veralgemeende allergische reactie

Behandeling

- Vermijden van uitlokkende factoren, verkoelende kompressen, topische corticosteroiden, antihistaminica
- Uitgesproken reactie: corticosteroiden per os

EXANTHEMA SUBITUM (= ZESDE KINDERZIEKTE, DRIEDAGENKOORTS)^{1,9,14-17}

Oorzaak

Humaan herpes virus type 6

Voorkomen

- Vooral 0-2 jaar, piekleeftijd: 6 tot 9 maanden
- Geen seizoenvariatie

Overdracht

Via speeksel

Incubatieperiode

5 tot 15 dagen



foto: Frank C. Müller via Wikipedia

Kliniek

- Vaak: alleen koorts
- Klassieke beeld: eerst 3 tot 5 dagen hoge koorts, dan verdwijnen van de koorts en ontstaan van fijne rash gedurende uren of enkele dagen.
- Rash: kleine rode maculaire tot maculopapulaire letsels, startend t.h.v. de romp en dan gezicht en extremiteiten
- Soms ook conjunctivitis, ooglidoedeem, kleine letsels op de uvula en gehemelte, klieren in de nek en occipitaal, bulging van de fontanel

Complicaties

- Koortsstrepen bij 10 tot 15% van de kinderen (of door koorts of soms ook virus in cerebrospinaal vocht)
- Reactivatie van het virus (vooral bij immuungecompromitteerden): encefalitis, pneumonie, graft rejectie, beenmergsuppressie

Behandeling

Symptomatisch

HAND-VOET-MONDZIEKTE^{1,2,7,9,20}



foto: MidgleyDJ via Wikipedia

Oorzaak

Enterovirus of coxsackie

Voorkomen

- <5 jaar
- Vooral zomer en begin herfst

Overdracht

Via direct contact en druppels en ook faeco-oraal

Incubatieperiode

3-5 dagen

Kliniek

- Prodromaal (12-36 uur): koorts, malaise, minder eetlust, hoest, buikpijn en pijn in de mond
- Dan enantheem: vooral verhemelte, tong en mondbodem: erythemateuze macula's en papels → vesikels → erosies met een erythemateuze halo
- En exantheem: t.h.v. handen en voeten: erythemateuze macula's en papels, soms met een centrale grijze vesikel, soms ook t.h.v. lies en bil

Behandeling

- Vochtintake!
- Zachte voeding en pijnstilling

SJS (STEVENS JOHNSON SYNDROOM) EN TEN (TOXISCH EPIDERMAL NECROLYSIS)^{21,22}

foto: www.huidziekten.nl

Wat?

Ernstig mucocutaan bulleus syndroom waarbij minimaal 2 mucosale oppervlakten betrokken zijn:

- SJS: aanwezigheid van een target letsel, koorts, huidbiopsie toont erythema multifforme
- TEN: loskomen van epidermis waardoor de dermis bloot komt te liggen. Koorts.

Voorkomen?

Zeer zeldzaam, 1,5 tot 2 gevallen per miljoen per jaar

Uitlokkende factor?

- Meest frequente oorzaak is medicatie: anti-epileptica, sulfonamide antibiotica, penicillines, allopurinol, en oxicam NSAID
- Infecties zoals mycoplasma pneumoniae kan SJS geven als complicatie

Kliniek?

- Prodromen: koorts, keelpijn, braken, diarree, myalgie en lethargie
- Rash: erythemateus tot purpura, bullae en erosies, uitbreidend tot necrose. Start t.h.v. romp en nadien hoofd en proximale extremiteiten. Nikolsky-teken is positief
- SJS: minder dan 10% huidverlies t.o.v. het totale huidoppervlak

- TEN: meer uitgesproken verlies, gemiddeld tot 45% van het huidoppervlak! Vooral orale en oculaire mucosa is betrokken

Complicaties?

- SJS: mortaliteit van 5-15% voornamelijk door sepsis
- TEN: mortaliteit van 5-50%
- Septische shock, multiple orgaanfalen, diffuse intravasculaire coagulatie, nierfalen, langetermijnoogproblemen

Behandeling?

- Onvoldoende kennis over het al dan niet toedienen van corticoiden (CS) en immuunglobulines (IG)
- Specialistisch!

SSSS (STAPHYLOCOCCEN SCALDED SKIN SYNDROME)^{1,23-24}**Wat?**

= pyoderma bullosum

Voorkomen?

- Zeldzaam, vooral <5-jarigen
- Transmissie via asymptomatische drager

Uitlokkende factor?

Staphylococcus aureus, geeft een exotoxine af

Kliniek?

- Prodromaal: keelpijn of conjunctivitis
- Nadien: koorts, algemene malaise, extreem gevoelige erythemateuze plaatsen in het gezicht, nek, oksel en perineum. Vervolgens bullae (vooral t.h.v. de flexorzijde), openbarsten van bullae → vochtige erythemateuze bodem

Complicaties?

- Mortaliteit bij kinderen 4%
- (bij volwassenen: 60%, zeer zeldzaam voorkomen van SSSS)

Behandeling?

- Parenterale antibiotica (bv. flucloxacilline).
- Isolatie. Drukverminderende matrassen.
- Specialistisch!

MENINGOKOKKEN MENINGITIS^{1,2,24,25}

foto: www.huidziekten.nl

Voorkomen?

- Vooral in winter en vroege lente
- Vooral bij kinderen jonger dan 2 jaar

Uitlokkende factor?

Meningokokken type A en B (tegen type C bestaat er een vaccin)

Kliniek?

- Eerst aspecifieke symptomen: pijn in de benen, koude handen en voeten, abnormale huidkleur
- Typisch voor meningitis: hoofdpijn, koorts, braken, fotofobie, nekstijfheid, teken van Kernig en Brudzinsky positief, lethargie
- Bij baby's: slecht eten, irriteerbaarheid, hoge schrei, bulging t.h.v. fontanel
- Stuipten bij 20% van de gevallen
- Rash (bij 80% van de infecties): typisch hemorragisch met purpura en petechieën 15% echter atypische rash: weg-drukbaar en maculopapulair

Complicaties?

- Shock en overlijden
- Neurologische sequellen

Behandeling?

- ABC= airway, breathing en circulation! Specialistisch!
- Antibiotica: cefotaxime of ceftriaxone is geprefereerd als initiële therapie
- Corticosteroïden: in eerste fase bij meningitis: ter preventie van neurologische sequellen

Literatuur

- 1 www.ebm-guidelines.com
- 2 www.prodigy.clarity.co.uk
- 3 Pomerance HH. The usual childhood diseases: forgotten but not gone. *Fetal and Pediatric Pathology* 2005;24:169-89.
- 4 Vazquez M. Varicella infections and varicella vaccine in the 21st century. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 2004;23:871-2.
- 5 Arvin AM. Varicella-zoster virus. *Clinical Microbiology Reviews* 1996;9:361-81.
- 6 Heining U, Seward JF. Varicella. *Lancet* 2006;368:1365-76.
- 7 Fölster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood – infectious (direct) exanthems. Part 2: Other viral exanthems. *JDDG* 2009;7:414-8.
- 8 Steen CJ, Carbonaro PA, Schwartz RA. Arthropods in dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:819-42.
- 9 Aertgeerts B. Huidinfecties bij kinderen: enkele lastige diagnoses. *Patient Care* 2007;1-7.
- 10 Clarke P. Urticaria. *Australian Family Physician* 2004;33:501-3.
- 11 Huang SW. Acute urticaria in children. *Pediatr Neonatol* 2009;50:85-7.
- 12 Katelaris CH, Peake JE. 5: Allergy and the skin: eczema and chronic urticaria. *MJA* 2006;185:517-22.
- 13 Elewski BE. Cutaneous mycoses in children. *British Journal of Dermatology* 1996;134:7-11.
- 14 Opstelten W, Eekhof JAH, Knuistingh Neven A. Kinderziekten met vlekjes. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:1839-45.
- 15 Caserta MT, Mock DJ, Dewhurst S. Human herpesvirus 6. *Clinical Infectious Diseases* 2001;33:829-33.
- 16 Koch WC. Fifth (human parvovirus) and sixth (herpesvirus 6) diseases. *Current Opinion in Infectious Diseases* 2001;14:343-56.
- 17 Fölster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood – infectious (direct) exanthems. Part 1: Classic exanthems. *JDDG* 2009;7:309-16.
- 18 Lee PW, Elsaie ML, Jacob SE. Allergic contact dermatitis in children: common allergens and treatment: a review. *Curr Opin Pediatr* 2009;21:491-8.
- 19 Simonsen AB, Deleuran M, Johansen JD, Sommerlund M. Contact allergy and allergic contact dermatitis in children – a review of current data. *Contact Dermatitis* 2011;65:254-65.
- 20 Oranje AP, de Groot R. Exanthemen en mucocutane erupties. In: Oranje AP, de Waard-van der Speck FB. *Handboek kinderdermatologie*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg;1996: 154-69.
- 21 Wong KC, Kennedy PJ, Lee S. Clinical manifestations and outcomes in 17 cases of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Australian Journal of Dermatology* 1999;40:131-4.
- 22 Koh MJ, Tay YK. An update on Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children. *Current Opinion in Pediatrics* 2009;21:505-10.
- 23 Patel GK, Finlay AY. Staphylococcal scalded skin syndrome, diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:165-75.
- 24 Gable EK, Liu G, Morrell DS. Pediatric exanthems. *Primary Care* 2000;27:353-69.
- 25 Nadel S, Kroll JS. Diagnosis and management of meningococcal disease: the need for centralized care. *FEMS Microbiol Rev* 2007;31:71-83.

JONGE AUTEURS



De redactie van Huisarts Nu beschouwt het als haar opdracht om jonge auteurs te ondersteunen bij een eerste publicatie.

De redactieleden willen de auteurs van ingezonden artikels ook graag begeleiden in hun schrijf- en publicatieproces. Eerste auteurs jonger dan 30 jaar die publiceren in Huisarts Nu, komen voor de 'Prijs van de jonge auteur' in aanmerking. De publicatie kan zowel een klinische les zijn, een onderzoeksrapport, een kritische brief of zelfs een opiniestuk.

Bent u jonger dan 30 jaar en wenst u te publiceren in Huisarts Nu, stuur dan zeker uw artikels of vragen naar anne.kool@domusmedica.be.

De redactie zal aan het einde van iedere jaargang elke bijdrage op zijn verdiensten beoordelen. Naast de eer krijgt de winnaar € 500. De prijs wordt uitgereikt op de Dag van de Huisarts in mei.