



Palmoplantaire afwijkingen en pijn

C. Chandeck¹, S.L. Croonen², P.M.J.H. Kemperman³

Een 29-jarige man presenteerde zich in een rolstoel met progressieve huidafwijkingen en pijnklachten op voornamelijk handen en voeten. Patiënt vertelt dat hij sinds vijf dagen last heeft van zeer pijnlijke uitbreidende paarsrode afwijkingen op handen, voeten en ook het gelaat en genitaliën zijn betrokken. Hij heeft geen afwijkingen in de mond gehad; wel beschrijft hij een sensatie van een pijnlijke tong. Bij aanvang van de huidafwijkingen heeft hij milde keelpijn gehad. Op onze polikliniek meldt hij dat hij zich griepig voelt. Hij heeft geen koorts gehad. Bij navraag heeft hij geen gewrichtsklachten en heeft hij nooit last van een koortslip.

Twee weken voor het ontstaan van de huidafwijkingen is hij in Singapore geweest. Een week geleden heeft hij in Nederland een kinderfeest bijgewoond. Zijn nichtje bleek achteraf waterpokken te hebben. De soa-anamnese is niet bijdragend en de patiënt is verder gezond. Hij heeft alle vaccinaties gehad volgens het Rijksvaccinatieprogramma. De waterpokken heeft hij doorgemaakt na de leeftijd van één jaar. Patiënt gebruikt paracetamol en ibuprofen in verband met zijn forse pijnklachten.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

We zagen een niet ziek ogende man die duidelijk pijn had bij beweging van voeten en handen. Op de handen, voeten en enkels zagen we tientallen 3-8 mm grote paarsrode petechiën,

hemorragische vesikels, bullae en pustels. Er waren geen duidelijke targetlaesies te bespeuren. In de mond zagen we enkel op het palatum een tiental 2-3 mm grote petechiën. Daarnaast had hij op het gelaat, de scalp, het scrotum, de basis van de penis en in mindere mate op de romp en extremiteiten tientallen 2-10 mm grote rode maculae en papels met gele crustae. Er waren geen vergrote lymfeklieren palpabel (figuur 1-3).

OVERWEGINGEN

Het huidbeeld was het meest passend bij een para-infectieus beeld (met enige secundaire impetiginisatie); mogelijk in het kader van een uitgebreide hand-voet-mondziekte (HVMZ) of mononucleosis infectiosa (aangezien hij keelpijn en petechiën



Figuur 1,2. Palmoplantaire afwijkingen.

Figuur 3. Pijnlijke hemorragische vesikels/bullae en pustels op de enkel.

¹ Aios dermatologie, afdeling Dermatologie, Maastricht UMC, Maastricht en Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam

² Patholoog, afdeling Pathologie, Tergooi Ziekenhuis, Hilversum

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam en Dijklander Ziekenhuis, Hoorn

op het palatum had) of een erythema exsudativum multiforme (EEM). Verder stonden een varicella, herpes simplexvirusinfectie en cutane afwijkingen bij hiv in onze differentiële diagnose, maar deze werden veel minder waarschijnlijk geacht.

AANVULLEND ONDERZOEK EN BELOOP

Een huidbiopt werd afgenomen van de voet. Het histopathologisch beeld paste goed bij HVMZ aangezien er uitgebreide epidermale vesiculaire veranderingen en dermaal oedeem was met een neutrofiel ontstekingsinfiltraat en apoptose hoog in de epidermis met een intacte hoornlaag. Het beeld paste niet bij een EEM, waarbij het ontstekingsinfiltraat lymfocytair is en de apoptose met name basaal is gelegen. Voor de differentiële diagnose kon nog worden gedacht aan een polymorfe lichterruptie, maar gezien de intacte hoornlaag was dit minder waarschijnlijk en ook het klinisch beeld paste hier niet bij. Hierop werd de diagnose atypische HVMZ gesteld (figuur 4,5). Het PCR-onderzoek bevestigde deze diagnose, want deze was sterk positief voor de enterovirussen en meer specifiek voor het coxsackievirus A6 (CVA6). Ook het beloop lag in de lijn der verwachting en binnen drie dagen na het poliklinische bezoek waren alle laesies ingedroogd. De hiv-serologie was negatief.

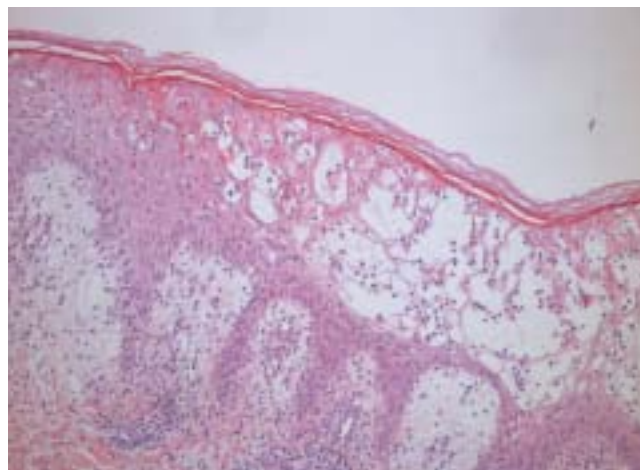
DIAGNOSE

Uitgebreide hand-voet-mondziekte veroorzaakt door het CVA6.

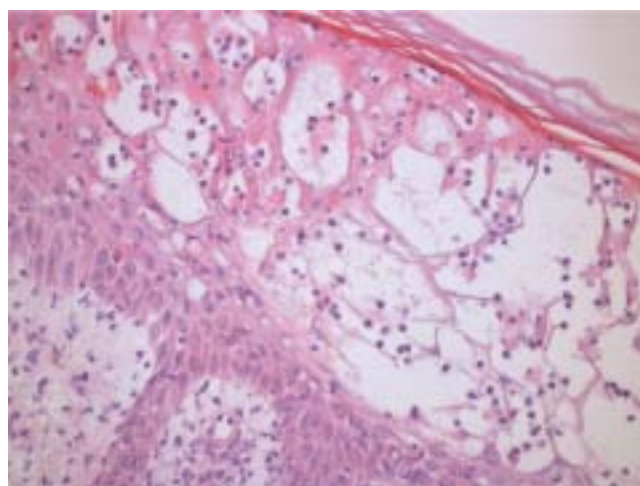
BESPREKING

HVMZ is een acuut febril vesiculeus exantheem en enantheem veroorzaakt door enterovirussen en wordt met name bij kinderen (onder de leeftijd van 5) gezien. Karakteristiek voor HVMZ zijn de erythemateuze maculae en papels lopend in de huidlijnen op handen en voeten, met centraal een vesikel. De nates zijn ook frequent betrokken bij de klassieke presentatie. Vaak gaat er een prodromale fase (12-36 uur) met koorts en algehele malaise aan vooraf. Tevens kunnen er dan rode maculae of vesikels op de tong, het wang-slijmvlies en het palatum molle verschijnen. Dit enantheem is bijna altijd aanwezig. Onychomadesis kan later optreden. Het is meestal een onschuldige virale infectie die in het merendeel van de gevallen wordt veroorzaakt door het coxsackievirus A16 (CVA16) en zonder behandeling binnen een week overgaat.

De relatie tussen HVMZ en CVA16 werd voor het eerst aangetoond in de jaren vijftig tijdens een epidemie in Toronto. [1] In de jaren zeventig werd ontdekt dat ook het enterovirus type 71 (EV71) HVMZ kon veroorzaken en dat dit gepaard ging met neurologische verschijnselen (waaronder hersenstamencefalitis, septische meningitis, en paralyse). Sinds de jaren tachtig worden in de Aziatisch-Pacifische regio (onder andere Singapore) grotere epidemieën van HVMZ gerapporteerd met een minder gunstig beloop. Deze variant van HVMZ wordt veroorzaakt door CVA6. Dit virus veroorzaakt meestal enkel herpangina. HVMZ veroorzaakt door CVA6 komt vaker voor bij volwassenen (25% van de gevallen) en gaat gepaard met meer ziekenhuisopnames in vergelijking met de meer gangbare CVA16. De opname-indicaties waren meestal dehydratie en extreme pijn. [2-4]



Figuur 4. Histopathologisch beeld (biopt rechervoet).



Figuur 5. Detailopname figuur 4.

HVMZ is een zeer besmettelijke ziekte. Daarom zijn hoest- en handhygiëne van belang. Transmissie vindt meestal plaats door aanhoesten of (in)direct contact. Men is besmettelijk vanaf drie à zeven dagen vóór de acute ziekte tot maanden erna, aangezien het virus nog lang aanwezig kan zijn in de faeces. De incubatieperiode duurt meestal drie tot zes dagen. Er bestaat geen specifieke behandeling en de algemene behandeling is dan ook symptomatisch en bestaat uit dehydratiebestrijding en pijnstilling. [5]

Aangezien de meeste Europeanen nog niet zijn blootgesteld aan het CVA6, is er een reële kans dat een vergelijkbare casus als deze in de toekomst vaker wordt gezien.

LITERATUUR

1. Robinson CR, Doane FW, Rhodes AJ. Report of an outbreak of febrile illness with pharyngeal lesions and exanthema: Toronto, summer 1957; isolation of group A Coxsackie virus. *Can Med Assoc J* 1958;79(8): 615-21.
2. Lott JP, Liu K, Landry ML, et al. Atypical hand-foot-mouth disease associated with Coxsackievirus A6 infection. *J Am Acad Dermatol* 2013;69 (5):736-41.
3. Campbell LS, Chu EY, Introcaso CE, et al. Coxsackievirus A6 induced hand-foot-mouth disease. *JAMA dermatol* 2013;149(12):1419-21.
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Enterovirus detections associated with severe neurological symptoms in children and adults in European countries. Stockholm: 2016.
5. RIVM. Hand-voet- mondziekte richtlijn. Bilthoven: 1-2019.

SAMENVATTING

Hand-voet-mondziekte (HVMZ) is een acuut febriel vesiculous exantheem en enantheem veroorzaakt door enterovirussen. In Europa is de boosdoener tot nu toe voornamelijk het coxsackievirus A16. De distributie van de huidafwijkingen, de bijkomende symptomen en de leeftijd van de patiënten verschillen tussen het serotype A12 en A6. Wij beschrijven een man van 29 jaar die besmet was met het coxsackievirus A6. Hij presenteerde zich met een uitgebreid en atypisch beeld van hand-voet-mondziekte en had daarbij veel last van pijn.

TREFWOORDEN

atypische hand-voet-mondziekte – coxsackievirus A6 – pijn

SUMMARY

Hand foot mouth disease is an acute febrile vesicular exanthem and enanthem caused by enteroviruses. In Europe coxsackie virus A16 is the most common cause. Distribution of the skin lesions, concurrent symptoms and the age of patients differ between the serotypes A12 and A6. We describe a case of a 29 year old man who was infected with the coxsackievirus A6. He had an extensive and atypical presentation of hand foot mouth disease and experienced of a lot of pain.

KEYWORDS

atypical hand foot and mouth disease – coxsackievirus A6 – pain

Gemelde (financiële) belangenverstremgeling
Geen

CORRESPONDENTIEADRES

Charlotte Chandeck

E-mail: c.chandeck@amsterdam.umc.nl