

Brennkopper forårsakes nå oftere av fusidinresistente gule stafylokokker. Utbredt bruk av fusidin kan legge til rette for ytterligere spredning av slike bakterier.

Nye brennkopper – nye terapianbefalinger

Brennkopper, eller impetigo, er en smittsom overflatisk hudinfeksjon som oftest sees hos barn. Brennkopper forekommer i to former: den vanlige og den sjeldnere bulløse formen.

Vanlig impetigo starter med en liten, tynnvegget vesikkel som raskt sprekker og etterlater en erosjon, som dekkes av en honninggul skorpe (1, 2). Området tørker så ut og etterlater ingen arr. Samlet varighet er to-tre uker. Ansiktet og ekstremitetene er mest utsatt for impetigo. Vanligvis er barnet uten feber og sykdomsfølelse, men kan ha noe kløe eller smerter fra det affiserte området. Infeksjonen kan spre seg til andre hudpartier. Vanlige brennkopper kan noen ganger forveksles med herpes simplex, herpes zoster og eksem.

Vanlig impetigo skyldes gruppe A-streptokokker eller gule stafylokokker som finner innpass gjennom en ubetydelig hudlesjon, et lite sår eller et insektstikk. Impetigo kan også være en komplikasjon til eksem og andre hudsykdommer (2).

Den sjeldnere bulløse impetigo består av 0,5–3 cm store blemmer med blank til purulent væske. Blemmene sprekker først etter noen dager og etterlater en blank flate. Bulløs impetigo skyldes alltid gule stafylokokker.

Brennkopper er en vanlig sykdom som regnes som selvhelbredende og nesten uten komplikasjoner (1). I Nederland og Storbritannia oppsøker hvert år om lag 2 % av barn lege for impetigo (3, 4). Sykdommen forekommer hyppigst i førskolealderen. Barn smittes trolig oftest ved direkte kontakt med andre barns lesjoner.

Som ved alle mindre alvorlige infeksjoner er det ønskelig å bruke antibiotika skjønnsomt slik at resistens kan forebygges. Behandlingens formål er å forsere helbredelsen slik at barnet slipper plager, og at smitte til andre barn kan reduseres. Under normale forhold anbefales lokalbehandling av vanlig impetigo med fusidin (2, 5), som har meget god effekt (6).

De siste tre-fire årene har imidlertid situasjonen i Norge og Sverige ikke vært «normal» (7, 8). En klon av gule stafylokokker som er resistent mot fusidin, har spredd seg og forårsaket økt hyppighet av vanlig impetigo og bulløs impetigo. Utbredt bruk av fusidin kan legge til rette for ytterligere spredning av disse bakteriene. Statens legemiddelverk har derfor nettopp publisert nye anbefalinger om behandling av brennkopper (9). Anbefalingene er enkle:

- Vanlig impetigo med få lesjoner i en region vaskes med såpe og vann to-tre ganger i døgnet. Lokal antiseptisk salve uten fusidin (Bacimycin eller Brulidin) bør benyttes i tillegg.
- Vanlig impetigo med lesjoner i flere regioner behandles i tillegg med vanlig fenoksymetylpenicillin i 7–10 dager. Dersom bedring ikke inntreer i løpet av 4–6 dager, er infeksjonen trolig forårsaket av gule stafylokokker og bør behandles som bulløs impetigo.
- Bulløs impetigo behandles med penicilliner som motstår de gule stafylokokkenes penicillinaser, altså dikloksacillin eller kloksacillin.

Mange av barna med brennkopper går i barnehage. Ettersom barna ikke er allment påvirket, vil foreldrene gjerne sende dem i barnehagen. Det bør være i orden så lenge lesjonene er små og få og godt dekket til (10). Epidemier av brennkopper i barnehager kan trolig

begrenses ved streng håndhygiene og daglig vask av leker og andre kontaktpunkter. Vel så viktig er nøktern informasjon til foreldrene.

Preben Aavitsland

preben.aavitsland@fhi.no
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo

Preben Aavitsland (f. 1963) leder Avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet og er medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

1. Resnick DS. Staphylococcal and streptococcal skin infections: pyoderma and toxin-mediated syndromes. I: Harper J, Oranje A, Prose N, red. Textbook of pediatric dermatology. 1. utg. Oxford: Blackwell, 2000: 369–72.
2. Høiby EA, Løvoll Ø. Brennkopper. MSIS-rapport 2002; 30: 36.
3. Bruijnzeels MA, van Suijlekom-Smit LWA, van der Velden J, van der Wouden JC. The child in general practice. Dutch National Survey of morbidity and interventions in general practice. Rotterdam: Erasmus University, 1993.
4. McCormick A, Fleming D, Charlton J. Morbidity statistics from general practice. Fourth national study 1991–1992. London: HMSO, 1995.
5. Antibiotika i allmennpraksis. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
6. Koning S, van Suijlekom-Smit LWA, Nouwen JN, Verduin CM, Bernsen RMD, Oranje AP et al. Fusidic acid cream in the treatment of impetigo in general practice: double blind randomised placebo controlled trial. BMJ 2002; 324: 1–5.
7. Tveten Y, Jenkins A, Kristiansen BE. A fusidic acid-resistant clone of Staphylococcus aureus associated with impetigo bullosa is spreading in Norway. J Antimicrob Chemother 2002; 50: 873–6.
8. Østerlund A, Eden T, Olsson-Liljequist B, Haeggman S, Kahlmeter G; Swedish Study Group on Fusidic Acid-resistant Staphylococcus aureus. Clonal spread among Swedish children of a Staphylococcus aureus strain resistant to fusidic acid. Scand J Infect Dis 2002; 34: 729–34.
9. Statens legemiddelverk. Terapianbefalinger ved impetigo (brennkopper). MSIS-rapport 2003; 31: 1B.
10. Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten 2002–2003. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2001: 160–3.