

**Cheilitis actinica****Gegeven**

Een 58-jarige vrouw bezoekt haar tandarts voor een periodiek mondonderzoek. Het viel de tandarts op dat verspreid op de onderlip witte verkleuringen en enkele korsten aanwezig waren. De vrouw had hierover geen klachten.

**Diagnose**

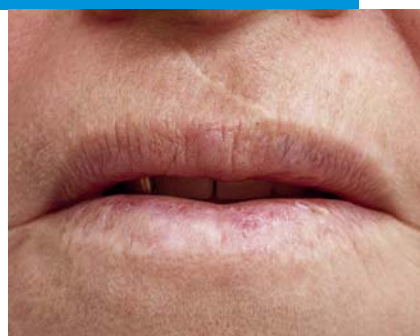
Op basis van het klinische beeld en de typische anamnese werd de diagnose cheilitis actinica gesteld.

**Achtergrond**

Cheilitis actinica ontstaat door chronische blootstelling aan ultraviolet licht. Dit leidt tot een bindweefselvorming die zichtbaar is als litteken. In de praktijk blijkt meestal de onderlip aangedaan, omdat deze intensiever door de zon wordt bestraald dan de bovenlip. Als gevolg van de bindweefselvorming en de afname van de vascularisatie wordt het epitheel van de lip atrofisch. In het epitheel ontstaat, onder meer door roken, eenvoudiger een plaveiselcelcarcinoom.

Preventie van cheilitis actinica houdt in gematigde

blootstelling aan de zon, het dragen van een hoofddeksel met een brede rand en het aanbrengen van beschermende middelen tegen ultraviolette stralen A en B.

**Behandeling**

Behandeling kan bestaan uit cryotherapie. Bij uitgebreidere afwijkingen kan excisie van een oppervlakkige laag van de lip zijn aangewezen om een goed eindresultaat te combineren met histologische controle. Ablatieve CO<sub>2</sub>-laser mag alleen worden toegepast indien het voorafgaand aan deze behandeling genomen biopsie van het klinisch meest suspecte deel van de lip geen invasieve groei ofwel een plaveiselcelcarcinoom vertoont.

**Erysipelas****Gegeven**

Een 56-jarige vrouw had sinds 2 dagen na een recente herpesinfectie op haar linkerwang felrode, scherp begrensde, pijnlijke ontstekingen ontwikkeld van vooral de huid van haar linker gelaatshelft. Zij had tevens klachten van algemene malaise. Op haar linkerwang waren de blaasjes van de herpesinfectie nog zichtbaar.

**Diagnose**

Erysipelas.

**Achtergrond**

Erysipelas is een acute infectie van dermis (lederhuid) en subcutis (onderhuids bindweefsel). De huid voelt warm aan, vertoont oedeem en is (druk)pijnlijk. Veroorzakers van deze infectie zijn meestal  $\beta$ -hemolytische streptokokken van groep A (*Streptococcus pyogenes*) die binnenkomen via een huiddefect, bijvoorbeeld een insectensteek of een trauma. Minder frequente veroorzakers zijn *Staphylococcus aureus* of *Haemophilus influenzae*. De porte d'entrée moet altijd worden gezocht en behandeld. Erysipelas kan zich snel uitbreiden.

Tot voor kort werd cellulitis gebruikt als term voor infecties van het subcutane weefsel. Erysipelas is de separate term voor een infectie van zowel de dermis als de subcutis. Tegenwoordig wordt erysipelas zowel in de praktijk als in richtlijnen beschouwd als een specifieke vorm van cellulitis. Het onderscheid tussen cellulitis en erysipelas is zelfs komen te vervallen en de termen zijn synoniem geworden. Erysipelas geeft vaak ook regionale lymfadenopathie, koorts en algemene malaise.

**Behandeling**

Naast rust, lokaal koelen met natte omslagen en behandeling van de porte d'entrée vereist erysipelas systemische antibiotische therapie. De keuze voor een antibioticum kan worden gemaakt op empirische

gronden. Bijstelling van de keuze kan geschieden op geleide van een bacteriekweek of na overleg met de medisch microbioloog die de bacteriekweek heeft verricht.

Bij frequente recidieven kan een driewekelijkse onderhoudsbehandeling met intramusculaire depots van bezathinebenzylpenicilline zijn aangewezen.

**Bron**

R.I.F. van der Waal, afdeling Dermatologie, St. Antonius Ziekenhuis, Koekoekslaan 1, 3435 CM Nieuwegein

**Bron afbeeldingen**

Waal RIF van der, Neumann HAM (red). Praktische dermatologie. Houten: Prelum, 2009.