

“Zo gaaf als een kindervelletje...”

Over het atopische eczema naast virale en bacteriële infecties,
zichtbaar op de huid van kinderen.

Marie-Anne Morren

dermatoloog

Jeukende huidaandoeningen bij jonge kinderen

1. Atopisch eczeem

1) Voorkomen

Atopisch eczeem is de frequentste chronische inflammatoire huidziekte, zeker bij kinderen. Het gaat om een jeukende huidrash die bij zuigelingen vaak het gelaat en de strekzijde van de ledematen aantast, later de elleboog- en knieplooien. De laesies zelf hebben een wisselend uitzicht. Op een onscherp begrensd erytheem komen vesikels, papels, schilfers en korsten voor. De huid is door het veelvuldig wrijven ook vaak verdikt (lichenificatie). Typisch zijn ook de talrijke krabletsels. De omliggende huid is meestal erg droog. Huidinfecties door bacteriën en virussen kunnen de huidletsels bovendien nog verergeren.

In Westerse landen ligt de prevalentie bij kinderen rond de 15-20%, waarbij het eczeem bij 4 op 5 begint voor de leeftijd van 5 jaar. Meer dan de helft zijn letselvrij tegen de adolescentie.

Onderzoek leeft dat de levenskwaliteit van gezinnen door kinderen met ernstig atopisch eczeem meer wordt aangetast dan door diabetes, psoriasis of acne en dit vooral door de jeuk.

Atopisch eczeem is ook de eerste manifestatie in de "atopic march", waarbij de kinderen nadien astma en allergische rhinitis ontwikkelen. Sommige auteurs denken dat door de beschadigde huid sensibilisatie aan omgevingsallergenen, zoals huisstofmijt, huisdieren, pollen optreedt. Een adequate behandeling is dan ook primordiaal.

2) Behandeling van atopisch eczeem

De behandeling van atopisch eczeem kan men best indelen in een basisbehandeling, die steeds noodzakelijk is en supplementaire maatregelen die vooral bij ernstig eczeem vereist zijn.

Basisbehandeling

Informereren van patiënt en familie over het verloop van eczeem, over mogelijke triggers en over de manier om de huid in conditie te houden is ontzettend belangrijk. Het is belangrijk een vertrouwensrelatie op te bouwen, zodat patiënten met hun vragen steeds terecht kunnen. Immers ze worden vaak overstelpt met goedbedoelde raadgevingen over dieet, over topische producten en kruiden, die soms lijnrecht tegenover mekaar staan. Een houvast kan hierbij reeds wonderen doen. Ook het nut van atopiescholen is wetenschappelijk bewezen.

a. verbeteren van de huidbarrière

De huidbarrière is bij patiënten met atopisch eczeem verstoord. Het is dan ook belangrijk deze barrière niet verder te ondermijnen en deze te herstellen door emollientia. Idealiter worden deze 2 maal per dag aangebracht, waarbij men voor zuigelingen 300 g per maand, voor volwassenen 300 g per week nodig heeft. Een handig hulpmiddel hierbij is de finger tip unit (tabel 1).

b. identificatie en eliminatie van exacerberende factoren

Het gebruik van detergenten die de huidbarrière nog meer verstoren moet vermeden worden. Klassieke zepen of lichaams-shampoo's vallen onder deze categorie. Deze kunnen vervangen worden door sommige badolies of doucheolies die als "zeep" kunnen gebruikt worden of door syndets. Ook geconcentreerde zeewier of zetmeel (stijfsel) in bad hebben een verzachtend effect. Zwemmen in zwembaden met chloor of broom als desinfectans kan een exacerbatie van eczeem geven. Het is dan ook best zwemmen te beperken (of tijdelijk te verbieden bij kinderen met ernstig eczeem) en na het baden de huid grondig te reinigen en te hydrateren.

Er bestaan geen studies die het irriterend effect van waspoeders en wasverzachters aantonen. Het is nochtans belangrijk om de kleren goed na te spoelen. Patiënten met eczeem verdragen best loszittende katoenen kledij. Wol, synthetische stoffen en spannende kledij irriteren vaak.

Zweten is een andere trigger voor de meeste patiënten. Daarom dient de temperatuur in huis en zeker op de slaapkamer laag gehouden te worden. De hitte tijdens de zomermaanden wordt ook best vermeden.

Een droog klimaat of plaatsen waar steeds een briesje aanwezig is kunnen als vakantieplaats worden aangeraden, immers zonexpositie zelf heeft bij de meeste patiënten een gunstig effect. Men dient ook te verwittigen dat infecties en stress exacerbaties van eczeem kunnen geven. Bij een aantal patiënten kunnen tevens "aeroallergenen" of voeding een verergering van de letsels geven.

c. behandeling van de lesies

Topische corticosteroïden vormen de hoeksteen van de behandeling van atopisch eczeem. Ze zijn effectief in het onderdrukken van de jeuk en van de inflammatie. Er zijn verschillende preparaten op de markt met een verschillende sterkte. Klassiek worden ze in 4 klassen ingedeeld (tabel 2). Voor zuigelingen en peuters zal men meestal met de lichtste klassen (hydrocortison acetaat) reeds voldoende effect verkrijgen. Bij grotere kinderen en bij volwassenen gebruiken wij vaak een stapsgewijze therapie : enkele dagen een mild tot matig steroïd, daarna afgebouwd tot een licht corticoïd en tussen de exacerbaties in, een hydraterende behandeling. In het gelaat is ook om het vehiculum correct te kiezen : bij nattende laesies zal een O/W crème beter verdragen worden, droge laesies vragen W/O crèmes of zalven. De efficiëntie van corticosteroïden kan verbeterd worden door gebruik onder natteverbanden : "wet wrap" therapie.

Een recente studie toonde aan dat bij patiënten met ernstig atopisch eczeem een onderhoudsbehandeling van 2 maal per week met fluticasone de ernst en het aantal exacerbaties sterk kon verminderen. Nochtans was in deze studie de evaluatie van de potentiële risico's van zulke therapie zeer gebrekkig en gebeurde over een te korte termijn. Daar corticosteroïden een breed actiemechanisme hebben zijn er immers ook een aantal neveneffecten zoals vooral huidatrofie, striemen, acne, peri-orale dermatitis en rosacea. Ze kunnen ook een zogenaamd "rebound fenomeen" veroorzaken. Indien aanhoudend gebruikt kunnen corticosteroïden ook hun werkzaamheid verliezen, terwijl ze wel nog dezelfde neveneffecten hebben (tachyphylaxie) Vooral bij jonge kinderen, zo uitgebreide gebieden behandeld worden, dient men ook de mogelijkheid van systemische effecten rekening te houden en zal men best de groeicurve volgen. Topische immuunmodulatoren (tacrolimus en pimecrolimus) zijn een nieuwe klasse van topische geneesmiddelen die nuttig zijn in de behandeling van eczeemlaesies. Deze producten hebben een meer gerichte werking daar ze de cytokineproductie van T-lymfocyten inhiberen, het primum movens bij atopisch eczeem. Ze hebben dan ook minder neveneffecten m.n. veroorzaken ze geen huidatrofie. De resorptie is beperkt en meetbare bloedspiegels komen enkel voor in de aanvangsfase van de behandeling wanneer het eczeem het ergst is. Gewenning werd nog niet gesignaleerd; in de meeste studies wordt gezien dat de hoeveelheid zalf nodig om het eczeem te onderdrukken mettertijd afneemt. Vooral voor laesies in het gelaat hebben de Tim's duidelijke voordelen t.o.v. corticosteroïden. Het belangrijkste neveneffect van Tim's is een branderig en warmtegevoel dat optreedt kort na de applicatie van de topische preparaten en meestal na een kwartier spontaan verdwijnt. Ook intolerantie van alcohol kan voorkomen. Bij het optreden van een virale of bacteriële infectie dienen deze producten gestopt te worden. Omdat er een theoretisch risico voor verhoogde fotocarcinogeniciteit bestaat bij gelijktijdig gebruik van Tim's en zonblootstelling wordt een goede fotoprotectie aanbevolen. Studies omtrent dit risico zijn tot op heden echter geruststellend, doch een langere follow up is nodig om volledige zekerheid hieromtrent te krijgen. Een groot nadeel van Tim's is de hoge kostprijs.

Bij surinfectie van atopisch eczeem kan een antibiotische behandeling, hetzij lokaal hetzij systemisch een omkeer te weeg brengen. Staphylococci kunnen immers het eczeem verergeren omdat ze fungeren als allergeen, als superantigeen of door het promoten van de vrijzetting van pro-inflammatoire cytokines. Fucidinezuur topisch onder de vorm van crème of zalf verdient de voorkeur boven mupirocinezalf omdat dit voor multiresistente kiemen wordt voorbehouden. Systemisch worden bij voorkeur penicillinaseresistente penicillines toegediend of bij allergie hiervoor macroliden.

Teerpreparaten en topisch antiflogistica zoals bufexamac worden nog slechts zelden gebruikt. Topische antihistaminica worden best geweerd omdat ze weinig effectief zijn en bovendien een belangrijk risico voor contactallergie meebrengen.

Supplementaire maatregelen

Bij een aantal patiënten volstaan bovengenoemde maatregelen niet of zijn exacerbaties van eczeem getriggerd door allergische factoren. Aanvullende maatregelen dringen zich dan op.

a. Allergologisch onderzoek

Bij patiënten met ernstig atopisch eczeem of bij vermoeden van exacerbaties door IgE-gemedieerde reacties dringt een uitgebreid allergologisch bilan zich op. Bij zuigelingen wordt vooral voeding geïndiceerd: koemelk, eieren, soja, tarwe, vis, en pinda zijn verantwoordelijk voor de meeste reacties. Bij oudere kinderen en volwassenen kan eczeem uitgelokt worden door contact met huisstofmijt, met pollen of door voeding die kruisreacteert met pollen of door contact met huisdieren. Priktesten, Rast's en evt. "atopy patch tests" kunnen dan een leidraad vormen om de nodige eliminatie-raadgevingen te verstrekken. De hulp van een diëtiste is zeer belangrijk bij gecompliceerde voedingsallergieën.

b. Anthistaminica

Bij patiënten met ernstig atopisch eczeem is de jeuk soms onvoldoende onder controle door de lokale therapie. Associëren van antihistaminica kan dan zinvol zijn. Sedatieve antihistaminica zijn vaak nuttiger dan de nieuwere niet sedatieve.

c. Antimycotica

Bij adolescenten met een zgn. "head and neck dermatitis" kunnen Malassezia gisten een belangrijke trigger vormen. Een behandeling met antimycotica kan dan nuttig zijn.

d. Licht-therapie (UVA1, UVB, UVA)

Dit is aangewezen bij patiënten met eczeem resistent aan vorige maatregelen, doch wordt bij kinderen slechts uitzonderlijk toegepast.

e. Andere

Bij deze patiënten waar het eczeem de levenskwaliteit zeer ernstig in het gedrang brengt zijn meer drastische maatregelen verantwoord. Hospitalisatie kan patiënten soms uit de vicieuze cirkel van eczeem en krabben halen en een lange eczeemvrije periode induceren. Immunosuppressiva worden slechts zeer uitzonderlijk aan kinderen toegediend.

Begeleiding door een psycholoog kan soms nuttig zijn bij kinderen waar de jeuk overheersend is, of zo krabben een manier van aandacht vragen wordt.

NIET TE MISSEN !

- o Zeer ernstige vormen van atopisch eczeem kunnen soms een onderliggende immuundeficiëntie maskeren (Jobst syndroom, Netherton syndroom, Syndroom van Wiskott-Aldrich)
- o Wanneer ondanks een adequate behandeling het eczeem niet verbetert dient men volgende mogelijke oorzaken uit te sluiten
 - beperkte therapietrouw
 - onaangepaste basis (best zalf bij droge letsels, O/W crème bij nattende letsels)
 - surinfectie (bacteriële, mollusca contagiosa, schimmelinfectie)
 - een contactallergie op de gebruikte topica

Aanvullende literatuur

1. Hanifin JM, Cooper KD, Ho VC et al. Guidelines of care for atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2004; 50 : 391-404
2. Akdis CA, Akdis M, Bieber T et al. Review article. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults :European Academy of Allergy and Clinical Immunology/ Maerian Academy of Allergy, Asthma and Immunology/ PRACTALL Consensus Report. Allergy 2006; 61 : 969-987
3. Chamlin SL, Kao J, Frieden IJ et al. Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce the risk of relapse in atopic dermatitis : randomized, double blind, parallel group study. J Am Acad Dermatol 2002; 47 : 198-208
4. Bernard LA, Eichenfield LF. Topical immunomodulators for atopic dermatitis. Current opinion in pediatrics 2002; 14 : 414-418

2. Luijdermatitis

Bijna alle zuigelingen maken ooit een episode van luijdermatitis door. Oorzaak is de irritatie veroorzaakt door contact met urine en stoelgang . Frictie speelt hierbij ook een rol. Vooral wanneer de luiers niet frequent genoeg gewisseld worden of bij episodes van diarree ziet men vaak een luijdermatitis ontstaan. De afwijkingen kenmerken zich door erytheem en schilfering. Soms ook door erosies, natting en papulonodulaire letsels. Meestal situeren de afwijkingen zich in de W regio, op de convexe wrijfplaatsen van de genitaliën. Wanneer ook de concave gedeelten meedoen en vooral zo er ook satellietletels met een schilferkraagje aanwezig zijn, dient men te denken aan een intertrigo, meestal veroorzaakt door candida albicans. Bij warme dagen ziet men soms onder de luier op de buik miliaria ontstaan. Letsels die zich enkel rond de aars situeren zijn vaak het gevolg van een Streptokokken infectie. De meest ernstige vorm van luijdermatitis met pijnlijke geërodeerde noduli wordt Jacquet dermatitis genoemd. Deze wordt uitzonderlijk bij oudere kinderen, die wegens incontinentie luiers blijven dragen, gezien of ook soms bij gebruik van potente steroïden ter behandeling van een aandoening in de luijerregio.

De differentiële diagnose van luijdermatitis omvat vooral seborreïsch eczeem. Hierbij zijn de afwijkingen scherp begrensd, oranje-rood van kleur, ze situeren zich bij voorkeur in de concave delen (liesplooï, bilpleet) en vertonen vaak een schilfering aan de randen. Meestal zijn er ook afwijkingen op de scalp (retro-auriculair) en in de nekplooiën aanwezig. Jeuk ontbreekt meestal. Wanneer het erytheem intenser is en de schilfering (buiten de genitale regio) dikker spreekt men van napkin psoriasis, meestal één van de eerste manifestatievormen van psoriasis op jonge leeftijd. Bij therapie-resistente erupties in de luijerstreek dient men te denken aan de mogelijkheid van een contactallergie (aan de gebruikte topica of de zgn Lucky Luke dermatitis door allergie aan rubbercomponenten in de luier zelf). Zelden kan dit ook te wijten zijn aan zeldzame oorzaken zoals zinkdeficiëntie (acrodermatitis enteropathica), metabole aandoeningen en Langerhanscel histiocytose. Bij een plotse erosieve eruptie in de luijerstreek dient men ook aan impetigo te denken.

Luijdermatitis kan men voorkomen door een goed absorberende luier te gebruiken en deze frequent te wisselen (minstens 7 maal per dag, meer des te jonger de baby). De billetjes worden best gereinigd met lauw water. Vochtige doekjes raden wij niet aan, gezien ze meestal geparfumeerd zijn en bewaarmiddelen bevatten, wat niet onfrequent aanleiding tot contactallergie geeft. Preventief en zeker van zodra er irritatie optreedt kunnen barrièrecrèmes gebruikt worden vb zinkolie. Indien de dermatitis blijft voortduren kunnen antimycotische zalven geassocieerd worden. Zelden heeft men een licht corticoïd nodig (dit vb bij seborreïsch eczeem. Sterke cortisonezalven zijn af te raden gezien ze onder occlusie snel neveneffecten geven.

NIET TE MISSEN

- Wanneer eenvoudige maatregelen niet volstaan om een luijdermatitis op te lossen is specialistisch advies noodzakelijk om zeldzame oorzaken uit te sluiten.
- Het gebruik van cortisonepreparaten bij een ongecompliceerde luijdermatitis kan meer kwaad dan goed doen.

3. Contactallergisch eczeem

Een contact allergisch eczeem is niet onfrequent bij kinderen. Toch wordt er minder aan gedacht omdat het nogal eens voorkomt bij kinderen die tevens atopisch eczeem hebben en omdat de anamnese (vaak hetero) vaak moeilijker is, daar men vaak niet kan achterhalen met wat de kinderen contact hebben. Meest frequent presenteert de aandoening zich als een eczeem (acuut, subacuut of chronisch) op de plaats van contact met het allergeen. Strooireacties naar armen en gelaat doen zich echter ook vaak voor. De oorzakelijke allergenen verschillen van deze bij volwassenen. Metalen waaronder vooral nikkel staan ook bij kinderen op plaats nummer 1. Naast nepjuwelen en kledingsaccessoires is de bron bij deze groep echter vaak ook speelgoed. Het eczeem komt dan meestal aan de handen voor. Tijdelijke tattoos, vaak geplaatst op vakantie is de laatste jaren een belangrijke oorzaak van contactallergische reacties bij kinderen geworden. Paraphenyleendiamine (een zwarte kleurstof) die toegevoegd wordt aan Henna om tattoo's sneller te laten opdrogen en een zwarte kleur te verkrijgen is meestal de oorzaak. Deze schijnbaar onschuldige handeling kan dramatische gevolgen hebben daar vele kinderen nadien ook geen donker of fel gekleurde kledij en/of haarverf meer verdragen. Allergische reacties aan schoenmateriaal (rubber, chromaten in leder, schoenlijmen) komen ook vaak voor. Cosmetica (parfums, lippenstift, nagellak) worden ook meer en meer door kinderen gebruikt. Bovendien worden ze dikwijls als speelgoedset op de markt gebracht waarbij de concentratie van allergiserende ingrediënten vaak hoger ligt dan in vergelijkbare producten voor volwassenen. Men mag ook niet vergeten dat kinderen ook een allergische reactie kunnen vertonen op producten gebruikt door hun familieleden of andere contactpersonen. Uitzonderlijk zijn zuigelingen allergisch aan rubbercomponenten in de wegwerpluiers die ze dragen. Een irritatieve luierdermatitis is echter veel frequenter. Rubberbestanddelen in vrijetijdskledij (surfpakken, zwembriljetjes, ..) of in ballen kunnen ook problemen geven. Tenslotte kunnen kinderen die een beroepsopleiding volgen zich ook aan producten in de werksfeer sensibiliseren. Dit ziet men zeer vaak bij kapsters in opleiding. De diagnose van een allergisch contacteczeem wordt gesteld door epicutane allergietesten op de rug (lapjesproeven) die na 48 en 96 uur worden afgelezen. De behandeling bestaat vooral uit het vermijden van de gevonden allergenen. Symptomatisch kan een cortisonezalf en evt. een antihistaminicum gegeven worden, bij ernstige gevallen systemische steroïden.

AANDACHTPUNT

- Gebruik bij kinderen, zeker bij atopisch eczeem) zoveel mogelijk hypoallergische producten (vb zonder parfums en bewaarmiddelen zoals isothiazolinone en formaldehyde).
- Momenteel zijn er stappen op Europees niveau om PPD in tijdelijke tattoos te weren. Ondertussen is het onze taak de kinderen en hun ouders op het risico ervan te wijzen.

Aanvullende literatuur

1. Morren M, Goossens A. Tijdelijke hennatatoeages : niet zo onschuldig! Tijdschrift voor geneeskunde 2005; 61 : 1665-1669

4. Urticaria

Urticaria of netelkoorts ontstaat als gevolg van degranulatie van mastcellen in de dermis en inwerking van vrijgezette mediators op de bloedvaten en zenuwreceptoren. Hierdoor treedt een vluchtige “wheal and flare” reactie op met hevige jeuk. Men onderscheidt *acute* en *chronische* urticaria alnaargelang de letsels minder of langer dan 6 weken duren. Bij angio-oedeem treedt mediatorvrijzetting in de subcutane laag op, wanneer ten gevolge van de plotse en massieve vrijzetting van mediators ook ernstige algemene symptomen optreden spreekt men van anafylaxie. Urticaria komt frequent voor bij kinderen (3 tot 4%).

1) Kliniek van urticaria bij kinderen (1)

De typisch efflorescentie van de *urtica* is een palpabel wit oedemateus centrum (wheal) omgeven door een erythemateuze macula (flair). Bij samenvloeien kunnen annulaire of landkaartachtige figuren ontstaan. Typisch is dat de letsels snel verdwijnen (nooit langer dan 24 uur) zonder restlaesies. Jeuk is de hoofdklacht. Desondanks zijn krabletsels afwezig. *Angio-oedeem* tast vaak de oogleden, mond of extremiteiten aan. Deze zijn fors gezwollen, er is geen erytheem en de letsels trekken trager weg. De mucosae kunnen ook meedoen. Oedeem van larynx en darmmucosa komen vooral voor bij hereditair angio-oedeem. Vooral bij acute urticaria kan er een snelle progressie met systeemuitbreiding optreden, uitzonderlijk gaande tot potentieel levensbedreigende *anafylactische reacties* : zwelling van de mucosa van mond, larynx of pharynx, bronchospasme, gastro-intestinale symptomen, cardiovasculaire collaps.

Bij zuigelingen en jonge kinderen is deze typische kliniek vaak afwijkend : veralgemeende reacties gepaard met *angio-oedeem* van het gelaat en de extremiteiten en acrocyanose. De letsels zijn dikwijls *annulair* en nemen het aspect van “*cocarden*” aan. Vooral bij zuigelingen zijn de letsels “*hemorrhagisch*”, en dit in bijna de helft van de gevallen wanneer er een infectieuze of medicamenteuze oorzaak bestaat. Jeuk treedt vaak minder op de voorgrond, de letsels zijn soms *pijnlijk* of *branderig*. *Koorts*, *arthritis* of *arthralgieën* ziet men bij 1/3 van de parainfectieuze urticaria bij jonge kinderen.

2) Etiologie van urticaria bij kinderen en diagnostische testen

Acute urticaria

Bij zuigelingen jonger dan 6 maand zijn IgE- gemedieerde reacties op voeding bijna steeds de oorzaak van acute urticaria (tabel 3). Het gaat om atopische kinderen en meestal beginnen de reacties rond de mond of op contactplaatsen met de voeding (handjes,...). Uitbreiding naar de rest van het lichaam is frequent. Ernstige anafylactische reacties zijn gelukkig zeldzaam, maar ze werden op verschillende voedingmiddelen beschreven (koemelk, ei, pinda, vis,...). De diagnose kan gesteld worden door huidtesten of Rast's (aan te raden zo er kans op anafylaxie is). In deze leeftijdsgroep zijn infecties of medicatie een onfrequente oorzaak van acute urticaria.

Bij grotere kinderen zijn deze laatste de voornaamste oorzaak terwijl de frequentie van reacties op voeding stilaan afneemt. De voornaamste oorzaken zijn hier virale infecties (Hep A, B, C, EBV, CMV, mazelen, bof, influenza, adeno- en enterovirussen, HIV, ...) , minder frequent zijn bacteriële infecties vooral met Streptococci en medicatie. Het bepalen van het etiologisch virus heeft geen klinisch belang. Het is niet steeds mogelijk om uit te maken of de infectie of de medicatie, die ervoor gegeven werd, de symptomen veroorzaakte. Bij penicillineallergie kan een positieve Rast de diagnose bevestigen, bij negatieve Rast sluit dit echter niet uit. Indien nodig kunnen provocatietesten in het ziekenhuis uitkomst bieden.

Locale reacties kunnen ook optreden na contact met inhalatieallergenen (vb likken van een poes, spelen in het gras in het pollenseizoen). Ook insektenbeten (wespen, bijen,...) of intens contact met insekten (rupsen) kunnen urticariële reacties veroorzaken.

De oorzaak van **chronische urticaria** is vaak moeilijker te achterhalen. Deze vorm van urticaria is echter wel veel minder frequent bij kinderen dan bij volwassenen .

Fysische urticaria (vooral cholinergische en koude, zelden symptomatisch dermografisme, solaire en drukurticaria), zijn in deze groep bij kinderen de voornaamste oorzaak.

Enkel indien de hiervoor vermelde oorzaken uitgesloten zijn, is een bloedname zinvol (tabel 3). Het is inderdaad uitzonderlijk dat urticaria bij kinderen het eerste teken van een onderliggende pathologie zoals schildklierlijden, lymfoom of leucemie, is. Een auto-immune etiologie door IgG antistoffen tegen Fcε-R1 receptor van mastcellen en basofielen werd recent als mogelijke oorzaak bij volwassenen naar voor gebracht .

Indien het klinisch beeld atypisch is (vb individuele letsels die langer dan 24 uur persisteren) zal tevens een huidbiopt genomen worden van een pas opgetreden letsel.

De prognose van chronische idiopathische urticaria bij kinderen is goed : de meeste kinderen vertonen geen symptomen meer binnen de 2 jaar .

a. Differentieel diagnose

- Bij zuigelingen : EEM, acuut hemorrhagisch oedeem (de letsels persisteren langer dan 24 uur).
- Solaire urticaria : erythropoëtische protoporphyrie
- Dermografisme : mastocytose (vooral diffuse vorm, biopt veel mastcellen)
- Persisterende letsels : urticariële vasculitis (vaak hemorrhagisch aspect, genezing met restpigmentatie of ecchymose, biopt leucocytoclastische vasculitis)
- Subacute en chronische urticaria : strophulus (seropapels met centrale vesikel of prikplaats)

b. Behandeling (1,4,6,10)

Indien mogelijk zal men de oorzaak wegnemen : dieet bij voedingsallergie of intolerantie (6); vermijden contact met inhalatieallergenen als pollen, dieren, latex. Vermijden uitlokkende factor bij fysische urticaria. Bij koude urticaria : geen ijs en niet zwemmen. Bij een onderliggende infectie zal men deze behandelen. In alle gevallen van urticaria zal men best histamineliberatoren, salicylaten, en gekleurde geneesmiddelen vermijden.

Symptomatische behandeling :

H1 antihistaminica zijn de hoeksteen van de behandeling.

Bij onvoldoende resultaat met H1-antihistaminica kan eventueel geassocieerd worden met H2-antihistaminica, maar de doeltreffendheid bij kinderen is nog niet bewezen.

Bij een voorgeschiedenis van ernstige reacties (angio-oedeem of anafylactische reacties) dienen patiënt, familieleden, of onderwijzend personeel ter beschikken over subcutaan adrenaline (Epipen° of Epipen Junior° 0,01 mg/kg)

Systemische corticosteroiden worden best vermeden bij chronische urticaria aangezien ze niet werkzaam zijn op de acute vrijzetting van mediators door de mastcel. Door hun algemeen anti-inflammatoir effect kunnen ze soms toch effectief zijn.

Recent werden ook goede resultaten beschreven met leucotriëen-antagonisten (10).

NIET TE MISSEN

- o Parainfectieuze urticaria bij zuigelingen gaan vaak gepaard met angio-oedeem, purpurische letsels en arthralgieën.

Aanvullende literatuur

1. Guillet MH, Guillet G. L' urticaire alimentaire de l'enfant; revue de 51 observations. *Allerg Immunol* 1993; 25 : 333-8
2. Mortureux P, Léauté-Labrèze C, Legrain-Liferman V, Lamireau T, Sarlangue J, Taieb A. Acute urticaria in infancy and early childhood : a prospective study. *Arch Dermatol* 1998; 134 : 319-23
3. Greaves M.W. Chronic urticaria in childhood. *Allergy* 2000; 55 : 309-320
4. Volonakis M, Katsarou-Katsari A, Stratigos J. Aetiologic factors in childhood chronic urticaria. *Ann Allergy* 1992; 69 : 61-65
5. Ehlers I, Niggemann B, Binder C, Zuberbier T. Role of non allergic hypersensitivity reactions in children with chronic urticaria. *Allergy* 1998; 53 : 1074-7

M. Morren

Dermatoloog

K.U. Leuven afdeling dermatologie en kinderdermatologie

Tabel 1 : hoeveelheid zalf nodig

	Hoofd + hals	Arm + hand	Been + voet	Romp (voorkant)	Rug + dijen
Leeftijd	Aantal FTU				
3-6 maanden	1	1	1 ½	1	1 ½
1-2 jaar	1 ½	1 ½	2	2	3
3-5 jaar	1 1/2	2	3	3	3 ½
6-10 jaar	2	2 ½	4 ½	3 ½	5
Volwassene	2 ½	4	8	7	7

Een FTU (finger tip unit) is de hoeveelheid zalf die uit een tube geduwd wordt die het laatste kootje van een wijsvinger van een volwassene bedekt

Tabel 2 : klassificatie van topische corticosteroiden

Groep	Generische naam	Merknaam	vehiculum
Klasse 1 (zeer potent)	Clobetasol propionate	Dermovate	Zalf Crème Lotion
	Betametasone dipropionaat + propyleenglycol	Diprolene	Zalf Crème Lotion
	Betametasone dipropionaat	Diprosone	Zalf Crème Lotion
	Diflucortolone valeraat	Nerisona forte	zalf
	Fluocinonide	Synalar	Zalf
Klasse 2 (potent)	Methylprednisolone aceponaat	Advantan	Vette zalf Zalf Crème
	Amcinonide	Amicla	Crème
	Betametasone valeraat	Betnelan V	Zalf Crème Lotion
	Fluticasone propionaat	Cutivate	Zalf Crème
	Mometasone furoaat	Elocom	Zalf Lipofiele crème Lotion
	Hydrocortisone butyraat	Locoid	Zalf Lipofiele crème Crème Crelo Lotion
	Diflucortolone valeraat	Nerisona	Vette zalf Zalf Crème
	Halometasone monohydraat	Sicorten	Zalf Crème
	Fluocinonide	Synalar	Crème
		Fluprednideni acetaat	Decoderm
Klasse 3 (minder potent)	Triamcinolone acetonide	Delphi	Crème
	Clobetason butyraat	Eumovate	Zalf Crème
	Flumetasone	Locacortene	Zalf
	Fluocinonide	Synalar	Lotion
Klasse 4 (zwak)	Hydrocortisone acetaat	Cortril	Zalf
	Hydrocortisone (acetaat)	Crelicort	Crème

Tabel 3 Etiologie : acute urticaria (2,3)	
Voeding	Koemelk, ei, pinda , granen, soja, vis, groenten, fruit, mosterd ...< 6 m
Infecties	Viraal , bacterieel, parasieten
Medicatie	Antibiotica, antiflogistica,
Vaccinatie	
Inhalatieallergenen	Pollen, dieren, latex, ...
Insekten	Wespen, bijen, rupsen

Tabel 4 : etiologie : chronische urticaria	
fysische urticaria	
Voeding	Additiva (kleurstoffen, histamine (-liberatoren), sulfieten, ... zelden IgE-gemedieerd
Medicatie	
Infecties	Chronische infectieuze hepatitis, mononucleose, parasieten
Onderliggende aandoeningen	SLE, leucemie, lymfomen, endocrinopathieën
Auto-immuun	Systeemlupus, schildklierlijden
Idiopathisch	
Systeemaandoeningen	ziekte van Still, acuut gewrichtsreuma...
Erfelijke aandoeningen	Vb Familiale Mediterane koorts, complement deficiënties...

Tabel 5 : bloedname bij chronische urticaria
Sedimentatie, CRP
Hb, Ht, RBC, WBC, formule,
Levertests
TSH
ANF, C3, C4
Serologie Hep B en C
<i>Faeces parasieten (bij verblijf in endemisch gebied en/of gastro-intestinale symptomen)</i>
<i>RX thorax (verdenking lymfoom)</i>
<i>Echo lever, milt (verdenking leucemie, lymfoom, leverstoornis)</i>

Huidziekten bij kinderen die zich presenteren met maculae, papels of noduli

A. Infectieziekten

1. Exanthema subitum

De 6^e ziekte of exanthema subitum is een zeer frequente infectieuze huidziekte bij zuigelingen. Vijf tot 15 dagen na een infectie met het HHV 6 (of 7) krijgt de zuigeling plots hoge koorts. Na 3 tot 6 dagen verdwijnt deze en treedt een vluchtige rash (duurt maximaal 2 dagen) op die vooral de hals en het bovenste deel van de romp aantast. De oogleden zijn vaak gezwollen. Er zijn adenopathiën, maar overigens weinig algemene symptomen (soms wat BLW of GI symptomen).

De aandoening behoeft enkel een symptomatische behandeling (koortsmedicatie).

2. Gianotti Crosti syndroom

Dit is een infect-allergische aandoening die voorkomt bij jonge kinderen (1-6 jaar). Na een eventuele periode van prodromen (hoesten, lichte koorts) treedt een meestal monomorfe eruptie van erythemateuze papels soms papulovesikels op, typisch op de wangen, de elleboogstrekzijden, knieën en bips, maar soms meer uitgebreid. Jeuk is minimaal tot afwezig. Deze papels kunnen soms confluëren tot grotere plaques. Een virale infectie, vaak asymptomatisch (EBV, Hep, CMV, Coxsackie) minder frequent een bacteriële infectie (*Streptokokkus pyogenes*) of vaccinatie is de trigger. De aandoening geneest spontaan na 2 tot 8 weken. Een leverfunctie heeft pas zin 14 dagen na het optreden van de eruptie.

3. Erythema infectiosum

De vijfde ziekte of erythema infectiosum wordt veroorzaakt door het Parvo B19 virus en treedt vooral op tussen 5 en 15 jaar. Soms wordt de aandoening voorafgegaan door minimale griepale symptomen. De papuleuze eruptie op de wangen die snel conflueert tot erytheem dat de wangen het aspect van "slapped cheek" geeft ontstaat 4 tot 14 dagen na de infectie. Ze blijft slechts enkele dagen aanwezig en ondertussen ontstaat een guirlandevormig erytheem op de armen, soms meer veralgemeend. Dit erytheem is wisselend van intensiteit en kan tot 2 maand regelmatig terugkomen vb bij zonexpositie of na een warm bad. Arthralgiën zijn soms aanwezig.

Bij oudere kinderen of volwassenen, kan een andere eruptie optreden beschreven als het "gloves and socks syndroom" : een eruptie van purpurische papels op voeten en handen. Complicaties kunnen optreden bij kinderen met een hemoglobinopathie (vb Thalassemie) die een ernstige hemolytische anemie kunnen vertonen. De infectie kent een ernstig verloop bij kinderen met leucemie.

Het virus kan transplacentair getransporteerd worden en een hydrops foetalis ten gevolge van hemolyse veroorzaken bij de foetus. Nochtans is de kans hiertoe klein gezien 60% van de volwassenen antistoffen tegen het Parvo B17 virus bezitten. Eenmaal de rash is opgetreden zijn de kinderen niet meer besmettelijk, behalve bij hemolytische anemie of onderliggende aandoening zoals leucemie.

Een behandeling van erythema infectiosum is niet nodig.

4. Scarlatina

De incidentie van scarlatina, veroorzaakt door een hemolytische groep A streptokok neemt de laatste jaren opnieuw toe, hoewel het een minder ernstige variant betreft. Twee tot 5 dagen na de besmetting worden de kinderen ernstig ziek, met hoge koorts (38,5-39°, hoofdpijn, buikpijn, duizeligheid, vermoeidheid). De kinderen vertonen een keelontsteking met vergrootte amandels met witte stippen die een week kan duren. Er zijn pijnlijke opgezette lymfeklieren. De tong is beslagen en vanaf de derde dag ontstaat de typische frambozentong. De huidrash begint 24-48 uur na het optreden van de koorts en ziet men eerst in de grote plooien (oksels, liezen) en breidt nadien uit over gans het lichaam. Aanvankelijk ziet men kleine papels die confluëren tot grote velden. Bij palpatie voelt de eruptie rasperig aan. In het gelaat is er een diffuus erytheem met periorale bleekheid wat het typische facies scarlatinosa geeft. Tegen het eind van de eerste week beginnen de letsels af te schilferen; fijn in het gelaat; grof lamellair aan handpalmen en voetzolen.

Een Strep A test laat toe om via een eenvoudig keeluitstrijkje snel de diagnose van streptokokkenangina te stellen.

Scarlatina kan verward worden met otitis media, ernstige sepsis evt. met septische arthritis en myocarditis . Acut gewrichtsreuma en glomerulonefritis zijn hyperergische complicaties .

De behandeling bestaat uit het toedienen van penicilline.

Bij kinderen die recidiverende Streptokokken angina's doormaken kan een recurrent peri-anaal erytheem voorkomen. Het gaat om een scarlatiniforme rash die 1 tot 2 dagen na de angina ontstaat, enkel in de genitale regio.

5. APEC

Het asymmetrisch periflexuraal exantheem van het kind werd recent beschreven, maar een verantwoordelijke verwekker werd nog niet aangetoond. De aandoening kent een typisch verloop. Vaak zijn er prodromen zoals rhinitis of gastro-intestinale symptomen. Nadien ontstaat een rash meestal eerst rond één oksel, uitbreidend over de ganse flank tot in de lies. Soms is er een lichte koorts, meestal zijn er adenopathieën palpabel. Na meerdere dagen treden bij vele kinderen letsels aan de andere zijde of zelfs in het gelaat op; maar toch blijft de eruptie duidelijk asymmetrisch. De letsels kunnen papuleus, eczematous, scalatiniform en zelfs vesiculeus zijn. Ze verdwijnen spontaan binnen de 3 tot 6 weken, maar kunnen soms ook meer dan 2 maand aanwezig blijven.

6. Ziekte van Kawasaki

Deze ernstige aandoening vergt een snelle diagnose en behandeling omdat ze aanleiding kan geven tot coronaire aneurismata.

De oorzaak ervan is nog niet volledig opgehelderd, mogelijks gaat het om het New Heaven Corona virus. De kliniek kenmerkt zich door een typisch symptomencomplex :

- 1) Hoge koorts die niet beantwoordt aan antibiotica en meer dan 5 dagen duurt (soms 1 tot 2 weken).
- 2) Een keelontsteking met frambozentong en opvallend oedeem en erytheem en later afschilfering van de lippen
- 3) Een polymorf exantheem, dat genitaal begint en later de gehele huid aantast; met typisch een meatitis en luierdermatitis.
- 4) Acrale afwijkingen treden bijna steeds op, maar wel laatstijdig : aanvankelijk is er een opvallend oedeem en later een lamellaire afschilfering van de vingertoppen
- 5) Ongeveer 90% van de kinderen heeft een bilaterale conjunctivitis
- 6) Meestal is er een opvallende acute asymmetrische pijnlijke lymfadenopathie

Nuttig bij de diagnose is een bloedname (sterk verhoogde leucocytose, verhoogde sedimentatie en CRP en later een trombocytose). De differentieel diagnose stelt zich vooral met scarlatina, met toxic shock syndroom en gelet op de adenopathie met toxoplasmose.

De ziekte van Kawasaki is een ernstige aandoening, gezien ongeveer 20% van de kinderen later aneurismata van de coronaire arteries ontwikkelt en 2% binnen het jaar overlijdt aan een hartinfact.

Kinderen verdacht van deze diagnose dienen gehospitaliseerd te worden op een pediatrie afdeling en een infuus met immuuglobulinen (2g/kg over 8-12 uur) te krijgen. Hieraan wordt 80-100 mg/kg acetylsalicylzuur toegevoegd over 4 giften (anti-inflammatoir en antitrombotisch). Met deze behandeling kan het risico voor coronaire complicaties tot 5% verminderd worden. De kinderen dienen met een echo cardio tijdens de convalescentie opgevolgd te worden.

7. Varicella

Deze aandoening, die veroorzaakt wordt door het HHV3 of VZV, heeft een incubatietijd van ongeveer 14 dagen. De kinderen zijn besmettelijk van 3 dagen voor tot 7 dagen na het uitbreken van het exantheem. Er zijn vaak pauci- of asymptotische vormen, slechts 7% van de bevolking krijgt de aandoening nog na de leeftijd van 20 jaar. De aandoening begint met een matige koorts (38°C) en minimale aantasting van de algemene toestand. De vesiculeuze eruptie, klassiek beschreven als een dauwdruppel op een rozenblaadje, treedt in vlagen op. De eerste letsels komen meestal in het gelaat, de scalp of de mond mucosa voor, de laatste gewoonlijk op de benen. Het beeld is daardoor polymorf met nieuwe vesiculeuze letsels, crusteuze genezende letsels en atrofe littekens. Complicaties komen voor, pneumonie en encephalitis, meer bij volwassenen. Bij immuunsuppressie kan een veralgemeende infectie optreden, eventueel leidend tot DIC, wat bij 30% van de patiënten fataal eindigt. Zeldzame complicaties zijn : reactieve artritis, purpura fulminans, ziekte van Reye of macrophagen activatie syndroom. De laatste jaren zien we echter regelmatig bacteriële surinfecties die zich ofwel voordoen als impetigo, of als een dermoepidermitis hetzij met meerdere necrotische letsels (meestal door Staphylococcus aureus) of als geïnfilteerde plaques (Beta hemolytische Streptococcus) gepaard met koorts. Het gebruik van Ibuprofen als koortswerend middel wordt door

sommigen als mogelijke oorzaak gezien. Behandeling met antibiotica is bij deze laatste complicatie nodig.

Varicella bij de zwangere is vooral gevaarlijk zo de moeder week 13-20 varicella krijgt met risico tot congenitaal varicella syndroom voor de foetus. Zo varicella optreedt bij de moeder op dag -5 tot dag +2 van de bevalling kan de zuigeling een zeer ernstige neonatale varicella doormaken met viscerale aantasting en fatale afloop in 20-30% van de gevallen.

Behandeling van varicella is symptomatisch met een jeukstillende lotio of desinfecterende alcoholische oplossing, jeukwerende medicatie. Bij varicella tijdens de zwangerschap, dient de zwangerschap nader te worden opgevolgd met echografiën en evt punctie met PCR voor VZV. Bij varicella rond de bevalling zal deze zo mogelijk uitgesteld worden om toe te laten dat er antistoffen transplacentair van de moeder overgaan naar het kind foetus en zo dit niet kan dienen immuunglobulines en acyclovir te worden toegediend..

8. Mollusca contagiosa

Deze frequente, door een poxvirus veroorzaakte, aandoening is zeer besmettelijk en momenteel enorm toegenomen bij jonge kinderen. Hoewel sommigen voorstander zijn om deze letsels niet te behandelen delen wij deze mening niet. Zeker bij eczeempatiënten is het niet ongewoon om de kinderen pas in behandeling te krijgen wanneer er reeds meerdere tientallen en soms zelfs honderden mollusca aanwezig zijn en het eczeem fors verergerd is. Uiteraard is de behandeling dan veel moeilijker. Voorkeurstherapie is een curettage na applicatie van EMLA; een meestal vrij eenvoudige procedure mits enige training en mits medewerking van de ouders. Tweede keus is behandeling met vloeibare stikstof. Het is belangrijk deze behandeling op regelmatige tijdstippen te herhalen tot er geen letsels meer aanwezig zijn.

NIET TE MISSEN

Bij kinderen die hoge koorts hebben, een huidrash, en zowel opvallende mucosale als conjunctivale letsels en een asymmetrische adenopathie dient men door te verwijzen .

Surinfectie met staphyokokken en streptokokken is momenteel een frequente complicatie van varicella.

Verdere literatuur

R Fölster-Holst. Virusexantheme. Hautarzt 2004; 55 : 804-818

B. Tumorale letsels

Tumorale letsels zijn frequent bij kinderen, maar gelukkig meestal goedaardig. Bij congenitale letsels (tumoraal maar ook defecten), gelegen op de posterieure middellijn moet men steeds bedacht zijn op een onderliggend probleem van het CZS. We zullen de meest voorkomende letsels overlopen naargelang het weefsel van ontstaan, wat meteen ook een idee geeft over enkele belangrijke klinische kenmerken.

1. Pigmentletsels

Congenitale naevi

Pigment naevi worden veroorzaakt door een toename in het aantal melanocyten. Arbitrair worden deze naevi ingedeeld in grote (> 10cm), middelmatige (1,5 –10 cm) en kleine (< 1,5 cm) pigmentletsels. Ze komen om het even waar voor, met een voorkeur voor gelaat en posterieure middellijn. Het gaat meestal om donkerbruine tot zwarte vlakke letsels, later worden ze verheven of ontstaan er noduli. Zeer grote letsels kunnen enkele tot meerdere tientallen satellietletsels vertonen.

De prognose van deze congenitale naevi is wisselend. Vooral de grote congenitale naevi kunnen gecompliceerd worden door een maligne melanoma, dat zowel in de naevus als erbuiten kan ontstaan. Het risico verschilt nogal volgens de auteurs en wordt geschat tussen 2,5 % voor kleine en 5 (tot 14%) bij de grote pigmentnaevi. Deze complicatie kan op jonge leeftijd optreden. Een andere complicatie, die vooral bij zeer grote pigmentnaevi, naevi op de posterieure middellijn en naevi met veel satellietlaesies voorkomt, is neurocutane melanose, waarbij er een tumorale proliferatie van pigmentcellen (goedaardig of kwaadaardig) in het centraal zenuwstelsel voorkomt. Kinderen met dit soort naevi dienen dus door een pediatriesch neuroloog mee opgevolgd te worden.

Verworven pigmentnaevi

Deze letsels ontstaan tussen de leeftijd van enkele maanden tot ongeveer 40 jaar en zijn zeer frequent.

Naast een erfelijke factor speelt zonexpositie een rol in het ontstaan van nieuwe pigmentnaevi. Tevens neemt men aan dat zonnebrand vooral in de kinderleeftijd, bijdraagt tot het optreden van maligne pigmentletsels, die echter prepubertair bij verworven naevi zeldzaam zijn.

Bij kinderen is het vooral belangrijk om hen bewust te maken van dit risico en te zorgen dat ze zich steeds goed tegen zonnebrand beschermen (vermijden van felle zon, dragen van beschermende kledij, gebruik van zonnecrèmes met minstens factor 20). Een bijzondere variant die bij kinderen nog al eens gezien wordt is de Spitz naevus, die soms eerder een rode dan bruine kleur heeft en waarvan de histologie sterk op een maligne melanoma kan lijken.

Café au lait maculae (CALM's)

Deze vlekken ontstaan door een gelocaliseerde toename van pigment in de epidermis, maar het aantal melanocyten zelf is normaal. Klinisch gaat het om café au lait kleurige maculae met scherpe begrenzing maar soms onregelmatige randen. Ze worden frequent aangetroffen bij de pasgeborenen, vooral bij negers (tot 25%). Indien ze multipel zijn kan dit een teken van een syndroom zijn: meest frequent : neurofibromatosis (verdacht zo minstens 6 CALM's groter dan 5 mm voor puberteit), Mc Cune Albright syndroom (meestal minder, maar grotere letsels, onregelmatige randen en donkerder CALM's) en het Russell Silver syndroom. Bij kinderen met meer dan 5 CALM's dient men een grondige anamnese naar erfelijke aandoeningen te doen en een grondig klinisch onderzoek met groeicurve, neurologisch onderzoek, oogonderzoek, huidonderzoek naar andere tumorale letsels, tekenen van vroegtijdige puberteit, botanomalieën en desgevallend aanvullende onderzoeken aan te vragen.

2. Bindweefsel tumoren

Ook bruin is het dermatofibroma, een goedaardig tumortje dat zeldzaam is bij kinderen, maar vanaf de puberteit frequent voorkomt. Een typisch kenmerk is dat bij laterale druk het letseltje inzinkt. Meestal bevinden dermatofibromen zich op de onderste ledematen. Deze letsels hoeven geen behandeling. Bij grotere letsels (vanaf 2 cm), zeker zo ze in grootte toenemen, dient men echter een keloid, een dermatomyofibroma en een dermatofibrosarcoma protuberans of andere zeldzame tumor uit te sluiten, zo nodig biotisch. Een dermatofibrosarcoma protuberans is een lage graad maligne tumor, die gemakkelijk lokaal recideert, die vooral bij jonge volwassenen voorkomt, maar ook bij kinderen, zelfs neonataal.

3. Hamartomen en teratomen

Epidermale hamartomen zijn frequent en ontstaan uit het embryonale ectoderm, welke differentieert tot keratinocyten en anderzijds tot epidermale aanhangsels. Ze zijn een uiting van een mosaïcisme, meestal beperkt tot de huid. Ze worden ingedeeld naar de component die overweegt, vooral keratinocyten of cellen van sebunklieren.

Een keratinocyten epidermale naevus bestaat meestal uit gegroepeerde, vaak lineair gerangschikte, confluërende bruine papels. Zeldzaam is er tevens een germinaal mosaïcisme, waarbij de afstammelingen een ernstige vorm van ichthyosis kunnen vertonen.

De naevus sebaceus presenteert zich als een oranje-gele, scherp begrensde vlek, bij voorkeur op de scalp (dan is de vlek kaal) of in het gelaat. Later wordt deze vlek meer verheven. Na de puberteit kan in zulke naevus een basocellulair epithelioma of een syringadenoma papilliferum ontstaan. Daarom dienen ze te worden opgevolgd, hoewel preventieve excisie momenteel niet meer geadviseerd wordt. Vooral bij uitgebreide hamartomen zijn ook andere organen aangetast (vaak het CZS) en ontstaan syndromale vormen die best multi-disciplinair benaderd worden.

Een frequent teratoom is de dermoïd cyste. Het is een subcutane ectodermale (van componenten van derm en epiderm) tumor, meestal rubberachtig van consistentie die langs de embryonale fusielijnen voorkomt, vooral lateraal van de wenkbrauw, over de voorste fontanel en de mediale neusbrug, de laterale of mediane hals, maar ook elders. Ze dienen vooral gedifferentieerd te worden van meningo- of encephalocoelen (translucent, wordt groter bij Valsalva) en met glioom bij localisatie op de neus.

4. Uitgaande van de mastcellen

Oranje rode verheven vlekken die bij het ouder worden meer gepigmenteerd worden, zijn kenmerkend voor mastocytose. Pathognomonisch voor deze letsels is dat ze opzwellen wanneer men er over wrijft (teken van Darier).

Ze kunnen variëren van enkele mm tot meerdere cm diameter. Op jonge leeftijd ontstaan regelmatig blaren op grotere laesies door degranulatie van de mastocyten bv. na een warm bad en wrijving. Ook flushing kan optreden wanneer de letsels geprikkeld worden.

Men spreekt van mastocytoma (vaak congenitaal) indien men met minder en van urticaria pigmentosa (meestal ontstaand de tussen 3 maand en 1 jaar) bij 6 tot 100 den letsels, wat de 2 meest frequent voorkomende vormen zijn. Bij kinderen is de prognose goed. Interne lokalisaties zijn zeldzaam. Meestal is er een spontane resolutie opgetreden tegen de puberteit.

Als behandeling kan men H1 antihistaminica proberen, hoewel deze zeker niet alle symptomen kunnen blokkeren. Belangrijker is om evt. triggers voor degranulatie te vermijden (tabel 1). Bij insectenbeten kunnen zeer hevige (zelfs anaphylactische) reacties voorkomen. Bij een algemene anesthesie dient de anesthesist verwittigd te worden daar aangepaste producten en premedicatie nodig zijn.

5. Uitgaande van histiocyten

Het juveniel xanthogranuloom is een frequente tumor bij kinderen. De klinische presentatie kan wisselend zijn, gaande van roodbruine papels tot noduli maar soms ook plaques in het begin stadium, tot meer geelachtige letsels later. Vaak gaat het om solitaire letsels, uitzonderlijk om meerdere tientallen. Meestal is enkel de huid aangetast, maar soms kunnen letsels ook in de ogen en meer zeldzaam de interne organen voorkomen. Soms ziet men deze letsels bij patiënten met neurofibromatose. Ze verdwijnen meestal spontaan, maar soms wel met vorming van atrofe littekens. Langerhanscelhistiocytose is een zeldzame aandoening die echter een ernstig verloop kan kennen. De letsels kunnen beperkt blijven tot 1 orgaan (meestal huid of bot) maar kunnen ook verschillende organen aantasten (huid, bot, lymfeklieren, longen, CZS, milt, beenmerg,...). Men moet eraan denken bij kinderen die seborreisch eczeemachtige letsels (meestal meer papuleus en purpurisch) hebben of papulovesiculeuze tot necrotische letsels die niet regresseren na enkele weken, zoals men bij een infectieuze aandoening zou verwachten. Uiteraard dienen zulke kinderen zo snel mogelijk doorgestuurd te worden voor diagnose en behandeling.

C. Vasculaire letsels

Volgens de klassificatie van Mullikan dient men congenitale vasculaire letsels te differentiëren in malformaties (vanaf de geboorte aanwezig) en tumorale letsels.

Een naevus flammeus is de meest frequente vasculaire malformatie. Ze zijn vanaf de geboorte aanwezig, soms echter slechts licht rozig, en worden donkerder met de leeftijd. Bij volwassenen ontstaan vaak angiomateuze woekeringen. Deze letsels kunnen veilig en vaak mooi behandeld worden met laser (PDL laser is hier de gouden standaard).

Hemangiomen (of vasculaire hamartomen) zijn de meest frequente vasculaire tumoren. Ze kunnen bij de geboorte aanwezig zijn (NICH en RICH), maar ontstaan meestal toch pas de eerste levensweken en zijn gekenmerkt door een groeiperiode, een periode van stabilisatie (vanaf 6 maand) en een periode van regressie. Meestal is de diagnose niet moeilijk (een indrukbare, soms wel vast aanvoelende roze-rode tot blauwige nodule of vlek vaak met anemische halo en met telangiectasieën op het oppervlak en soms uitgesproken drainerende venen in de omgeving. Hoofd en nekregio zijn de predilectieplaatsen, bij meisjes ook de genitale regio. De meeste letsels regresseren spontaan : 30% op 4 jaar; 50% op 5 jaar en 70% op 7 jaar en hoeven geen behandeling (eventueel een correctie na de regressie).

Er zijn echter ook haemangiomen die problemen kunnen geven en zo snel mogelijk een specialistisch advies vergen daar de evolutie snel kan zijn. Zulke regio's zijn : periorbitaal (interferentie met het zicht), genitaal (vaak ulceratie), neus- mond regio (interferentie met voeding en ademhaling), midden van de wang (genezen met lelijk litteken) en snel groeiende grote letsels. In het beginstadium kan laserbehandeling (PDL) de groei van zulke letsels soms stoppen. Indien niet, kan soms een systemische behandeling (meestal hospitalisatie en toediening van intraveneuze corticosteroiden, soms heelkundige resectie) noodzakelijk zijn. Bij multipole hemangiomen bestaat er een risico dat letsels in interne organen voorkomen en bloedingen kunnen geven (miliaire hemangiomatose). Ook hier is specialistisch nazicht belangrijk.

Soms zijn vasculaire letsels een symptoom van een meer uitgebreid syndroom en dit geldt zowel voor naevi flammei (Sturge Weber syndroom : V1; Klippel Trenaunay syndroom : been) als voor haemangiomen (PHACES syndroom).

D. Maligne tumoren

Kwaardige tumoren zijn zeldzaam bij kinderen, maar daardoor wordt vaak niet aan deze mogelijkheid gedacht. Het gaat meestal om noduli, die vaak vast aanvoelen en zich snel uitbreiden, zowel qua grootte als aantal. De meest frequente is het rhabdomyosarcoma, verder ook meta's van neuroblastoom. Leucemie kan zich presenteren met blauwachtige vlekken in de huid en een cutaan T-cel lymfoma soms met gedepigmenteerde maculae. Bij iedere ongewoon verlopende huidziekte dient men dus toch best kinderen door te verwijzen liefst naar een dermatoloog met ervaring bij kinderen, die nauw samenwerkt met een pediater.

NIET TE MISSEN

Kinderen die eigenaardige noduli of schilferende vlekken vertonen, dienen nauw opgevolgd en bij twijfel gebiopsieerd te worden.

Zuigelingen met hemangiomen rond orificia dienen verwezen te worden.

Verdere literatuur

Bodemer C, Freitag S. Nodules du nouveau-né. Ann Dermatol Venereol 1999 ; 126 : 965-74

Tabel 1

Mastceldegranulators die dienen vermeden te worden bij mastocytosen

Fysische stimuli	Frictie van de huid
	Hevige inspanning
	Warme baden
	Koude (vooral zwemmen)
	Inname van gekruid voedsel, alcohol, schaaldieren, zeer warme spijsen en dranken
Medicatie	Aspirine
	Alcohol
	Morphine
	Codeïne
	Dextromethorphan
	polymyxine B
	Thiamine
	Quinine
	Tubocuraine
	Radiografische kleurstoffen
	Scopolamine
	Procaine
	Opiaten
	NSAIDS
	Gallamine
	Decamethonium
Reserpine	
Andere	IV hoog moleculaire polymeren (vb Dextran)
	Bacteriële toxines
	Gif van insecten en slangen
	Polypeptiden vrijgezet door ascaris
	Kwallen

M. Morren

Dermatoloog

KU Leuven afdeling dermatologie en kinderdermatologie

Inwooncursus "Van HUIDzicht tot INzicht"

28 maart tot 4 april 2008 – CenterParcs Port Zélande - Ouddorp
Domus Medica