

Huidafwijkingen bij pasgeborenen: de keuze is groot...

Pasgeborenen vertonen vaak huiduitslag en pukkeltjes die bij de ouders tot grote bezorgdheid kunnen leiden. Meestal gaat het om onschuldige en tijdelijke huidrupties, maar een enkele keer gaat het om een uiting van een potentieel levensbedreigende infectie, zoals de neonatale herpes-simplexinfectie, een ziektebeeld dat heden vrij zeldzaam is, maar niettemin directe behandeling vereist. Het is dus van belang dat men de verschillende huidaandoeningen van elkaar weet te onderscheiden:

Veelvoorkomende, vluchtige vesicopustulaire huidafwijkingen:

- *Erythema toxicum neonatorum*:
 - Komt zeer veel voor (30-70% van de pasgeborenen) en is goedaardig van aard
 - Er ontstaan binnen 1-2 dagen na de geboorte kleine erythemateuze maculae (1-3 cm groot) met een centrale vesikel of pustel van 2-4 mm.
 - De eruptie bevindt zich vooral op de romp en het gelaat, maar kan zich ook uitbreiden naar de ledematen.
 - De afwijkingen zijn steriel en bevatten voornamelijk eosinofiele granulocyten, die bij twijfel eenvoudig in een grampreparaat zichtbaar kunnen worden gemaakt.
 - 'Toxicum' komt van het feit dat ene C. Leiner aan het begin van de 20^e eeuw stelde dat enterotoxinen de 'rash' veroorzaakten: hij zag dat veel kinderen met de typerende huidrupties dyspeptische klachten hadden en daarom introduceerde hij de term 'toxisch'.
 - In feite is de werkelijke oorzaak niet opgehelderd en behandeling is niet nodig, vermits de aandoening spontaan verdwijnt binnen de eerste, hooguit tweede week na de geboorte.
- *Zuigblaren*:
 - Ze komen regelmatig (10%) voor en de blaren zijn direct post partum al aanwezig.
 - Ze ontstaan ten gevolge van excessief zuigen in utero en men vindt ze terug op onderdelen van de extremiteiten, die bereikbaar zijn voor de mond.
 - Behandeling is niet nodig, omdat de zuigblaren binnen een aantal dagen spontaan genezen.
- *De vluchtige neonatale pustulaire melanose*:
 - Is goedaardig en komt vooral voor bij Afro-Amerikaanse neonati, maar in het algemeen kan je stellen dat het fenomeen zich presenteert bij 4-8% van de pasgeborenen met een gepigmenteerde huid en bij < 1% van de blanke neonati.
 - Het gaat om vesiculopustels van 2-10 mm groot zonder inflammatie die zich bevinden op het voorhoofd, de nek, de romp en de benen.
 - De vesicopustels kunnen bij of vlak na de geboorte aanwezig zijn.
 - Ze ruptureren spontaan na 24 tot 48 uur en een uitstrijkje van het vocht wordt gekenmerkt door een ophoping van neutrofiële granulocyten.
 - Onderscheid met erythema toxicum neonatorum kan lastig zijn, maar typisch voor de aandoening is dat de afwijkingen na 1-2 dagen overgaan in gepigmenteerde maculae.
 - Deze hyperpigmentatie verdwijnt spontaan na enkele weken tot maanden, de oorzaak is onbekend en behandeling is niet nodig.
- *Sebaceuze hyperplasie* (of nog: *neonatale acne*):
 - Het gaat om hyperplasie van de talgkliertjes op de neus, de wangen en het voorhoofd, iets wat frequent voorkomt (30-50% van de neonati zijn er onderhevig aan).
 - Er verschijnen gladde, gele, folliculaire papels tijdens de eerste dagen en weken na de geboorte en als er comedonen verschijnen, spreekt men van neonatale acne.
 - Papels, pustels en comedonen worden waarschijnlijk veroorzaakt door androgenen van zowel de moeder als het kind.
 - Gramkleuring toont bacteriën (*Staphylococcus epidermidis* en *propionbacterium*) en gisten (*pityrosporum*).
 - Behandeling is niet nodig, want de letsels verdwijnen meestal spontaan binnen dagen, weken tot 2 à 3 maanden.
- *Milia*:
 - Komt frequent voor (48%) en de oorzaak ligt bij een onschuldige epidermale inclusiecyste.
 - Het gaat om kleine, witte of gele, gladde papels (1-2 mm), meestal terug te vinden t.h.v. het gelaat (voorhoofd, wangen, neus) of op het palatum (epsteinparels).
 - Cellen zijn niet te vinden en de letsels verdwijnen spontaan binnen dagen tot weken.

Infectieuze oorzaken (bacteriën):

- *Impetigo bullosa*: de meest voorkomende infectieuze oorzaak:
 - Meestal ligt de oorzaak bij een *S. aureus*, van het faagtype II. Deze produceert epidermolytische toxinen die gericht zijn op cellen in de epidermis. Hierdoor ontstaat roodheid en gaat het onderlinge celverband verloren, waarbij blaren ontstaan.
 - Bullae ontstaan enkele dagen tot weken na de geboorte, met name in het luiergebied, ze blijven relatief lang intact en gaan soms gepaard met crustae.
 - Om uitbreiding naar het stafylokokken-'scalded skin'-syndroom (SSSS) en septikemie te vermijden is antibiotische behandeling noodzakelijk.
 - SSSS ontstaat doordat de endotoxinen in de bloedbaan terecht komen en uitgebreide blarende huidlaesies veroorzaken met vaak systemische verschijnselen.

- Afhankelijk van de uitgebreidheid van de afwijkingen en eventuele systemische symptomen, kan de behandeling twee richtingen uit:
 - Lokaal: een antibioticumzalf, zoals mupirocine of fusidinezuur.
 - Oraal: flucloxacilline 50 mg/kg lichaamsgewicht/dag gedurende 7 dagen.
 - Intraveneus: flucloxacilline 100 mg/kg lichaamsgewicht/dag in 3 doses/dag gedurende 7 dagen.
- *Andere bacteriële verwekkers*: o.a. groep B-streptokokken en *Listeria monocytogenes* kunnen gepaard gaan met pustulaire afwijkingen, naast de algemene symptomen van neonatale sepsis.

Infectieuze oorzaken (virussen):

- *Herpes simplex*: de meest gevreesde van de virale verwekkers:
 - Morbiditeit en sterfte liggen hoog (respectievelijk 11-56 en 0-80%).
 - Men schat de prevalentie in Nederland op 2 à 3 per 100.000 levendgeborenen.
 - Oorzaak:
 - 85 tot 90% van de infecties wordt overgedragen tijdens de partus, meestal door HSV type 2, hoewel in Nederland het aandeel van type 1 als verwekker veel groter is, namelijk bijna driekwart.
 - 10% ontstaat door postnatale besmetting via bijvoorbeeld een koortslip.
 - Antenataal verworven herpesinfecties zijn zeldzaam.
 - Bij moeders met een eerste herpes-infectie tijdens de partus is de kans op besmetting van de neonatus het grootst, maar probleem is dat de moeders vaak asymptomatisch blijven of dat ze de symptomen niet herkennen, waardoor het niet altijd duidelijk is of het gaat om een eerste dan wel een recidief herpes genitalis.
 - Presentatie: ongeveer de helft van de besmette kinderen vertoont huidafwijkingen, waarbij het meestal gaat om nummulaire plekken in het gezicht of op de behaarde hoofdhuid, met solitaire of gegroepeerde vesikels met een diameter van 2-4 mm op een rode achtergrond.
 - Indeling: in 3 categorieën afhankelijk van de uitgebreidheid van de aandoening:
 - Oppervlakkige infectie (van huid, ogen en/of mond): hier zijn geen sterfgevallen beschreven, maar wel neurologische schade bij 5-10% van de gevallen.
 - Infectie van het CZS: hier overlijdt 6-14% en minder dan de helft van de overlevenden heeft een ongestoorde neurologische ontwikkeling.
 - Gedissemineerde infectie (het CZS is al of niet inbegrepen): hier bedraagt de sterfte 30-60%, met een restloos herstel bij ongeveer de helft van de overlevenden.
 - Diagnosestelling: gebeurt via een tzancktest (= uitstrijk op de bodem van een blaasje met giemsa-kleuring op meerkernige reuscellen), immunofluorescentie, PCR en virale kweek van bloed, urine en liquor.
 - Behandeling: men start onmiddellijk met de i.v. toediening van aciclovir in een dosering van 60 mg/kg lichaamsgewicht /dag.
- *Perinatale infectie met het varicellazostervirus*:
 - Gebeurt peripartaal of postnataal en is zeldzaam.
 - Het risico is vooral aanwezig bij moeders die waterpokken krijgen in de periode vanaf 5 dagen voor de geboorte tot en met 2 dagen na de geboorte.
 - In dergelijke situatie geldt de richtlijn om varicellazosterimmunoglobuline aan de pasgeborenen toe te dienen.
 - Bij een neonaat met manifeste waterpokken kan men aciclovirbehandeling overwegen.
- *Congenitale Cytomegalovirus-infectie*:
 - Komt uiterst zelden voor en kan gepaard gaan met vesikels en pustels.

Infectieuze oorzaken (schimmels, gisten):

- *Candidiasis*:
 - Congenitale candidiasis: een weinig voorkomende, opstijgende intra-uteriene infectie bij bvb. vroeg gebroken vliezen, waarbij de afwijkingen optreden vanaf of binnen 12 uur na de geboorte.
 - Neonatale candidiasis: de besmetting gebeurt durante partum of post partum en de verschijnselen ziet men vaak na de eerste levensweek.
 - De aandoening kenmerkt zich door rode plaquevorming met satellietlaesies aan de randen, maar pustels en vesikels kunnen ook optreden.
 - Lokalisatie: over het ganse lichaam, maar vooral in het luiergebied.
 - Diagnose: via een KOH-preparaat.
 - Behandeling: bestaat uit lokale antimycotica, behalve bij de zeer zeldzame systemische congenitale infectie bij de atermepasgeborene, waar antimycotica i.v. worden toegediend.
- *Malassezia furfur*: deze gist wordt heel zelden gevonden als verwekker van pustuleuze folliculitis bij neonati. Er worden papels en soms pustels op de schedel en in het gezicht waargenomen.

Zeldzame, niet-infectieuze oorzaken: er zijn er nog heel wat, te veel om op te noemen, maar misschien kunnen we ter verduidelijking er toch een paar aanhalen:

- *Incontinentia pigmenti*: kan lijken op erythema toxicum neonatorum en vluchtige neonatale pustulaire melanose, maar het gaat om een X-gebonden multisysteemaandoening waarbij vaak epilepsie en ontwikkelingsproblemen voorkomen. Behandeling = nihil.
- *Eosinofiele pustuleuze folliculitis*: een zelflimiterende aandoening met een onbekende oorzaak, gekenmerkt door cyclisch terugkerende eosinofiele infiltratie van haarfollikels, jeukend, ter hoogte van de schedel.
- *Infantiele acropustulose*: begint met een rode papel die binnen 24 uur overgaat in jeukende vesikels en pustels van enkele mm, vooral op de handen en de voeten. De pustels verdwijnen na 7-10 dagen en keren na enkele weken terug. Zelflimiterend.

- *Neonatale pemphigus*: zeer zeldzaam in de neonatale periode, maar wordt wel gezien bij maternale pemphigus, en wordt veroorzaakt door transplacentaire overdracht van auto-antistoffen. Prognose = gunstig met een spontane remissie binnen 3 weken.

Ned Tijdschr Geneeskd 3 februari 2007 pag. 277-283