

Hand-voet-mondziekte

Verwekker

Coxsackievirus A16 en enterovirus A71 zijn de belangrijkste verwekkers van hand-voet-mondziekte (HVM) doch sporadisch kunnen ook andere enterovirussen verantwoordelijk zijn. In West-Europa betreft het meestal een onschuldige, mild verlopende ziekte die zo nu en dan in kleine epidemieën voorkomt, vooral bij kleine kinderen. In Nederland en België komt HVM vooral in de zomer en herfst voor. In Zuidoost Azië heeft enterovirus A71 grote outbreaks veroorzaakt met soms ook ernstige complicaties en mortaliteit. Sinds 2008 wordt coxsackievirus A6 in toenemende mate gerapporteerd als oorzaak van HVM met een ernstiger ziektebeeld dan de klassieke vorm.

HVM mag niet verward worden met mond- en klauwzeer, dat uitsluitend voorkomt bij vee en door een ander virus veroorzaakt wordt (aphthovirus).

Transmissie

Infecties worden overgedragen van persoon tot persoon via de faeco-orale route, via direct contact met orale/respiratoire secreties of vesikelvocht, of indirect via besmette handen en voorwerpen (1-3). De besmettelijke periode begint 3 tot 7 dagen vóór het acute stadium van de ziekte en duurt verschillende weken aangezien enterovirussen nog lange tijd kunnen worden uitgescheiden via de keel en via de stoelgang (1-2). Enterovirussen zijn stabiel bij een pH van 3-9. Ze blijven bij lage temperatuur (0°C) weken tot maanden en bij kamertemperatuur dagen infectieus (2).

Kliniek

De incubatieperiode voor HVM bedraagt typisch 3 tot 5 dagen (range 2-7 dagen) (1). HVM komt vooral voor bij kinderen met een piek tussen 1 en 5 jaar (2). Infecties bij oudere kinderen, adolescenten en volwassenen zijn echter niet uitgesloten (1). De meeste infecties verlopen subklinisch. Slechts bij 10-20% van de gevallen treden klinische verschijnselen op die meestal mild en van voorbijgaande aard zijn (2). Het klassieke beeld bij HVM is een oraal enantheem gevolgd door een exantheem. Echter kan het enantheem ook voorkomen zonder het exantheem en het exantheem zonder het enantheem (1).

Na een korte prodromale fase (lichte koorts, misselijkheid, algehele malaise) ontstaat het enantheem met klachten van mond of keelpijn (bij verbale kinderen) of weigering om te eten (bij niet-verbale kinderen). Het enantheem bestaat uit maculae op de tong en/of mondslijmvlies, farynxboog en zacht verhemelte die overgaan in vesikels (1-5 mm, soms groter). De vesikels confluëren en vormen oppervlakkige ulcera (1-10 mm, soms groter). Kort hierna ontstaat bij ongeveer twee derde van de gevallen een exantheem. Het exantheem kan maculair, maculopapulair of vesiculair zijn. De vesikels hebben een diameter van 1 tot 10 mm, bevatten een helder of troebel vocht en zijn omgeven door een dunne erythemateuse halo. De huidletsels zijn niet jeukend en meestal niet pijnlijk (tenzij bij

bepaalde serotypes zoals coxsackievirus A6). De letsels lokaliseren zich t.h.v. de handen (dorsale zijde van de vingers, interdigitaal, handpalmen) en de voeten (dorsale zijde van de tenen, laterale zijde van de voet, voetzool, hiel). Vaak zijn er ook letsels t.h.v. de billen (vrijwel steeds papuleus van aard) en soms t.h.v. de externe genitaliën, het gelaat, ...

Bij HVM veroorzaakt door coxsackievirus A6 kan men een ernstiger ziektebeeld zien dan hierboven beschreven: hogere koorts, ernstiger en meer uitgebreide letsels, langere duur, palmaire en plantaire desquamatie na 1 tot 3 weken, nageldystrofie (lijnen van Beau, onychomadesis) na 1 tot 2 maanden. Bij HVM veroorzaakt door enterovirus A71 kunnen soms ernstige complicaties optreden, zoals aantasting van het centraal zenuwstelsel (aseptische meningitis, hersenstamencephalitis, slappe verlamming), longoedeem, longbloeding, en hartfalen.

Diagnose

De diagnose wordt in de meeste gevallen klinisch gesteld. Confirmatie van een specifieke virale etiologie kan aangewezen zijn indien het beeld minder duidelijk is (bv. exantheem zonder enantheem), indien het beleid kan beïnvloed worden (bv. DD eczema herpeticum) en in geval van complicaties (1). Indien etiologische confirmatie wenselijk is, kunnen vesikelvocht, keelwissers en stoelgangstalen worden afgenomen voor viruskweek (wissers in UTM) of PCR-testen. Identificatie of isolatie van een enterovirus uit het vesikelvocht is bewijzend voor HVM. Identificatie of isolatie uit een faecesstaal of keelwisser is niet bewijzend aangezien enterovirussen na een acute infectie langdurig in de stoelgang (6 weken tot verschillende maanden) of de keel (tot 4 weken) kunnen worden uitgescheiden en het aanwezige virus mogelijk niet verantwoordelijk is voor de huidige symptomen.

Behandeling en preventie

HVM is meestal een milde ziekte en bijna alle patiënten herstellen spontaan na 7 tot 10 dagen. Behandeling is louter supportief en bestaat uit dehydratatiebehandeling (cf. beperkte vochtinname wegens pijnlijke letsels in de mond) en pijnstilling. Vooral op scholen en kinderdagverblijven is een strikte hoest- en toilethygiëne en een goede ventilatie aangewezen wanneer HVM wordt gesignaleerd. Door respiratoire secreties bevuild speelgoed moet goed worden schoongemaakt (1-2). Exclusie van zieke kinderen voorkomt de verspreiding niet aangezien HVM ook wordt verspreid door kinderen zonder symptomen en door kinderen bij wie de symptomen reeds voorbij zijn (1).

Referenties

1. Uptodate. www.utdol.com
2. RIVM richtlijn. Hand-, voet-, mondziekte.
3. <https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/about/index.html>
4. Mandell et al. Principles and practice of infectious diseases.
5. Jorgensen et al. Manual of Clinical Microbiology 11th edition.

Britt Van Meensel, Heidi Castryck