



IMPETIGO IN OPMARS

16.09.2026

Ons laboratorium ontving deze zomer opvallend meer etterstalen met de klinische vermelding “impetigo” of “vermoeden van impetigo”. Impetigo vertoont een uitgesproken seizoenspiek in zomer en nazomer. Tegelijk neemt de resistentie van *Staphylococcus aureus* tegen de klassieke lokale antibiotica toe. Dat maakt gerichte diagnostiek en een rationele antibioticakeuze steeds belangrijker.

Impetigo in een notendop

Impetigo is een oppervlakkige, zeer besmettelijke bacteriële huidinfectie en behoort tot de meest voorkomende bacteriële huidinfecties bij jonge kinderen. *Staphylococcus aureus* is de belangrijkste verwekker; *Streptococcus pyogenes* speelt vooral bij niet-bulleuze impetigo en ecthyma een rol. Infectie kan ontstaan op intacte huid (primaire impetigo) of op een reeds beschadigde huidbarrière, bijvoorbeeld bij eczeem, insectenbeten of wondjes (secundaire impetiginisatie). We kunnen drie klinische vormen onderscheiden:

Niet-bulleuze impetigo



Meest voorkomende vorm ($\pm 70\%$).
= Impetigo contagiosa, krentenbaard
Vesikels/pustels evolueren naar typische goud- of honinggele korsten, vaak rond neus en mond of op de extremiteiten.

Bulleuze impetigo



30% van alle impetigo's.
Oppervlakkige slappe bullae met gelig vocht, vooral bij jonge kinderen.
Veroorzaakt door *S. aureus*-stammen die exfoliatieve toxinen produceren.

Ecthyma



Zeldzaam. Diepere variant met aantasting van epidermis én dermis.
Typisch scherp begrensde ('punched-out') ulcera met korstvorming; littekenvorming is mogelijk.

Impetigo in een notendop

In België circuleert de Epidemic European fusidic acid-resistant impetigo clone (EEFIC, CC121). Deze MSSA-kloon draagt typisch het resistentiegen *fusB* en de exfoliatinetoxinegenen *eta/etb*. Inmiddels is ook een mupirocineresistente variant (M-EEFIC) verspreid, die bijkomend *mupA* draagt en daardoor resistent is tegen zowel fusidinezuur als mupirocine [1,2]. PVL (Panton–Valentine-leukocidine) is niet kenmerkend voor klassieke impetigo. PVL is een cytotoxine van *S. aureus* dat vooral geassocieerd is met recidiverende, abcederende en necrotiserende huidinfecties.

Het Nationaal Referentiecentrum (NRC) voor *S. aureus* (LHUB-ULB) rapporteert een stijging van fusidinezuurresistentie van 11,4% in 2023 naar 18,4% in 2024; bij kinderen bedroeg dit aandeel in 2024 zelfs 37,6%. Ook mupirocineresistentie neemt toe [3].

Eigen laboratoriumgegevens - zomer 2026*

Resistent

Fusidinezuur

78%

Mupirocine

28%

Oxacilline (MRSA)

1%

* *S. aureus*-isolaten uit etterstalen ingestuurd met klinische informatie “impetigo” of “vermoeden van impetigo”. Alle mupirocineresistente isolaten waren tevens resistent tegen fusidinezuur. Deze geselecteerde populatie is niet representatief voor alle impetigopatiënten: casussen met therapiefalen en meer ernstigere of atypische casussen zijn vermoedelijk oververtegenwoordigd [5].

Wanneer is een bacteriële kweek zinvol?

Een typische, beperkte eerste episode hoeft niet systematisch gekweekt te worden. Microbiologische bemonstering is vooral aangewezen bij therapiefalen, frequente recidieven, uitgebreide of atypische letsels, meerdere getroffen gezinsleden of vermoeden van een cluster^[4]. De kweek laat toe om MSSA/MRSA en β -hemolytische streptokokken te identificeren en de therapie op het antibiogram af te stemmen.



Correct bemonsteren

- Niet-bulleus: verwijder voorzichtig een korst en bemonster de vochtige, exsudatieve basis.
- Bulleus: bemonster blaarvocht uit een intacte bulla of de basis van een open bulla.
- Ecthyma: bemonster de ulcusbodem na verwijderen van de necrotische korst.

Wanneer wordt een isolaat doorgestuurd naar het NRC?

Het NRC voor *S. aureus* (LHUB-ULB) volgt de circulerende klonen en resistentiemechanismen op. De (M-)EEFIC-kloon is doorgaans herkenbaar aan het karakteristieke resistentieprofiel; bevestiging van elk afzonderlijk routine-isolaat heeft daarom weinig meerwaarde. Het NRC ontvangt vooral graag isolaten bij ongewoon ernstige of atypische ziektebeelden en bij vermoedelijke clusters. Indien deze klinische gegevens meegedeeld worden, zullen wij deze isolaten doorsturen.

Nieuwe Vlaamse surveillancestudie: wat loopt er in 2026?

Van juli tot december 2026 organiseert het LHUB-ULB een prospectieve surveillancestudie in een aantal Vlaamse huisartsenpraktijken. Bij patiënten met klinisch gediagnosticeerde impetigo worden klinische gegevens, empirische behandeling en microbiologische resultaten verzameld. De *S. aureus*-isolaten worden doorgestuurd naar het NRC voor whole-genome sequencing. De studie onderzoekt onder meer de prevalentie en evolutie van EEFIC/M-EEFIC, resistentie tegen fusidinezuur en mupirocine en relevante virulentiefactoren. Het uiteindelijke doel is na te gaan hoe goed de huidige empirische behandeling aansluit bij de werkelijk circulerende stammen en zo toekomstige Belgische aanbevelingen beter te onderbouwen of aan te passen^[2].



Behandeling volgens de Belgische richtlijnen

- **Start altijd met hygiënemaatregelen.** Reinig de letsels meerdere malen per dag met water en zeep. Strikte handhygiëne, niet krabben, korte nagels, een aparte handdoek en dagelijks wassen van kleding en linnengoed beperken transmissie. Dit moet toegepast worden tot wanneer alle laesies droog zijn. Antiseptica zijn niet doeltreffender dan water en zeep, kunnen huidirritatie en contactdermatitis veroorzaken en zijn daardoor niet aanbevolen.
- **Lokale behandeling.** Volgens de BAPCOC-gids blijft fusidinezuur lokaal de eerste keuze bij beperkte letsels. Door de toenemende resistentie is een empirische respons echter minder voorspelbaar. Mupirocine is geen routinematig alternatief voor fusidinezuur en wordt enkel aangeraden in het kader van MRSA-dekolonisatie^[3]. Bij klassieke impetigo wordt geen dekolonisatie aangeraden, bij MRSA of PVL-dragerschap wel.
- **Systemische behandeling.** Bij uitgebreide letsels, epidemisch karakter, therapiefalen, adenopathieën of systemische symptomen is orale therapie aangewezen^[3]. Flucloxacilline gedurende zeven dagen blijft de eerste keuze. Wanneer een kweek beschikbaar is, wordt de behandeling aangepast aan het antibiogram.

Antibioticum	Kind	Volwassene	Praktisch
Flucloxacilline ^[6]	25–50 mg/kg/dag in 3–4 doses	1-2 g/dag in 3-4 doses	7 d; nuchter
Cefadroxil ^[6]	30 mg/kg/dag in 2–3 doses	2g/dag in 2 doses	7 d; goede orale absorptie
Penicilline-allergie	Clarithromycine/ azithromycine	Clarithromycine/ azithromycine	Rekening houden met lokale resistentie

NOTA: Zoals bij alle huid- en wekedeleninfecties is de klinische evolutie bepalend voor de totale behandelingsduur. Indien na 7 dagen nog actieve, niet-ingedroogde letsels aanwezig zijn dient de behandeling te worden verlengd.

Flucloxacilline versus cefadroxil

Flucloxacilline heeft na orale toediening een variabele absorptie (50-79%) die door voedsel vermindert en vertraagt. Dit antibioticum wordt daarom bij voorkeur ongeveer één uur vóór of twee uur na de maaltijd toegediend. Flucloxacilline is microbiologisch een uitstekende MSSA-behandeling, maar kan bij jonge kinderen en meerdere dagelijkse giften praktisch lastig zijn.

Cefadroxil is een oraal cefalosporine van de eerste generatie met goede activiteit tegen MSSA en *S. pyogenes*. De biologische beschikbaarheid is hoog (> 90%) en de absorptie wordt nauwelijks beïnvloed door voedsel. Daardoor kan cefadroxil een praktisch alternatief zijn voor flucloxacilline. Cefadroxil is microbiologisch evenwaardig aan flucloxacilline.

Transmissie beperken

Impetigo verspreidt zich gemakkelijk door direct huidcontact en auto-inoculatie. Goede hygiëne is daarom essentieel, zeker in gezinnen, scholen en kinderopvang. Kinderen met uitgebreide, niet-afdekbare letsels of in een epidemische context worden volgens de Vlaamse adviezen beter tijdelijk thuisgehouden. Terugkeer is mogelijk wanneer de letsels zijn ingedroogd of na voldoende effectieve behandeling, afhankelijk van de concrete situatie.

Praktisch besliskader voor de huisarts

Klinische situatie	Aanpak
Beperkte, typische eerste episode	Lokale wondzorg/hygiëne. Overweeg lokale behandeling volgens BAPCOC; fusidinezuur blijft een optie, maar houd rekening met toenemende resistentie ^[3] .
Uitgebreid, epidemisch, adenopathieën of systemische symptomen	Systemische behandeling: flucloxacilline eerste keuze; cefadroxil kan een praktisch alternatief zijn ^[3] .
Therapiefalen, recidief, atypisch beeld of meerdere gezinsleden	Kweek + antibiogram ^[3] .
Ongewoon ernstig beeld of vermoedelijk cluster	Overleg met microbiologie; geselecteerde <i>S. aureus</i> -isolaten kunnen naar het NRC voor Whole-Genome-Sequencing ^[2] .

Take-home messages

- Impetigo is vooral een pediatrische, zeer besmettelijke oppervlakkige huidinfectie; *S. aureus* is de belangrijkste verwekker.
- Ons laboratorium ziet in de zomer van 2026 duidelijk meer impetigo-gerelateerde kweken en een hoog aandeel fusidinezuurresistentie in de gekweekte *S. aureus*-isolaten^[5].
- In België circuleert M-EEFIC: een MSSA-impetigokloon met co-resistentie tegen fusidinezuur en mupirocine^[1,2].
- Mupirocine is geen routinematig alternatief voor fusidinezuur; flucloxacilline blijft bij systemische behandeling de Belgische eerste keuze^[3].
- Kweek vooral bij therapiefalen, recidieven, uitgebreide/atypische infecties, meerdere getroffen gezinsleden of clusters^[3].
- De lopende Vlaamse studie met WGS door het NRC moet de actuele epidemiologie en resistentie in de eerste lijn beter definiëren en zal mogelijk aanleiding geven tot aanpassing van de empirische behandelrichtlijnen^[2].

Referenties

- [1] Yin N, Michel C, Makki N, et al. Emergence and spread of a mupirocin-resistant variant of the European epidemic fusidic acid-resistant impetigo clone of *Staphylococcus aureus*, Belgium, 2013 to 2023. *Euro Surveill.* 2024;29(19):2300668. doi:10.2807/1560-7917.ES.2024.29.19.2300668.
- [2] Nationaal Referentiecentrum voor *Staphylococcus aureus* en andere stafylokokken (LHUB-ULB). Persoonlijke communicatie en studieprotocol 'Community-based prospective surveillance of *Staphylococcus aureus*-associated impetigo in primary care, Flanders', 2026.
- [3] BAPCOC. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. Editie 2026.
- [4] NICE. Impetigo: antimicrobial prescribing. NG153. Alleen gebruikt als aanvullende achtergrond waar expliciet vermeld; therapeutische kernboodschappen zijn gebaseerd op Belgische aanbevelingen.
- [5] Eigen laboratoriumgegevens. *Staphylococcus aureus*-isolaten uit etterstalen ingestuurd met klinische informatie 'impetigo' of 'vermoeden van impetigo', zomer 2026.
- [6] BCFI website.
- Beelden: <https://dermnetnz.org/topics/impetigo>