

Brennkopper

Brennkopper (impetigo) er overflatiske hudinfeksjoner som vanligvis er forårsaket av gule stafylokokker (*Staphylococcus aureus*) eller gruppe A-streptokokker (*Streptococcus pyogenes*). Det er to kliniske typer av brennkopper:

- vanlig brennkopper (impetigo contagiosa) som skyldes gruppe A-streptokokker eller gule stafylokokker.
- bulløs brennkopper (impetigo bullosa) som skyldes spesielle stammer av gule stafylokokker med eksfoliativt toksin.

Mens impetigo contagiosa var den vanligste formen tidligere har de senere år den bulløse formen blitt dominerende.

Smittemåte

Sykdommen antas hovedsakelig å smitte ved person til personkontakt og rammer først og fremst barn under 12 år. Lite smittomt blant voksne, moderat smittomt blant barn og svært smittomt blant nyfødte.

Inkubasjonstid

Kan variere, vanligvis 4–10 dager.

Symptomer og forløp

Vanlig brennkopper begynner med vesikler, fra noen få millimeter til et par centimeter, med blakket innhold om de ikke sprekker tidlig. Deretter danner det seg typiske tykke honninggule kruster, ofte med erytematøs kant. Om man pirker vekk krusten, siver ravgul væske gjerne fram. Lesjonene kan sitte hvor som helst på eksponert hud, ofte på ekstremitetene og i ansikt. Inngangsporten kan være en ubetydelig hudlesjon, et lite sår eller et insektsstikk.

Bulløs brennkopper var tidligere langt sjeldnere, men er nå mer vanlig. Overflatiske blemmer (0,5–3 cm i tverrmål) dannes med en tynn erytematøs brem på normalt utseende hud. Litt slappe blemmer inneholder fra blank til purulent væske. Når blemmene brister, oppstår fuktige, erytematøse sårflater som dekkes av tynne, lysebrune skorper

Diagnostikk

Diagnosen stilles vanligvis ved det kliniske sykdomsbildet. Dyrkning og resistensbestemmelse bør foretas ved utbredte tilstander og residiv, og det bør vanligvis foreligge dersom man vil gi systemisk antibiotikabehandling. Ved mistenkt utbrudd er det også viktig å ta noen dyrkningsprøver.

Insidens i Norge

Brennkopper er endemisk til stede i Norge. Nå og da opptrer utbrudd innen enkelthusholdninger, barne-

hager eller andre grupper med nær kontakt. Forekomsten av bulløs impetigo har økt betydelig de siste to til tre årene både i Norge og i andre land med en tydelig sesongvariasjon med topp i august og september. Mye tyder på at det er et klonalt utbrudd av bulløs, stafylokokkforårsaket impetigo vi nå ser. En mindre andel (ca. 5%) av tilfellene skyldes antagelig gruppe A-streptokokker, men denne andelen kan øke i vintermånedene.

Behandling

Impetigo betraktes som en ukomplisert sykdom med et selvbegrensende forløp hos ellers friske pasienter. Formålet med behandlingen er å lindre symptomene og få utslettet til å gå raskt tilbake, hindre smittespredning og forebygge komplikasjoner (f.eks. utvikling av furunkler, karbunkler ved stafylokokkinfeksjon). Det er sjelden alvorlige infeksjonskomplikasjoner ved impetigo hos pasienter som ikke er underernærte eller har alvorlig, underliggende sykdom.

I Norge har vi tradisjon for lokalbehandling, mens systemisk antibiotikabehandling er vanlig i mange andre land. Man ønsker her i landet å begrense systemisk antibiotikabehandling til alvorlig eller bulløs impetigo og til utbrudd i institusjoner. Statens legemiddelverk har utgitt egne terapianbefalinger for brennkopper (2002). Disse gjengis her:

Lokalbehandling

Vask affisert hud med vanlig såpe og vann. Løst-sittende skorper kan fjernes forsiktig ved vasking, mens mer fastsittende skorper ikke skal røres. Dekk til hudlesjonene med tørre kompresser. Denne behandlingen utføres 2–3 ganger i døgnet og bør suppleres med lokalt antiseptisk salve/krem. Dette er tilstrekkelig behandling ved mindre utbredt impetigo (få lesjoner i én region). Aktuelle midler i Norge er enten kombinasjon av antiseptisk klorheksidin og bacitracin (Bacimycin® salve), antiseptisk dibrompropamidin (Brulidin® krem) eller hydrogenperoksid 1% (Microcid® krem). På grunn av økende resistensutvikling overfor fusidinsyre hos gule stafylokokker bør Fucidin salve/krem for tiden ikke anvendes.

Systemisk behandling

Ved utbredt impetigo (lesjoner i flere regioner) anbefales systemisk bruk av antibiotika i tillegg til lokalbehandling. Ved utbredt bulløs impetigo anbefales det på grunn av resistensforholdene, å velge et av følgende legemidler:

- *Penicillinaseresistente penicilliner*

Dikloksacillin: Voksne og barn (> 40 kg): 500 mg 3 (4) ganger daglig. Barn (20–40 kg): 250 mg 3 (4) ganger daglig. Barn (< 20 kg): 12,5 mg/kg kroppsvekt 3 (4) ganger daglig. Kloksacillin: Voksne: 500 mg 4 ganger daglig. Barn: 12,5 mg/kg kroppsvekt 4 ganger daglig.

Behandlingstiden er avhengig av klinisk respons, vanligvis 7 (10) døgn. Aktuelle preparater i Norge (desember 2002) er Diclocil® kapsler, mikstur og Ekvacillin® tabletter.

- **Klindamycin.**

Førstehåndspreparat ved penicillinallergi.

Dosering: Voksne: 150 mg 4 ganger daglig. Barn (1 år-12 år): 3 mg/kg kroppsvekt 4 ganger daglig. Barn (1 måned til 1 år): 3 mg/kg kroppsvekt 3 ganger daglig. Behandlingstiden er avhengig av klinisk respons, vanligvis 7 (10) døgn. Aktuelt preparat i Norge (desember 2002) er Dalacin® kapsler, mikstur.

Ved utbredt vanlig impetigo anbefales å bruke fenoksymetylpenicillin. Ved penicillinallergi anbefales klindamycin. Vanlig behandlingstid er 7 (10) døgn. Ved manglende klinisk respons etter 4-6 døgn gis behandling basert på bakteriologisk diagnose eller som ved bulløs impetigo.

Sanering av kolonisering/smittebærertilstand

Ved residiverende impetigo forårsaket av gule stafylokokker kan undersøkelse på smittebærertilstand og eventuell sanering av tilstanden bli aktuelt. Tilsvarende regime som ved MRSA-sanering kan brukes, men mupirocin skal reserveres smittebærertilstand med MRSA.

Forebyggende tiltak

God håndhygiene er det viktigste forebyggende tiltaket. Individuer i en familie eller sosial gruppe bør ha separate håndklær og kluter. Sår og stikk bør stelles med desinfiserende vask (klorheksidin vandig oppløsning) og tildekking. God tildekking av lesjoner reduserer smitterisiko og bør gjennomføres.

Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrudd

Ved utbrudd i barnehager, skoler eller andre forsamlinger må god og systematisk håndhygiene innskjerpes. Bruk engangshåndklær og -kluter for daglig vask av leker og liknende og vask (eventuelt desinfeksjon) av felles kontaktpunkter. Vask må i det minste foretas med såpe og vann. I tilfeller der det er viktig å få rask kontroll med situasjonen, kan bruk av klorin eller isopropylalkohol til desinfeksjon av felles kontaktpunkter være nødvendig.

Brennkopper og barnehage

Barn med brennkopper kan vende tilbake til barnehagen når hudlesjonene er under kontroll. Grunnlaget for skjønnnet her må være at det ikke lenger er fare for at smitteførende sårsekret kan påføres andre barnehagebarn direkte eller indirekte gjennom kontaktpunkter. Ved få og små lesjoner vil dette kunne ivaretas gjennom god tildekking, men ved mer utbredte lesjoner

vil det være nødvendig at lesjonene er tørre og i god tilheling.

Meldings- og varslingsplikt

Ikke meldingspliktig til MSIS.

Varsling til kommunelege, Folkehelseinstituttet og andre instanser kan være aktuelt ved utbrudd.

Viktige skriv

- Terapi anbefaling: Impetigo (brennkopper). Statens legemiddelverk, Oslo 2002. (www.legemiddelverket.no/terapi/publisert/Impetigo.htm)

Latin: impetigo (skurv)