

# Uw diagnose?

J.L.J. Hanssen<sup>1</sup>, mw. N.M. Delfos<sup>2</sup>, mw. L. Hardi<sup>3</sup>

(TIJDSCHR INFECT 2018;13(2):59-60)

## ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 46-jarige patiënt met een blanco voorgeschiedenis werd verwezen naar de afdeling Spoedeisende hulp vanwege huidafwijkingen op handen en voeten, met de vraag van de huisarts of dit waterpokken konden zijn. Twee weken daarvoor had zijn kleinzoon dit namelijk doorgemaakt. De patiënt was sinds 6 dagen vermoeid en had 4 dagen tevoren koorts gekregen, met daarbij keelpijn en kleine pijnlijke zweertjes op zijn tong. Twee dagen later waren er ook niet-jeukende blaasjes op zijn handen en voeten ontstaan. De man wist niet of hij als kind waterpokken had doorgemaakt. Hij was timmerman van beroep, had al 18 jaar dezelfde seksuele partner, was gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma en nog nooit buiten de Benelux geweest.

Bij het lichamelijk onderzoek oogde hij niet ziek en was hij koortsvrij. Op de handpalmen en voetzolen waren er meerdere erythemateuze maculae van circa 1 cm doorsnede (zie *Figuur 1* en *2*). Daarbij waren er vesikels en pustels op met name de laterale zijde van de hand, een aantal vingers en beide voetruggen (zie *Figuur 3 tot en met 6*). Rondom zijn mond was er sprake van geringe impetigo en op zijn tong meerdere afteuze ulcera (zie *Figuur 7*). De tonsillen waren licht hyperemisch maar niet vergroot en er waren bilateraal submandibulaire vergrote lymfeklieren palpabel. Aanvullend bloedonderzoek toonde behoudens een CRP van 150 geen bijzonderheden.

## KUNT U AAN DE HAND VAN DEZE GEGEVENS EEN DIAGNOSE STELLEN?

De juiste diagnose vindt u op pagina 62.



FIGUUR 1.



FIGUUR 2.



FIGUUR 3.

<sup>1</sup>aios interne geneeskunde, <sup>2</sup> internist-infectioloog, <sup>3</sup> internist-hematoloog, allen afdeling Interne Geneeskunde, Alrijne Ziekenhuis, Leiderdorp. Correspondentie graag richten aan: J.L.J. Hanssen, aios interne geneeskunde, Alrijne Ziekenhuis, afdeling Interne Geneeskunde, Postbus 4220, 2352 CC Leiderdorp, e-mailadres: jjhanssen@alrijne.nl  
Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.



**FIGUUR 4.**



**FIGUUR 6.**



**FIGUUR 5.**



**FIGUUR 7.**

DIAGNOSE VAN DE VRAAGSTELLING OP  
PAGINA 59

**HAND-, VOET- EN MONDZIEKTE**

Hand-, voet- en mondziekte (HVM) is een besmettelijke aandoening die voornamelijk bij kinderen voorkomt en gekenmerkt wordt door typische laesies aan de handen, voeten, tong en mond. De meest voorkomende veroorzakers zijn het coxsackievirus A16 en enterovirus type 71, beide behorende tot de enterovirussen.<sup>1</sup> Besmetting vindt plaats van mens tot mens middels fecaal-orale transmissie of door direct contact met speeksel, sputum en blaasjesvocht.<sup>2</sup>

In epitheliale cellen van het kno-gebied vindt de eerste vermenigvuldiging van het virus plaats, die later in de platen van Peyer verder toeneemt. Tijdens de viremie die dan ontstaat, verspreidt het virus zich in de organen, waar schade kan ontstaan.<sup>2</sup>

De incubatietijd bedraagt 3 tot 6 dagen. De periode waarin iemand besmettelijk is, loopt van 3-7 dagen voor de eerste symptomen tot 11 weken later.<sup>3</sup> Een prodromale fase hoeft lang niet altijd op te treden, maar bestaat uit lichte koorts met buikpijn, misselijkheid, braken, diarree, hoofdpijn, spier- en/of keelpijn. Vervolgens ontstaat een enantheem, die begint als rode maculae op de tong en mondholte en overgaan in vesikels en vervolgens ulcera. Dit kan gepaard gaan met lymfadenopathie van de hals.<sup>4</sup> Bij twee derde van de patiënten zal exantheem op de handen en voeten ontstaan. Het gaat om maculeuze, maculopapuleuze en vesiculaire niet-jeukende laesies op de handen (inclusief handpalmen), voeten, vingers en tenen. Soms zijn er laesies op de romp, billen, genitaliën of in het gelaat. In enkele gevallen ontstaat er onychomadesis.<sup>4</sup>

HVM is over het algemeen een goedaardige aandoening die binnen maximaal 2 weken vanzelf overgaat. De behandeling is alleen symptomatisch. De huidafwijkingen genezen meestal zonder littekens binnen 8 tot 10 dagen. Ernstige complicaties zoals aseptische meningitis, encefalitis, myocarditis, longbloedingen, hepatitis komen bij minder dan 1% van de infecties voor en voornamelijk bij kinderen onder de 1 jaar.<sup>5,6</sup>

De differentiaaldiagnose bestaat uit waterpokken, mazelen, afteuze ulcera, herpes-simplexvirusinfectie, ziekte van Behcet en contactdermatitis. De diagnose kan echter worden gesteld

op grond van de typische klinische bevindingen, zoals bij deze patiënt. Indien gewenst kan de diagnose bevestigd worden middels PCR, bij voorkeur uit het blaasjesvocht. PCR via een keelwab of op feces kan ook, maar is minder bewijzend voor een actieve infectie. Antistoffen bepalen is weinig zinvol, gezien de lage specificiteit.<sup>3</sup>

HVM komt het meest voor bij kinderen onder de 5 jaar, maar kan op elke leeftijd optreden.<sup>1</sup> Over de incidentie bij volwassenen is niets bekend. Het komt overal op wereld voor, maar jaarlijkse epidemieën zoals in China en omliggende landen kennen we in West-Europa niet.<sup>3</sup>

HVM is een meldingsplichtige ziekte als zich in een zorginstelling binnen 14 dagen meer dan 1 geval voordoet.<sup>3</sup>

De patiënt werd naar huis gestuurd met een expectatief beleid. In het serum werden varicellazostervirus (VZV) IgG-antistoffen aangetoond. De PCR die op de keelwab was gedaan, was positief voor enterovirus en negatief voor VZV. Na 5 dagen werd telefonisch contact opgenomen met de patiënt en waren de huidafwijkingen aan het afnemen.

**REFERENTIES**

1. Tai WC, Hsieh HJ, Wu MT. Hand, foot and mouth disease in a healthy adult caused by intrafamilial transmission of enterovirus 71. *Br J Dermatol* 2009;160:890-2
2. Romero JR, Modlin JF. Introduction to the human enteroviruses and parechoviruses. In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed, Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ (Eds), Saunders, Philadelphia 2014.
3. LCI-richtlijn Hand, voet, mondziekte. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2012.
4. Omaña-Cepeda C, Martínez-Valverde A, del Mar Sabater-Recolons M, et al. A literature review and case report of hand, foot and mouth disease in an immunocompetent adult. *BMC Res Notes* 2016;9:165.
5. McMinn P, Stratov I, Nagarajan L, et al. Neurological manifestations of enterovirus 71 infection in children during an outbreak of hand, foot, and mouth disease in Western Australia. *Clin Infect Dis* 2001;32:236-42.
6. Tseng FC, Huang HC, Chi CY, et al. Epidemiological survey of enterovirus infections occurring in Taiwan between 2000 and 2005: Analysis of sentinel physician surveillance data. *J Med Virol* 2007;79:1850-60.

ONTVANGEN 8 AUGUSTUS 2017, GEACCEPTEERD 4 SEPTEMBER 2017.