



# Mimickers van atopische dermatitis en angio-oedeem

J. Leysen

## ATOPISCHE DERMATITIS

Atopische dermatitis (AD) is de meest voorkomende chronische huidziekte bij kinderen.

De diagnose is gebaseerd op leeftijdspecifieke, klinische criteria (tabel 1). Centraal staan de jeuk en het chronische verloop met opstoten en remissies. Bij baby's en peuters zijn het gelaat, de romp en de extremiteiten aangetast. Typisch is de pampere regio vrij. Bij het ouder worden verplaatst het eczeem zich naar de plooien: polsen, enkels, elleboog- en knieplooiën. Bij volwassenen zijn vervolgens de handen en het hoofd-halsgebied vaker aangetast. Veralgemeende xerosis komt veel voor, naast ichthyosiforme schilfering en palmoplantaire hyperlineariteit.

Bij chronische aanwezigheid van het eczeem ontstaat lichenificatie van de huid en kan er depigmentatie optreden, dit laatste voornamelijk bij donkere huidtypes.

De diagnose is gebaseerd op de persoonlijke/familiale voorgeschiedenis van atopie en het klinisch onderzoek.

In de laboratoriumuitslag wordt vaak een gestegen totaal IgE en eosinofilie teruggevonden.

Tabel 1. Samenvatting van de Hanifin en Rajka diagnostische criteria voor atopische dermatitis (adapted from [8]).

### Essentiële kenmerken (beide moeten aanwezig zijn)

- Jeuk
- Eczeem (acuut, subacuut of chronisch)
  - Chronisch of recurrent
  - Typische morfologie en leeftijdspecifieke patronen
    - Peuters: gelaat, romp en strekzijdes van de extremiteiten
    - Kinderen: flexoren (polsen, enkels, elleboog- en knieplooiën)
    - Volwassenen: handen
    - Op alle leeftijden: vrije zones ter hoogte van de oksels en de liezen

### Belangrijke kenmerken (ondersteunen de diagnose AD en worden bij de meeste patiënten met atopisch eczeem gezien)

- Jonge leeftijd bij aanvang
- Atopie (persoonlijk of familiaal), IgE-reactiviteit
- Xerosis

### Geassocieerde kenmerken (suggestief voor AD, te specifiek om de diagnose op te baseren)

- Atypisch vasculair antwoord (wit dermatografisme)
- Keratosis pilaris, pityriasis alba, palmaire hyperlineariteit/ichthyosis
- Oculaire/periorbitale veranderingen (fissuren, dennie-morganplooiën)
- Perifolliculaire accentuatie/lichenificatie/prurigoletsels

Een groot aantal huidziekten, zowel frequente als eerder zeldzame aandoeningen, kunnen AD nabootsen, er simultaan mee voorkomen, of voor complicaties zorgen. [1]

## Inflammatoire huidziekten

*Seborroïsche dermatitis* bij neonaten kan samen voorkomen met AD wat vaak tot verwarring leidt. Het komt typisch voor op sebumklierrijke plaatsen, zoals de hoofdhuid en het gelaat, en het komt ook voor in de oksels en de inguinale plooien, waar AD normaliter niet voorkomt. Krabletsels zijn meestal niet zichtbaar en, in tegenstelling tot AD, verdwijnt het ook meestal spontaan voor de leeftijd van twee jaar.

*Psoriasis* kan op elke leeftijd voorkomen. Voorkeursplaatsen zijn de strekzijdes van de ellebogen en de knieën. Bij peuters komt het ook vaak voor op de duim (*thumb sign*) als koebnerfenomeen ten gevolge van duimzuigen. De differentiële diagnose met AD is vaak moeilijk omdat bij kinderen de huidletsels van psoriasis minder schilferen en vaker voorkomen in het gelaat. De pampere regio is wel vaak aangedaan, terwijl dit bij AD zelden voorkomt. Nagelaantasting is ook een subtiel kenmerk dat kan helpen bij het stellen van de diagnose. Een positieve familiale voorgeschiedenis kan de diagnose ondersteunen.

*Dermografisme*. In tegenstelling tot het klassieke dermatografisme (erytheem, oedeem en jeuk) uit dermatografisme zich bij atopische patiënten met een eerder atypisch, vasculair fenomeen: na druk op de huid zal deze eerder bleek verkleuren met een erythemateuze halo rondom ('wit dermatografisme'). *Pityriasis alba* wordt vaak eerder incidenteel opgemerkt bij klinisch onderzoek. Het is een mineur diagnostisch criterium voor AD en wordt meestal gezien bij peuters op de proximale, bovenste ledematen en in het gelaat. Zeer uitgesproken vormen zijn soms klinisch niet te onderscheiden van gehypopigmenteerde mycosis fungoides.

*Contactdermatitis* (irritatief of allergisch) dient te worden overwogen bij een atypische of gelokaliseerde distributie.

## Infecties

### Bacteriële infecties

- *Impetigo* is een superficiële, cutane infectie meestal veroorzaakt door *S. aureus* of *S. pyogenes*. Ze wordt gekenmerkt door erytheem, oedeem en honinggele korstjes. Patiënten met recurrenente impetigo kunnen baat hebben bij het nakijken en behandelen van bacterieel dragerschap in de neus, keel en perianale regio.

- *Secundaire syphilis* is her en der aan een opmars bezig en, mede historisch gezien, wordt de aandoening beschouwd als the *great mimicker* en past zodoende ook binnen de differentiële diagnose van AD.

### Virale infecties

- *Molluscum dermatitis* uit zich als een diffuse of discoïde dermatitis rondom mollusca contagiosa. Vaak maskeert de huiduitslag de initiële mollusken. Het is aangewezen het eczeem te behandelen, met topische corticoiden, om het verder verspreiden van de infectie tegen te gaan.
- *Eczema herpeticum* is een acute, potentieel levensbedreigende virale infectie veroorzaakt door het herpessimplexvirus. Patiënten presenteren zich met wijdverspreide, pijnlijke, uitgeponste erosies op het gelaat en op de huid die chronisch aangetast is door eczeem. Eczema herpeticum wordt soms verkeerdelijk aangezien voor impetigo. De diagnose kan bevestigd worden door een virale cultuur of PCR, maar het dient opgemerkt dat de sensitiviteit van deze technieken eerder laag is. Bij sterk klinisch vermoeden is een empirische, antivirale behandeling noodzakelijk.
- *Eczema coxsackium*, een vrij recente entiteit, wordt sinds de eerste beschrijving in 2013 meer en meer gerapporteerd. [2] Het wordt meestal veroorzaakt door het coxsackievirus A6, gekend als uitlokker van hand-voet-mondziekte. In tegenstelling tot de orale erosies en grijswitte vesikels op handen, voeten en zitvlak, zoals deze typisch voorkomen bij hand-voet-mondziekte, manifesteert een eczema coxsackium zich als vesikels en erosies in de huid voorbeschikt tot, of aangedaan door, AD.

### Infestaties

Scabies is een allergische reactie op de eitjes en de feces van de vrouwelijke schurftmijt *Sarcoptes scabiei var. hominis*. Bij kinderen zijn bij voorkeur de handpalmen, de voetzolen, het gelaat en de scalp aangetast. Patiënten met AD blijken vatbaarder voor deze infectie en kunnen forsere huidreacties vertonen. Een behandeling met topische corticoiden kan de aandoening soms maskeren en de ziekteduur verlengen (*scabies incognito*).

Patiënten met AD blijken vatbaarder voor scabiës en kunnen forsere huidreacties vertonen.

### Genetische aandoeningen

*Keratosis pilaris* is een benigne, meestal asymptomatische huidziekte veroorzaakt door een folliculaire hyperkeratinisatie. Het wordt vaak in associatie met AD en ichthyosis vulgaris gezien.

*Ichthyoses* zijn een groep congenitale ziekten gekarakteriseerd door een veralgemeende schilfering van het lichaam, waarbij ichthyosis vulgaris het meeste voorkomt.

- *Ichthyosis vulgaris (IV)* wordt gekenmerkt door een droge huid met fijne lamellaire of schubachtige schilfering. Er bestaat een frequent voorkomende, autosomaal dominante vorm waarbij er in de epidermis een tekort is aan fillagrine, en een zeldzamere, X-gebonden en recessieve vorm die berust op een steroidsulfatasedeficiëntie. Een deel van de patiënten met AD heeft ook een mutatie in het fillagrinegen en veel patiënten met IV zijn ook atopisch.

- Hiernaast bestaan er congenitale ichthyosisvarianten die veel ernstiger zijn en waarbij al vanaf de geboorte een zeer droge huid aanwezig is en ook een collodionbaby kan voorkomen. Een voorbeeld hiervan is de lamellaire ichthyosis, die wordt onderverdeeld in een erythroderme en een niet-erythroderme variant.

### Maligniteiten

*Ziekte van Letterer-Siwe* is de maligne vorm van langerhans-celhistiocytose en is de vorm die het meest voor AD wordt aangezien. Het presenteert zich klassiek als crusteuze, schilferende letsels en ulceraties op de scalp, periauriculair, perineaal en/of axillair. Petechiën kunnen ook aanwezig zijn.

*Het cutaan T-cellymfoom (CTCL)* komt zelden voor de leeftijd van vijftig jaar voor, maar een toenemende incidentie in de pediatrie populatie wordt beschreven. [3] In een vroeg stadium presenteert het zich als traag progressieve, schilferende maculae en plaques of een snel evoluerend, gegeneraliseerd erytheem. Pas in een later stadium worden tumoren aangetroffen. Bij kinderen presenteert CTCL zich meestal met wijdverspreide, niet scherp begrensde, gehypopigmenteerde maculae, moeilijk te onderscheiden van een uitgesproken vorm van pityriasis alba. De letsels reageren vaak initieel goed op topische corticoiden wat de diagnose kan vertragen. Er is enige evidentie dat ernstig atopisch eczeem een risicofactor is voor het ontwikkelen van CTCL. [4]

Behalve aan een CTCL, dient men bij een patiënt met veralgemeende, forse jeukklachten, met geen of (forse) prurigoachtige huidafwijkingen (zoals ook bij AD kan voorkomen), steeds bedacht te zijn op een *onderliggend (systemisch) lymfoom*; klierpalpatie en paraneoplastische screening zijn dan onontbeerlijk, temeer daar een bloedonderzoek (cytologie) nog perfect normaal kan zijn.

### Immuundeficiënties

*Nethertonsyndroom* is een zeldzame aandoening die zich kort na de geboorte uit als een ernstig, vaak therapieresistent, erytheem met schilfering typisch ter hoogte van de scalp, het gelaat en de wenkbrauwen. De ernstige inflammatie van de huid en de gerelateerde infecties kunnen levensbedreigend zijn. De aanwezigheid van bamboe haren (*trichorrhexis invaginata*) is diagnostisch.

*Hiv/aids-gerelateerde huidaandoeningen.* Nagenoeg elke seropositieve patiënt ondervindt huidproblemen en verschillende hiervan (bijvoorbeeld primaire hiv-viremie en medicamenteuze rashes) kunnen AD goed nabootsen.

*STAT3- en DOCK8-deficiëntie* zijn zeldzame fenotypes van primaire immuundeficiënties met de volgende kenmerken: eosinofilie, gestegen serum IgE, vatbaarheid voor cutane en sinopulmonale infecties, voorbeschiktheid voor maligniteiten (voornamelijk lymfomen) en een eczemateuze huiduitslag. STAT3-deficiëntie begint meestal met een pustuleuze rash in het gelaat en op de scalp, bij of vlak na de geboorte, in tegenstelling tot patiënten met DOCK8-deficiëntie waarbij de eczemateuze huiduitslag pas ontstaat enkele maanden na de geboorte.

*Wiskott-aldrichsyndroom (WAS)* is een zeldzame, X-gebonden en recessieve aandoening gekenmerkt door een gestegen IgE, lymfopenie, vatbaarheid voor infecties, voorbeschiktheid voor maligniteiten (voornamelijk hematologisch), een eczemateuze huiduitslag en/of bloedingsneiging door trombocytopenie en plaatjesdysfunctie. De eczemateuze huiduitslag ontwikkelt zich ook hier pas tijdens de eerste levensmaanden, en is haast niet te onderscheiden van AD, inclusief de anatomische distributie.

*Severe combined immunodeficiency syndrome (SCID)* wordt klinisch gekenmerkt door een exfoliatieve dermatitis, chronische diarree, failure to thrive en recurrenente bacteriële en candida-infecties. Deze kinderen manifesteren zich met een erythrodermie tijdens de eerste levensweken.

*Hypohidrotische ectodermale hypoplasie (HES)* is een X-gebonden aandoening die zich bij mannen presenteert met uitgesproken seborroïsche dermatitis of AD-achtige huidletsels, intertrigo en faciale ectodermale dysplasie (afwezig of beperkte haargroei, tandproblemen, tekens van immuundeficiëntie: sepsis, pneumonie, otitis media, enzovoorts).

Bij sommige patiënten kan een iatrogene immuundeficiëntie AD-achtige letsels uitlokken. Het meest beschreven is psoriasiform eczeem getriggerd door anti-TNF-behandeling. AD-achtige letsels worden ook gezien bij immuungecompromitteerde kinderen die langdurig behandeld worden met systemische calcineurineremmers.

### **Nutritionele afwijkingen**

Cutane symptomen van nutritionele tekorten kunnen het gevolg zijn van een verminderde intake (kwashiorkor, zinkdeficiëntie), malabsorptie (dermatitis herpetiformis, nutritionele deficiëntie bij mucoviscidose) of een stofwisselingsziekte (fenyلكetonurie, biotinidasedeficiëntie). Deze aandoeningen kunnen allemaal AD-achtige huiduitslag opleveren. Opvallend is wel dat de pamperegio nagenoeg altijd is ingenomen.

### **Overige differentiële diagnoses**

*Graft versus host disease (GVHD).* De meest voorkomende klinische manifestatie van acute GVHD (<100 dagen na transplantatie) is een jeukende, maculopapuleuze rash op handpalmen, voetzolen, nek, oren en/of schouders, die kan uitbreiden naar het hele lichaam.

De aanwezigheid van koorts en huidafwijkingen, zoals vesikels, inflammatoire plaques of een restschilfering na het opklaren van het oedeem, pleiten eveneens tegen angio-oedeem.

*Medicamenteuze erupties* kunnen een breed gamma van dermatosen nabootsen. Een eczemateuze, medicamenteuze eruptie dient overwogen te worden bij alle patiënten met plots ontstane of zelfs langer bestaande huidsymptomen onafhankelijk van een eventuele voorgeschiedenis van atopisch eczeem.

### **ANGIO-OEDEEM**

Angio-oedeem (AO) wordt gedefinieerd als een lokale zwelling van de diepe dermis of de subcutane/submucosale weefsels. Het oedeem ontstaat ten gevolge van toegenomen vasodilatatie en vasopermeabiliteit in de dieper gelegen weefsels. Het oedeem komt meestal voor in het gelaat (lippen, tong, oogleden), soms ook ter hoogte van de handen, de voeten en de genitalia. De zwelling ontstaat in enkele minuten tot uren en kan enkele dagen aanwezig zijn. Ze herstelt zonder restbeeld. Bij een atypische evolutie, of bij therapieresistentie, dient de diagnose AO in twijfel getrokken te worden.

### **Differentiële diagnose**

Wanneer het oedeem veralgemeend voorkomt, meerdere weken aanwezig blijft of een inflammatoir aspect vertoont, betreft het geen AO. Verdere diagnostische uitwerking, met bepaling van complementfactoren en dosering van C1-esteraseremmer is hier eerder overbodig en kan zelfs leiden tot foutieve diagnoses. Een milde stijging van C1-esteraseremmer kan bijvoorbeeld toegeschreven worden aan de inname van oestrogenen.

De aanwezigheid van koorts en huidafwijkingen, zoals vesikels, inflammatoire plaques of een restschilfering na het opklaren van het oedeem, pleiten eveneens tegen AO. Volgende klinische situaties zijn soms moeilijk te differentiëren van klassiek AO:

- Een veralgemeend oedeem dat op een bepaalde plaats veel prominenter aanwezig is, en hierdoor een gelokaliseerd AO nabootst.

- Een gelokaliseerd oedeem, dat op termijn permanent aanwezig is, maar in de ontstaansfase nog fluctueert. Tijdens de periode waarin het oedeem fluctueert, kan het ook foutief als AO worden aangezien.

### Gegeneraliseerd oedeem

AO is per definitie een gelokaliseerde aandoening. Een veralgemeend oedeem is op basis van kliniek en laboratoriumonderzoek meestal vrij gemakkelijk te differentiëren. Echter, in het beginstadium zal de patiënt soms enkel klagen over oedeem ter hoogte van de handen en voeten, hoewel het eigenlijk een veralgemeend oedeem betreft.

Er zijn twee specifieke ziektebeelden die zich uiten met een veralgemeend oedeem dat zich in opstoten presenteert: het idiopathisch cyclisch oedeem en het capillaireleksyndroom (syndroom van Clarkson).

*Het idiopathisch cyclisch oedeem* uit zich als een gewichtstoename met oedeem tijdens de menstruatieperiode en wordt waarschijnlijk hormonaal veroorzaakt door een toegenomen permeabiliteit van de capillairen. [5] Deze vorm van oedeem verloopt dus ook typisch in opstoten. Het is belangrijk de patiënten te vragen om zich te wegen tijdens de menstruatie en na te vragen waar de oedemen zich voordoen aangezien dit meestal vrij diffuus is.

*Het capillaireleksyndroom* manifesteert zich eveneens als een veralgemeend oedeem in opstoten in combinatie met gewichtstoename, en in de meest ernstige vorm, met hypotensie en shock. De differentiële diagnose met AO kan ook hier soms moeilijk zijn, zeker wanneer de gewichtstoename onopgemerkt verloopt. Een monoklonale piek in de eiwitelektroforese en een toename van het hematocriet met een paradoxale hypoalbuminemie zijn typische kenmerken die niet teruggevonden worden bij AO.

### Oedeem ter hoogte van de extremiteiten

Diverse zwellingen van de extremiteiten kunnen een AO nabootsen, maar verschillen ervan door hun permanente karakter of hun inflammatoire aspect.

Bij de niet-inflammatoire, permanente oedemen komt het lymfoedeem het meeste voor.

In het geval van een acuut inflammatoir oedeem ter hoogte van de extremiteiten dient in eerste instantie aan een infectieuze oorzaak of trombose gedacht te worden. Een pseudo-erysipelas kan voorkomen bij sommige auto-inflammatoire pathologieën (bijvoorbeeld TRAPS), na vaccinatie (op basis van aluminiumzouten) of door bepaalde medicatie (bijvoorbeeld gemcitabine). Ten slotte kunnen ook insectenbeten zich presenteren als een acuut, inflammatoir oedeem.

Wanneer het oedeem zich eerder subacuut presenteert, moet ook gedacht worden aan een artritis of tenosynovitis. Meestal betreft het een permanente, gelokaliseerde en goed omschreven zwelling ter hoogte van de gewrichten bij patiënten met een bekende inflammatoire aandoening. Verschillende bindweefselziekten en systeemziekten uiten zich soms bij aanvang met oedeem ter hoogte van de vingers en de handen. Dit is bijvoorbeeld typisch het geval bij RS3PE (*remitting symmetrical seronegative synovitis with pitting edema*) en systemsclerose.

## Auto-immune pathologieën, zoals dermatomyositis en lupus erythematosus, kunnen eveneens gepaard gaan met een oedeem van de oogleden, vaak met een intermitterend en inflammatoir karakter.

### Oedeem ter hoogte van het gelaat

Permanente zwellingen ter hoogte van het gelaat en de bovenste luchtwegen kunnen moeilijk te differentiëren zijn van AO, zeker indien ze in de beginfase een fluctuerend beloop kennen.

*Vena cava superior syndroom.* In de ontstaansfase vaak moeilijk te differentiëren van AO gezien de typische, matinale toename van het oedeem wordt het vaak als een opstoot van AO aangezien.

*Cellulitis facialis en odontogene abscessen.* Te onderscheiden van AO door de aanwezigheid van (druk)pijn, koorts en stijging van inflammatoire parameters.

*Parasitaire infecties* zoals filariasis, trichinosis (vaak ook gepaard gaande met conjunctivitis en/of conjunctivale bloedingen) en trypanosomiasis (typisch met periorbitaal oedeem: teken van Romana).

*Virale infecties:* herpes simplex, herpes zoster, epstein-barrvirus (teken van Hoagland)

### Granulomateuze aandoeningen

- Cheilitis granulomatosa wordt gedefinieerd als een chronische zwelling van de lip door een granulomateuze ontsteking van onbekende origine.

Wanneer het voorkomt in combinatie met een fissuurtong en/of aangezichtsverlamming spreekt men van het syndroom van Melkersson-Rosenthal. Voornamelijk in de beginfase, wanneer de zwelling optreedt in opstoten, is de differentiële diagnose met AO vaak moeilijk. De zwelling blijft vaak langer dan een week aanwezig en evolueert naar een eerder permanente zwelling. Met behulp van een biopsie van de lip kan het granulomateuze infiltraat soms aangetoond worden.

- Andere granulomateuze aandoeningen die in het gelaat kunnen voorkomen zijn onder andere sarcoïdose, de ziekte van Crohn en morbus Morbihan (in de context van rosacea). Ook bij deze aandoeningen is het nemen van een huidbiopsie vaak essentieel om de diagnose te stellen.

Differentieel diagnostisch dient men soms een lymfomatoïde aandoening of een kaposisarcroom te overwegen.

*Scleredema adutorum van Buschke*. [6] Het betreft een zeldzame, scleroserende aandoening gekarakteriseerd door een diffuse zwelling en induratie van de huid. Associaties met infecties, diabetes mellitus, paraproteïnemie, multipel myeloom en monoclonale gammopathie werden gedocumenteerd. Bij gelokaliseerde vormen, bijvoorbeeld enkel periorbitaal, kan de differentiële diagnose met AO zeer moeilijk zijn. Typisch histologische bevindingen zijn een verdikte dermis met prominente openingen tussen de collageenbundels met een variabele depositie van mucine.

*Blepharochalasis (syndroom van Asher)* is een zeldzame aandoening die voornamelijk voorkomt bij jongeren. Ze wordt gekenmerkt door episodes van niet-pijnlijke, niet-erythemateuze zwellingen van de bovenste oogleden die resulteren in gerimpelde, afhappende en opvallend atrofie huid ter hoogte van de bovenste oogleden met een ptosis tot gevolg. De etiologie is onbekend, hoewel een IgA-depositie beschreven werd in het periorbitaal weefsel wat toch een immunologische pathogenese suggereert. In een vroeg stadium wordt het vaak als AO aangezien. [7]

Auto-immune pathologieën, zoals dermatomyositis en lupus erythematosus, kunnen eveneens gepaard gaan met een oedeem van de oogleden, vaak met een intermitterend en inflammatoir karakter.

(Foto)contactallergie is een veel voorkomende mimicker van AO en kan dramatische zwellingen geven van het gelaat, de periorbitale huid of elders op het lichaam. Patiënten rapporteren ook prominente jeuk, pijn en branderigheid. Bij resolutie wordt vaak een afschilfering van de huid gezien, wat bij AO niet voorkomt.

*Ernstige hypothyroidie* kan resulteren in een niet-transiënte zwelling van het gelaat en de lippen. Het bekende myxoedeem kan pretibiaal, maar ook gegeneraliseerd voorkomen.

*Lymfatische malformaties* kunnen inflammatoire opstoten vertonen die eveneens AO kunnen nabootsen.

## LITERATUUR

1. Siegfried EC, Hebert AA. Diagnosis of atopic dermatitis: mimics, overlaps, and complications. *J Clin Med* 2015;4:884-917.
2. Mathes EF, Oza V, Frieden IJ, et al. Eczema coxsackium and unusual findings in an enterovirus outbreak. *Pediatrics* 2013;132(1):e149-57.
3. Pope E., Weitzman S, Ngan B, et al. MF in the pediatric population: Report from an international Childhood Registry of Cutaneous Lymphoma. *J Cutan Med Surg* 2010;14:1-6.
4. Carr WW. Topical calcineurin inhibitors for atopic dermatitis: review and treatment recommendations. *Paediatric drugs* 2013;15:303-10.
5. Sabatini S. Hormonal insights into the pathogenesis of cyclic idiopathic edema. *Semin Nephrol* 2001;21:244-50.
6. Ioannidou DI, Krasagakis K, Stefanidou MP, Karampekios S, Panayiotidis J. Scleredema adutorum of Buschke presenting as periorbital edema: A diagnostic challenge. *JAAD* 2005;15: S41-4.
7. Wang G, Chunying L, Tianwen G. Blepharochalasis: A rare condition misdiagnosed as recurrent angioedema. *Arch Dermatol* 2009;4:498-9.
8. Eichenfeld LF, Hanifin JM, Luger TA, Stevens SR, Pride HB. Consensus conference on pediatric atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(6):1088-95.

## SAMENVATTING

Atopische dermatitis (AD) onderscheiden van andere huidziekten kan moeilijk zijn. Niet alleen zijn er een aantal dermatosen die AD kunnen nabootsen, er zijn er ook verschillende die simultaan met AD kunnen voorkomen of het verloop ervan bemoeilijken.

In dit artikel worden verschillende differentiële diagnoses besproken, echter geen enkele hiervan komt zo frequent voor als AD.

Leeftijd bij aanvang, aanwezigheid van jeuk, distributie en morfologie van de huidletsels en begeleidende symptomen zijn de sleutels tot een correcte diagnose.

Angio-oedeem (AO) wordt gedefinieerd als een lokale zwelling van de diepe dermis of de subcutane/submucosale weefsels.

Binnen de differentiële diagnose van AO kunnen twee klinische situaties heel misleidend zijn:

1. Een veralgemeend oedeem dat zich presenteert met opstoten en remissies, of zich op een specifieke voorkeursplaats intenser presenteert
2. Een permanent, gelokaliseerd oedeem dat subtiel fluctueert

## TREFWOORDEN

atopische dermatitis – angio-oedeem – diagnose

## SUMMARY

Differentiating atopic dermatitis (AD) from other potential diagnoses can be difficult. Besides a number of 'mimickers', with similar clinical features, there are several diagnoses that can co-exist with, or complicate, AD.

Although many differential diagnoses are discussed, only few are as common as AD. Age of onset, presence of pruritus, distribution and appearance of the skin lesions, and accompanying symptoms are the keys to a successful diagnosis.

Angioedema (AO) is a clinical syndrome defined by a local swelling of the deep dermis or subcutaneous/submucosal tissues.

In the differential diagnosis of AO two clinical situations can be particularly misleading:

1. A generalized edema with flares and remissions, or with a localized exacerbation in a predilection site.
2. A permanently localized edema that fluctuates over time.

## KEYWORDS

atopic dermatitis – angioedema – diagnosis

*Gemelde (financiële) belangenverstremgeling.  
Geen.*

## CORRESPONDENTIEADRES

Julie Leysen

E-mail: Julie.leysen@uza.be