

Nokre sjeldne akutte utslett hos barn

AV ERLEND TOLAAS

Dei fleste utslett ein møter i ein almenpraktikarkvardag eller på ei legevakt er forholdsvis uskyldige, og dei fleste har god erfaring med å takle desse. Av meir alvorlege utslett, vil ein almenpraktikar reagerer raskt på petekkier som ein kan sjå ved meningokokksjukdom. I denne artikkelen presenterast eit knippe andre sjeldne utslett som ein, sjølv om dei er sjeldne, bør vere merksam på, og som bør vurderast ØH av hudlege og / eller pediater.

I Eczema herpeticum

Ved eczema herpeticum blir eit atopisk eksem sekundærfisert med herpes simplex virus type 1 (HSV-1). Ofte skjer dette i ansiktet, på halsen eller brystregionen.

Typisk finn ein utbreidde vesikler med sentral inndraging. Desse sprekk seinare med danning av utstansa småsår. Såra er sviande og smertefulle, og blir dekte av krustar eller kan flyte saman til større flater.

Viss det dreier seg om eit førstegongsutbrot av HSV-1, har barnet ofte allmensymptom med feber, irritabilitet og lokal lymfeknutesvulst. Ved seinare utbrot av HSV-1 kan allmensymptom mangle. Ubehandla kan eczema herpeticum utslettet breie seg også til hud utan eksem.



Erlend Tolaas

Cand. med. UiB 1992
Autorisasjon som lege 1994
Kommunelege II i Bremanger Kommune
1995–1999
Hudavdelinga, Haukeland sjukehus
mai 1999 – no
Noværande stilling: Overlege

Viktige moment:

- Har barnet eller andre familiemedlemmer hatt «forkjølelssår» / herpes simplex labialis?
- Rødt auge? Var for lys? Viss eczema herpeticum involverer nervus ophtalmicus (obs affeksjon av nasetippen) må augelege raskt sjå til barnet for å utelukke keratitt.
- Aseptisk meningoencephalitt er ein sjelden komplikasjon. Nakke- eller ryggstivhet / omtåka sensorium / irritabilitet?

Ved mistanke om eczema herpeticum bør barnet vurderast av hudlege og / eller pediater samme dag. HSV blir påvist ved dyrkningsprøver. Eczema herpeticum blir behandla med aciclovir i.v. Sekundære bakterielle infeksjonar blir behandla med antibiotika jf. resistensskjema.

II Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS)

Barna som får SSSS er oftast yngre enn 6 år, og hyppigast spedbarn. SSSS skuldast i dei fleste tilfelle *Staphylococcus aureus* faggruppe 2, som dannar eit sirkulerande exotoxin



Eczema herpeticum

COPYRIGHT MAHMOUD HIAZY / PH D. DERMATOLAS, WWW.DERMATOLAS.ORG

som gjev løsnings av øvre delar av epidermis. Hos spedbarn kan desse bakteriane *kolonisere* nasofarynx, navlestump eller konjunktiva. Ein finn då ikkje alltid lokale infeksjons-teikn. Hos større barn finn ein ofte eit infeksjonsfokus, ofte hud. Før SSSS bryt ut kan barna vere irritable, ha feber, sår hals eller konjunktivitt. Huda blir så diffust raud og smertefull, ofte først i fleksurer og rundt kroppsåpningar. Innan ett til to døgn dannar det seg slappe sterile bullae som sprekk lett. Resultatet er «rynket» hud som løsnar frå underlaget ved lett trykk / drag (Nikolskys teikn) med dannings av fuktige erosjoner som minner om brannår («scalded skin»). Nikolskys teikn er ved SSSS ofte til stades også på tilsynelatande normal hud. Allmentilstanden til desse borna er redusert.



Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS)

BEGGE BILETE UTLÅNT FRÅ PROF. SVEIN HELLAND, HUDAVDELINGA, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

Viktige moment:

- Ved raud og øm hud, sjekk Nikolskys teikn.
- Leit etter infeksjonsfokus

Borna må hospitaliserast. Med penicillinase-stabilt penicillin intravenøst, adekvat hudstell og understøttande behandling går SSSS attende i løpet av ei til to veker.

III Henoch-Schönlein purpura (HSP)

HSP er ein *systemisk* småkarvaskulitt av IgA-type hos barn i alderen 5–15 år. Hos to tredelar av pasientane finn ein holdepunkt for ein føregåande øvre luftvegsinfeksjon. HSP affiserer oftast hud, tarm, ledd og nyrer.

Hudfunn:

På setet og framme på leggane kjem det først raude papler, som i løpet av et til to døgn utviklar seg til palpabel purpura (petekkier og ekkymoser) ofte med svart nekrose i sentrum. Legg- og fotødem er vanleg.



Henoch-Schönlein purpura (HSP)

COPYRIGHT FRANZ RITUCCI, MD, DERMATLAS, WWW.DERMATLAS.ORG

Symptom og funn frå andre organsystem:

- TARM: Buksmerter. Kvalme- og oppkast. Evt. gastrointestinal blødning.
- LEDD: Arthritt, ofte oligoarthritis i ankel- eller kneledd. Arthralgier.
- NYRER: Forbigåande mikroskopisk hematuri og/ eller proteinuri hos opp til 50 prosent. Sjelden nefritt eller nefrotisk syndrom. HSP gjev sjelden kronisk redusert nyrefunksjon.
- HSP er ein uvanleg (3 prosent) årsak til akutt skrotum hos barn, og er ein differensialdiagnose til testistorsjon!

Pasientar bør vurderast av pediater og / eller hudlege, helst samme dag. HSP varer gjennomsnittleg i 3–4 veker. Prognosen er god. Behandlinga er i dei fleste tilfelle sengeleie, hydrering og eventuelt NSAID viss leddverk. Behandling med perorale kortikosteroider er omdiskutert.

IV Kawasaki syndrom

Dette er ein *systemisk* vasculitt hos barn, der 80 prosent er yngre enn fem år. Kawasaki syndrom er ein klinisk diagnose som krev at eit sett av kriterier er oppfylte (sjå nedanfor). Ubehandla vil 25 prosent utvikle aneurysmer på coronar- kar, med fare for seinare stenosing. Tidleg behandling med intravenøs immunglobulin og acetylsalicylsyre er effektiv og gjev god prognose.



Kawasaki syndrom

COPYRIGHT PETER ROWE, MD, DERMATLAS, WWW.DERMATLAS.ORG

Tenk på Kawasaki syndrom ved uavklart diagnose og følgende sett av funn:

- Feber i minst fem døgn
- Utbreidt polymorft utslett, kan være urticarielt, morbilliformt eller scarlatiniformt.
- Rødme og ødem i handflater og fotsålar. Skjeller av etter ca. to veker.
- Rødme i farynx, raude og sprukne lepper, jordbærtunge
- Konjunktivitt utan puss
- Forstørrede lymfeknuter på halsen.

Kawasaki syndrom er ein systemisk vasculitt som kan påvirke ei rekkje organ. Ein kan blant anna sjå leverdysfunksjon (stigande ALAT), diare, magesmerter og arthritt.

Kawasaki syndrom kan mistolkast som eit viralt exanthem. Kawasaki syndrom kan også vere vanskeleg å skilje frå bakteriell infeksjon. Leukocytose og forhøga CRP er vanleg. Steril pyuri kan mistolkast som UVI.

Særleg spedborn kan vere irritable, og presentere eit ufullstendig sjukdomsbilete. Ved tvil om barnet kan ha Kawasaki syndrom bør barnet vurderast av pediater, helst samme dag.

V Stevens- Johnson syndrom (SJS) Toxisk epidermal nekrolyse (TEN)

Dette er akutte og alvorlege reaksjonsmønster i hud og slimhinner med nekrolyse av heile epidermis. SJS og TEN blir i dag sett på som grader av same sjukdomsprosess. Den «mildare» SJS gjev løysing av < ti prosent av kroppshuda, overgangsformer SJS-TEN 10–30 prosent, ved TEN > 30 prosent. TEN og SJS er oftast medikamentutløyste, og startar då 1–14 dagar etter inntak. Sjelden kan tilstandane vere kobla til infeksjonar så som Mycoplasma pneumoni, eller ein finn ikkje noko utløysande årsak.

Klinikk:

Allmentilstanden til born med SJS og TEN er redusert.

Før debut av utslett kan borna i en til tre dagar ha feber, svelgsmerter / sår hals eller såre auge. Deretter kjem eit diffust raudt utslett, av og til kokarde-liknande («target lesions»), som så flyt saman til bullae og det løsnar store heilhudslak.

SJS og TEN involverer slimhinner med hemorragisk sår-danning på lepper, konjunktiva, munnhole, genitalia o.a. Dette i motsetning til SSSS og Kawasaki syndrom som ikkje gjev slimhinnesår.



Kawasaki syndrom



Kawasaki syndrom



Stevens-Johnson syndrom



Toxisk epidermal nekrolyse

BILETE UTLÅNT AV PROF. SVEIN HELLAND, HUDAVDELINGA, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEH.

For allmenpraktikaren blir hovedpoenget:

- Rødt og ømt progredierende utslett med allmensymptom: Test Nikolskys teikn: epidermolyse?
- Sjå etter slimhinnesår (lepper, oralt, genitalt, konjunktiva).
- Medikament-inntak? (spør særleg etter antibiotika, NSAID, antiepileptika)

Pasientane må hospitaliserast umiddelbart, TEN-pasientar på brannskadeavdeling. Mortaliteten er 5–30 prosent. Behandlinga er først og fremst symptomatisk. Mistenkt(e) medikament skal seponerast. Vidare diskuterer ein nytten av tidleg behandling med høgdose intravenøs immunoglobulin.

Takk til kollegaer ved Hudavdelinga, Haukeland Universitetssjukehus, for gode innspel og kommentarer til artikkelen.

Referanser:

1. Bologna et al, *Dermatology*, 2003
2. Wetzel, S. *Eczema herpeticum*, *Hautartz* 2004 55:646–652
3. Patel G. *Staphylococcal Scalded Skin Syndrome. Diagnosis and management* Am J Clin Dermatol 2003, 4(3):165–175
4. Trapani S. et al *Henoch-Schonlein purpura in childhood: Epidemiological and clinical analysis of 150 cases over a 5-year period and review of the literature* Semin Arthr Rheum 2005 35:143–153
5. Jane C Burns *Kawasaki syndrome* Lancet 2004;364 533–544
6. Helle R *Risikofaktorer ved Kawasaki sykdom* TDNLF 2004;124 1764–1766
7. Klevberg S. *Forekomst av Kawasaki sykdom* TDNLF 2004;124 1774–1775
8. Sandaker Blom U. *Kawasaki syndrom* TDNLF 2000;120: 3540–3543
9. Sehgal V. *Toxic epidermal necrolysis (TEN) Lyell's syndrome* Journal of Dermatological Treatment, 2005;16 278–286

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: erlend.tolaas@helse-bergen.no

Welcome to the 15th Nordic Congress of General Practice

Reykjavik • Iceland • June 13-16 • 2007
www.meetingiceland.com/gp2007
 E-mail: gp2007@hi.is • Phone: + 354 588 97 00 • Fax: + 354 588 97 01

Photo: Freysteinn G. Jonsson

Logos: The Icelandic College of Family Physicians, actavis, NORDIC FEDERATION OF GENERAL PRACTICE, DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE