

ZWANGERSCHAPS- WETENSCHAP DERMATOSEN

Kristel Zeeman

Jeuk of een jeukende huidafwijking komen regelmatig voor tijdens de zwangerschap. De diagnose is vaak lastig te stellen, omdat de verschillende aandoeningen veel overeenkomsten vertonen. Bovendien is het verband met de zwangerschap niet altijd aan te tonen. De meeste aandoeningen zijn onschuldig en na de zwangerschap verdwijnen zij, ook al kan dat soms een tijd duren. In enkele zeldzame gevallen kan een huidaandoening optreden die risico's met zich meebrengt voor het ongeboren kind of de moeder. Tijdige onderkenning van ernstige klachten en verwijzing is van belang.

In een artikel van Zupan ea dat deze zomer in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde verscheen, zijn de verschillende specifieke zwangerschapsdermatosen op een rij gezet^[1]. Hoewel het artikel gericht is op diagnosestelling en behandeling van deze dermatologische aandoeningen door artsen, bevat het nuttige aanknopingspunten voor verloskundigen voor de herkenning van de verschillende huidziekten. Dit referaat geeft een samenvatting.

Classificatie

Er bestaat onduidelijkheid over de benaming van de verschillende aandoeningen. Zupan ea houden zich aan de benaming als in de classificatie van Holmes en Black uit 1983^[2]. Daarin zijn vier specifieke zwangerschapsdermatosen opgenomen. Tevens geven de auteurs een beschrijving van impetigo herpeticiformis. Deze huidziekte werd vroeger als een specifieke zwangerschapsdermatose gezien, maar wordt tegenwoordig beschouwd als een generaliseerde vorm van psoriasis pustulosa, die in de zwangerschap optreedt.

Dermatologische begrippen

Annulair	Ringvormig
Bulla	Blaar
Crusteus	Korstvormend
Dermatose	Huidziekte
Erosies	Oppervlakkige zweer
Erythema	Rode uitslag
Folliculair	Van het haarzakje
Folliculitis	Ontsteking van het haarzakje
Geëxcorieerd	Ontveld
Impetigo	Etterige huidontsteking
Nodulus	Knobbel(tje)
Papel	Bult(je)
Pemphigoid	Blaarvorming
Plaque	Plek, plaat
Polycyclisch	Bestaande uit verschillende ringen
Prurigo	Huidaandoening met hevige jeuk
Purpuras	Bloedinkje in de huid
Pustel	Puist
Urticaria	Netelroos; vaak jeukende bultjes, meestal kortdurend, vaak als gevolg van overgevoeligheid
Vesikel	Blaasje

Zupan ea besteden geen aandacht aan pruritis gravidarum, omdat dit niet gepaard gaat met huiduitslag. Wel verscheen in 2003 een artikel van Borg ea in het NTvG over zwangerschapscholesatse^[4], die ernstige consequenties kan hebben voor het ongeboren kind.

Hieronder zal ook kort aan dit laatste artikel gerefereerd worden. Een schematische weergave van alle dermatosen vindt u in tabel 1.

Specifieke zwangerschapsdermatosen

Pemphigoid gestationes

(ook wel herpes gestationis)

Auto-immune huidziekte tijdens de zwangerschap, met een lage incidentie (1:50.000), die vooral voorkomt bij blanke vrouwen. Pemphigoid gestationes uit zich in hevig jeukende urticariële papels (galbultjes) en annulaire plaques, meestal gevolgd door vesikel- en bullavorming. Bij de meeste vrouwen beginnen de afwijkingen rond de navel en breiden zich

centrifugaal uit naar de rest van het lichaam. Het gelaat, de slijmvliezen, de hand- en voetzolen blijven gespaard. De aandoening begint in het tweede of derde trimester, maar kan ook in het eerste trimester en postpartum optreden.

In de placenta ontstaat een allogene immuunreactie tegen de placentaire basaalmembraan. In het bloed kunnen antistoffen tegen de basaalmembraan, de zogenaamde herpesgestationisfactor, aanwezig zijn. Het antigeen is zowel in de huid als in het amnion aanwezig. Klassiek is een exacerbatie tijdens de bevalling of postpartum. Bij een volgende zwangerschap treedt over het algemeen een recidief op, meestal in minder ernstige vorm. Er zijn ook recidieven beschreven bij het gebruik van orale anticonceptiva en tijdens menstruaties.

Kristel Zeeman is beleidsmedewerker KNOV en lid van de redactie

Er zijn aanwijzingen dat borstvoeding de duur van de klachten postpartum kan verkorten. Voor de foetus brengt deze aandoening risico's met zich mee. Er bestaat een verhoogde kans op groeivertraging en vroeggeboorte. Sterfte- en miskraamrisico zijn niet verhoogd.

Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (PUPPP)

PUPPP is de Amerikaanse benaming voor de aandoening, maar deze wordt onder andere ook 'poly-

morphic eruptions of pregnancy' of 'late onset prurigo of pregnancy' genoemd. Het is de meest voorkomende specifieke zwangerschapsdermatose met een incidentie van 1:130- 1:300. Klassiek treedt het op bij primigravidae in het derde trimester van de zwangerschap, gemiddeld rond de 35e week. Het beeld van PUPPP is polymorf en kan bestaan uit erythemateuze urticariële papels en plaques, vesikels, purpura en polycyclische afwijkingen. De aandoening begint vaak met jeuk op de buik in de

striae. De jeuk kan ondragelijk zijn. Binnen enkele dagen kunnen de afwijkingen zich uitbreiden naar de billen, bovenbenen, borsten en armen. Het gelaat, de navel, slijmvliezen, handpalmen en voetzolen blijven relatief gespaard. De oorzaak van PUPPP is onbekend. De auteurs noemen de mechanische rek van de buikhuid als mogelijke oorzaak, omdat PUPPP voornamelijk begint in de striae van primigravidae. De aandoening komt vaker voor tijdens zwangerschappen van mannelijke foetussen, zodat

Tabel 1 *Overzicht van zwangerschapsdermatosen en hun kenmerken*

Specifieke zwangerschapsdermatosen			
	incidentie	symptomen	locatie
PUPPP	1:130–1:300	Polymorf; jeuk, erythemateuze papels en plaques, vesikels, purpura, schietschijf afwijkingen, polycyclische afwijkingen	Begint met jeuk in striae op de buik, dan verspreiden naar billen, bovenbenen, borsten en armen
Prurigo gestationis	1:300	Erythemateuze geëxcorieerde en crusteuze papels en noduli	Strekzijde van extremiteiten, soms ook op de buik
Pruritische zwangerschaps folliculitis	laag	Gegeneraliseerde, jeukende folliculair gebonden erythemateuze papels en (steriele) pustels	Romp en extremiteiten
Pemphigoid gestationis	1:50.000 meestal blanke vrouwen	Hevig jeukende urticariële papels en annulaire plaques, voorafgaand aan vesikel- en bullavorming	Begint op buik rond navel, centrifugaal uitbreiden naar rest lichaam, niet op gelaat, slijmvliezen, handpalmen en voetzolen
Overige dermatosen			
Zwangerschap cholestase	1:150-1:10.000	Hevige, soms invaliderende jeuk. Soms icterus	Gegeneraliseerd
Impetigo herpetiformis	Zeer zeldzaam, 200 casus wereldwijd	Beeld als acute psoriasis pustulosa. Erythemateuze plaques met aan de randen gegroepeerde pustels. Soms met algehele malaise, koorts, diarree, braken, convulsies en tetanie	Symetrisch; begint in liezen, genitaal gebied en huidplooien, centrifugaal uitbreidend naar gegeneraliseerd beeld met erosies. Niet op gelaat, handen en voeten

gedacht wordt aan een immunologische reactie op foetaal DNA. PUPPP heeft geen risico's voor moeder of foetus en herstelt snel na de bevalling. Over het algemeen treedt er in een volgende zwangerschap geen recidief op, behalve in het geval van een tweelingzwangerschap.

Prurigo gestationis

Prurigo gestationis (ook wel: prurigo gestationis van Besnier) komt voor bij ongeveer 1:300 zwangerschappen. Het klinische beeld

bestaat uit jeukende erythemateuze, geëxcorieerde en crusteuze papels en noduli op de strekzijde van de extremiteiten en op de buik.

Het kan gedurende de hele zwangerschap optreden, maar begint meestal bij een amenorroeduur van 25-30 weken. Het blijft dan de hele zwangerschap aanwezig, tot weken of maanden postpartum. Er zijn geen risico's bekend van prurigo gestationis voor moeder en kind. Er is een wisselende kans op een recidief in een volgende zwangerschap.

Pruritische zwangerschapsfolliculitis

Gegeneraliseerde, meestal jeukende erythemateuze papels en pustels, als gevolg van ontstoken haarzakjes. Deze steriele folliculitis ontstaat op de romp en soms ook op de extremiteiten en verdwijnt spontaan rond de bevalling of binnen twee weken postpartum. De oorzaak is onbekend en het is niet schadelijk voor moeder of kind.

Zupan ea melden dat prurigo gestationis en pruritische zwanger-

ontstaan	verdwijnen	risico's
3e trimester, 35e week	Snel postpartum	Soms recidief in meerlingzwangerschap
Hele zwangerschap, meestal 25-30 weken	Weken tot maanden postpartum	Geen
2e of 3e trimester	Rond bevalling of binnen 2 weken postpartum	Geen
2e of 3e trimester, 75% exacerbatie tijdens partus of postpartum	2 weken tot enkele maanden postpartum	<u>Moeder</u> recidieven in volgende zwangerschap soms bij OAC en menstruaties <u>Kind</u> groeivertraging en vroeggeboorte, 10% neonaten lichte vorm van bulleus pemphigoid
3e trimester	postpartum	Moeder recidieven in volgende zwangerschap malabsorptiesyndroom Kind vroeggeboorte en foetale sterfte
Meestal 3e trimester	Soms lang postpartum	Moeder tetanie, convulsies, delirium, hart- of nierfalen, overlijden; recidieven in volgende zwangerschap (met ernstiger beloop) en OAC Kind doodgeboorte, neonatale sterfte en foetale afwijkingen agv placenta-insufficiëntie

schapsfolliculitis door sommige auteurs beschouwd worden als onderdeel van het spectrum van PUPPP en geen aparte ziektebeelden zijn.

Andere dermatosen tijdens de zwangerschap

Impetigo herpetiformis

Een zeer zeldzame maar ernstige zwangerschapsdermatose, wereldwijd zijn er 200 gevallen gerapporteerd. Vroeger was impetigo herpetiformis een aparte entiteit, maar tegenwoordig wordt het door velen beschouwd als een acute vorm van psoriasis pustulosa, ontstaan in de zwangerschap. De meeste zwangeren met deze aandoening hebben echter geen voorgeschiedenis van psoriasis.

De huidziekte begint in de liezen, het genitaal gebied en de huidplooien en breidt zich daarna centrifugaal uit tot een gegeneraliseerd beeld van erythemateuze plaques, met aan de randen symmetrisch gegroepeerde pustels. Het kan overgaan in erythrodermie, dat wil zeggen dat de uitslag meer dan 80% van de huid beslaat. Het gezicht en de handen en voeten blijven gespaard, maar de slijmvliezen en zelfs het nagelbed kunnen aangedaan zijn. De aandoening kan gepaard gaan met ernstige systemische verschijnselen, zoals algehele malaise, koorts, diarree, braken, convulsies, tetanie en symptomen van delier. Het gaat vaak gepaard met hypocalciëmie, wat de oorzaak is van de convulsies. De zwangere loopt een risico op hart- en nierfalen en overlijden. De foetus loopt ernstige risico's door placenta-insufficiëntie, zoals perinatale sterfte en foetale afwijkingen.

Het is van het grootste belang dat impetigo herpetiformis snel herkend wordt, zodat tijdig met de behandeling met corticosteroiden

begonnen kan worden.

Impetigo herpetiformis heeft de neiging te recidiveren en dan ernstiger te verlopen. Ook het gebruik van de pil kan de aandoening uitlokken.

Pruritus gravidarum

Veel vaker worden verloskundigen geconfronteerd met pruritus gravidarum, gekenmerkt door jeuk zonder zichtbare huidafwijkingen. Ongeveer 1:5 zwangeren heeft hier last van^[3]. Een van de oorzaken van pruritus gravidarum is zwangerschapscholestase. Hierover schreven Borg ea^[4]. De prevalentie van zwangerschapscholestase verschilt sterk tussen verschillende landen. In Nederland komt het naar schatting voor bij 1:150 – 1:10.000 zwangeren, terwijl in Chili een frequentie van 25% van alle zwangerschappen werd gevonden. Zwangerschapscholestase kenmerkt zich door hevige, soms invaliderende jeuk. Een enkele keer ontstaat icterus of zelfs een malabsorptie-syndroom. Meestal ontstaat het in het derde trimester, hoewel het ook al in het eerste trimester kan optreden. Het gaat gepaard met verhoogde galzuurconcentraties in het bloed, waarschijnlijk onder invloed van oestrogenen. Foetale problemen, met name preterme geboorte en foetale sterfte zijn toegenomen, hoewel geen duidelijkheid bestaat over de frequentie ervan. De auteurs concluderen in hun artikel dat deze vorm van zwangerschapsjeuk niet beschouwd moet worden als een min of meer fysiologisch verschijnsel. Een actief obstetrisch beleid, waaronder regelmatige controle van de foetale conditie en een tijdige geboorte (37-38 weken) zouden een deel van de complicaties kunnen ondervangen. Er is een grote kans op recidief in een volgende zwangerschap.

Therapie bij dermatosen

In het artikel van Zupan ea wordt bij elke aandoening aandacht besteed aan de behandeling. De therapie bij zwangerschapsdermatosen bestaat over het algemeen uit de toediening van corticosteroiden, systemisch dan wel lokaal, afhankelijk van de ernst van de klachten en het ziektebeeld. Ter verlichting van de jeukklachten wordt soms een antihistaminicum voorgeschreven. In het artikel is er echter zeer weinig aandacht voor de nadelen van een dergelijke behandeling tijdens de zwangerschap. Ook geven de auteurs geen mogelijke alternatieve oplossingen voor de verlichting van jeukklachten, vooral van belang bij de onschuldige dermatosen. □

Literatuur

1. Zupan-Kajcovski B, Broeshart JH, WR Faber. *Specifieke zwangerschapsdermatosen*. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2006;150(28):1549-56.
2. Holmes RC, Black MM. *The specific dermatoses of pregnancy*. *J Am Acad Dermatol*. 1983;8:405-12.
3. *Richtlijnen en protocollen in de dermatologie: diagnostiek en behandeling van jeuk*. http://www.huidziekten.nl/richtlijnen/lamc_jeuk.htm
4. Borg, ter PCJ, Buuren, van HR, Visser W. *Zwangerschapscholestase*. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2003;147(22):1056-59.