

Impetigo

Actueel: toename impetigo gevallen door virulente stam

Recent werd een toename vastgesteld van impetigo-gevallen veroorzaakt door een virulente *S. aureus* stam. Deze toename werd eerst opgemerkt in de Antwerpse Kempen. Het betreft een *S. aureus* stam die resistent is tegen fusidinezuur. De virulentie uit zich in een hogere transmissie, uitgebreidere en recidiverende letsels. Ook in de regio rond Leuven merken we een verhoogd aantal impetigo gevallen veroorzaakt door een *S. aureus* stam met een identiek resistentieprofiel. Deze stammen worden momenteel verder onderzocht. Op de website van 'Zorg en Gezondheid' staan instructies voor zowel behandeling als dekolonisatie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/impetigo-kempen>.

Verwekker en kliniek

Impetigo is een oppervlakkige infectie die meestal wordt aangetroffen bij kinderen tussen 2 en 5 jaar doch soms ook bij oudere kinderen en volwassenen (1). Impetigo in het gelaat wordt ook wel 'krentenbaard' genoemd. De laatste jaren is *S. aureus* de belangrijkste verwekker. Beta-hemolytische streptokokken (vnl. *S. pyogenes*) vindt men terug in een minderheid van de gevallen, al dan niet in combinatie met *S. aureus* (1-2). Meestal wordt eerst de huid of de neus (*S. aureus*) gekoloniseerd en mineure traumata (schaafwonden, insectenbeten, ...) of voorafbestaande huidaandoeningen (eczeem, schurft,...) kunnen vervolgens aanleiding geven tot geïnfecteerde letsels. Impetigo wordt gemakkelijk overgedragen tussen personen in nauw contact met elkaar, de meeste gevallen ziet men tijdens warm en vochtig zomerweer. Klinisch onderscheidt men drie varianten van impetigo (1-2):

1. Niet-bulleus impetigo

Niet-bulleus impetigo is de meest frequente vorm en ontstaat wanneer stafylokokken of streptokokken de beschadigde huid invaderen. De letsels beginnen als papels en evolueren naar vesikels omgeven door erytheem. Vervolgens ontstaan er pustels die vergroten en openbreken om uiteindelijk dikke, goud-gele adherente korsten te vormen. De letsels komen meestal voor op het gelaat en op de extremiteiten. Er zijn meestal geen algemene ziekteverschijnselen, soms worden reactieve lymfeklieren gevonden. De letsels genezen in de regel zonder littekens.

2. Bulleus impetigo

Bulleus impetigo wordt veroorzaakt door *S. aureus* stammen die het exfoliatief toxine A produceren. Deze bacteriën zijn in staat de intacte huid te invaderen, een voorafbestaand trauma is niet nodig. Bij deze vorm van impetigo vergroten de vesikels tot bullae met een geel helder vocht, dat nadien donkerder en troebel wordt. De blaren gaan gemakkelijk stuk en drogen vervolgens in, waardoor een dunne bruine korst ontstaat. Meestal zijn er minder letsels dan bij de niet-bulleuse vorm, en de romp is ook frequenter aangetast. De letsels genezen meestal zonder littekens na te laten.

3. Ecthyma

Ecthyma wordt veroorzaakt door *S. pyogenes*. Het is een ulceratieve vorm van impetigo waarbij de infectie zich uitbreidt tot in de dermis. Hierbij ziet men 'uitgeponste' ulcera bedekt door een korst en met verheven rode rand. Deze letsels genezen traag en laten ook littekens na (1-2).

Diagnose en therapie

De diagnose wordt meestal klinisch gesteld. Bacteriële kweek van de etter of het exsudaat kan de diagnose bevestigen, de verwekker identificeren en de gevoeligheid aan antibiotica bepalen.

Behandelen van impetigo is niet alleen belangrijk om de genezing te versnellen maar ook om de verspreiding van de infectie tegen te gaan (1). Bij beperkte letsels kan **lokale** therapie volstaan. Fusidinezuur 2%, drie tot vier applicaties per dag gedurende 7 dagen is een optie doch er wordt een stijgend resistentie-percentage beschreven (1-3). Ook de stam die momenteel circuleert is resistent tegen fusidinezuur. Mupirocine 2%, drie applicaties per dag gedurende 7 dagen is een alternatief doch wordt liever voorbehouden voor de eradicatie van MRSA-dragerschap. Bij uitgebreide letsels, falen van de lokale therapie, adenopathieën of systemische symptomen worden **antibiotica per os** gebruikt (1-3). Ook in geval van een outbreak, zoals nu het geval, wordt orale therapie aanbevolen (1). Eerste keuze is flucloxacilline 1-2 gram per dag in 3 à 4 giften gedurende 7 dagen (kinderen: 25-50 mg/kg per dag in 3 à 4 giften gedurende 7 dagen). Opgelet, flucloxacilline is niet werkzaam in geval van impetigo veroorzaakt door MRSA. Alternatieven in geval van penicilline-allergie of MRSA zijn macroliden, clindamycine,... (steeds op geleide van antibiogram).

Naast deze antimicrobiële therapie zijn hygiënische maatregelen (handen wassen,...) belangrijk om verdere verspreiding te voorkomen. Een persoon met impetigo is besmettelijk zolang er vesikels of pustels aanwezig zijn. Van zodra alle letsels zijn ingedroogd is dit niet meer het geval. Wanneer er adequate behandeling met antibiotica wordt gestart is de persoon na 24-48 uren niet meer besmettelijk. Zolang er echter dragerschap is (in de neus of op andere locaties) blijven nieuwe infecties mogelijk (4). In de huidige outbreak wordt daarom ook dekolonisatie aanbevolen van zodra de letsels genezen zijn.

Referenties

1. Uptodate. Impetigo. www.utdol.com
2. Mandell. Cellulitis, Necrotizing Fasciitis, and Subcutaneous Tissue infections. Last updated October 31, 2016.
3. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk, editie 2012 BAPCOC
4. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/>

Britt Van Meensel, Heidi Castryck