



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Stigmatisering bij poliklinisch behandelde huidpatiënten: inzichten uit een studie in 17 Europese landen

Beugen, S. van; Middendorp, H. van; Spillekom-van Koulil, S.; Vulink, N.; Evers, A.W.M.

Citation

Beugen, S. van, Middendorp, H. van, Spillekom-van Koulil, S., Vulink, N., & Evers, A. W. M. (2025). Stigmatisering bij poliklinisch behandelde huidpatiënten: inzichten uit een studie in 17 Europese landen. *Nederlands Tijdschrift Voor Dermatologie En Venereologie*, 35(4), 3-6. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4285596>

Version: Publisher's Version

License: [Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4285596>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Het *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie* is het officiële orgaan van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie en verschijnt 10x per jaar in een oplage van 1.200 exemplaren. Het NTVDV is vanaf 1 januari 2008 geïndexeerd in EMBase, de internationale wetenschappelijke database van Elsevier Science.

HOOFDREDACTIE

Dr. Janine L. Dickinson – Blok
Meander MC
Maatweg 3
3813 TZ Amersfoort
Telefoon: 06 48955595
E-mail: j.dickinson@nvdv.nl

Het katern Vereniging staat open voor nieuws en mededelingen vanuit bestuur, domeingroepen, commissies en werkgroepen van de NVDV. Het katern valt onder de verantwoordelijkheid van het bestuur. Dit wil echter niet noodzakelijkerwijs zeggen dat alle meningen en standpunten de visie van het bestuur weergeven.

De inhoudelijke verantwoordelijkheid van congres- en nascholingsnummers berust bij de gastredactie van het betreffende nummer.

THEMA / WETENSCHAP / VERENIGING

REDACTIE

Dr. A.M. van Coevorden (*Domeingroep cosmetische dermatologie*)
P.K. Dikrama (*Domeingroep haar & nagels*)
Dr. M.B.A. van Doorn (*Domeingroep inflammatoire dermatosen*)
Dr. S. van der Geer-Rutten (*Domeingroep dermatochirurgie & lasers*)
Dr. A. Galimont-Collen (*Domeingroep dermatotherapie*)
E. Huis in 't Veld (*Domeingroep oncologie*)
C.J. de Jonge (*Domeingroep kinderdermatologie*)
M.J. Jonker (*Domeingroep anogenitale dermatosen*)
Prof. dr. T. Rustemeyer (*Domeingroep allergie & eczeem*)
Dr. H.B. Thio (*Domeingroep huidinfecties en SOA*)
Dr. S.E. Uitenhuis (*Domeingroep pigmentstoornissen*)
Dr. M.B. Visch (*Domeingroep Vaten*)

WERKGROEP 'IN HET KORT'

Dr. K. Bouwman
Dr. M.A. Lamberts
Dr. A.N. Voorberg

INZENDEN VAN KOPIJ/RICHTLIJNEN

Richtlijnen voor het inzenden van kopij:
zie www.nvdv.nl > professionals > dermatologie > tijdschriften en boeken > NTVDV.
Hier vindt u ook het Toestemmingsformulier patiënt.

UITGEVER EN ADVERTENTIES

Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie
Domus Medica | Postbus 8552 | 3503 RN Utrecht
Frans Meulenberg (f.meulenberg@nvdv.nl)

REDACTIESECRETARIAAT

redactie@nvdv.nl

BASISONTWERP EN LAY-OUT

Studio Sponselee

VORMGEVING EN TRAFFIC

Daniël Gerritsen (www.dandez.nl)

DRUK EN VERZENDING

Scholma, Print & Media

COPYRIGHT

©2025 Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie

ISSN 0925-8604

ABONNEMENTEN

Standaard € 250,- per jaar.
Studenten (NL) € 120,- per jaar.
Buitenland € 375,- per jaar.
Losse nummers € 32,50.
Contactadres: redactiesecretariaat



De CO₂-voetafdruk van dit
drukwerk is berekend met
ClimateCalc en
gecompenseerd bij: Gold
Standard certified climate
projects
www.climatecalc.eu
Cert. no. CC-000174/NL

INHOUD

ALGEMEEN

- 3** Stigmatisering bij poliklinisch behandelde huidpatiënten: inzichten uit een studie in 17 Europese landen
- 7** Acute vulvaire ulcera
- 11** Richtlijn Psoriasis 2024 (samenvatting)
- 14** Krijgen we een dikkere huid als we ouder worden?
- 16** Cutane collageneuze vasculopathie: klinisch beeld en histopathologische bevestiging
- 19** Kennisquiz: Een 'creepy' eruption
- 20** Een snelgroeïende tumor in een tatoeage
- 23** Toekomst in de academie: motivaties en uitdagingen voor aanstaande jonge dermatologen
- 26** Kennisquiz: antwoord
- 27** Minimaal invasieve flebologische interventies: veilig op weg naar verduurzaming
- 30** Lasertherapie voor vasculaire restafwijkingen is een veilige behandeling bij patiënten met cutane en systemische lupus erythematosus
- 34** In het kort

VERENIGING

- 36** Bestuurscolumn: Even lekker klagen ...
- 38** Petra Dikrama wint publieksprijs

ILLUSTRATIE OMSLAG

© Cartoon van Fokke & Sukke, gemaakt door John Reid, Bastiaan Geleijnse en Jean-Marc van Tol.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitgever en auteurs verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; evenwel kunnen uitgever en auteurs op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie of producten van advertenties.

SPECIALS

Het is van belang dat u er rekening mee houdt dat het tijdschrift maximaal 50 redactionele pagina's mag bevatten. Als het meer dan 50 pagina's worden, dan worden de extra kosten die hieraan zijn verbonden doorberekend aan uw organisatie, tenzij u van tevoren met de NVDV andere afspraken hebt gemaakt over de verdeling van deze kosten. De kosten bedragen € 350,- per 4 gedrukte pagina's.



Stigmatisering bij poliklinisch behandelde huidpatiënten: inzichten uit een studie in 17 Europese landen

S. van Beugen¹, H. van Middendorp², S. Spillekom-van Koulil³, N. Vulink⁴, A.W.M. Evers⁵

Huidaandoeningen gaan vaak gepaard met ervaren stigmatisering, wat een aanzienlijke psychosociale last voor patiënten betekent. Maar wat zijn nu precies de factoren die bijdragen aan deze ervaren stigmatisering? In een grootschalig onderzoek onder 5487 huidpatiënten uit 17 Europese landen werden zowel de mate van stigmatisering als de factoren die hiermee samenhangen in kaart gebracht. Dit artikel werpt licht op stigmatisering als een veelvoorkomend probleem en biedt waardevolle inzichten voor dermatologen om risicogroepen te herkennen en gericht te ondersteunen.

INLEIDING

Chronische huidaandoeningen zoals psoriasis en eczeem hebben een aanzienlijke impact op het psychosociaal welbevinden. Patiënten rapporteren naast de ziektesymptomen vaak klachten zoals somberheid, schaamte, verminderd zelfbeeld, sociale angst en isolement. [1,2] De literatuur laat zien dat een aanzienlijk deel van de mensen met huidaandoeningen psychosociale klachten ervaart die aanleiding geven tot ondersteuning van bijvoorbeeld een psycholoog, psychiater of POH-GGZ. Desondanks wordt de psychosociale belasting in de klinische praktijk nog regelmatig onderschat en onvoldoende herkend door dermatologen. [3]

Een belangrijk aspect van deze belasting is stigmatisering, waarbij mensen negatief beoordeeld worden op basis van bepaalde kenmerken of eigenschappen. Mensen met huidaandoeningen geven regelmatig aan dat zij zich negatief beoordeeld voelen op basis van hun uiterlijk, wat hun psychosociaal welbevinden aantast. Onderzoek toont aan dat een groot aantal patiënten met huidaandoeningen stigmatisering ervaart, wat kan leiden tot gevoelens van schaamte, sociale angst en stemmingsproblematiek. [4-6]

Ondanks de prevalentie en impact van stigmatisering, is er weinig onderzoek gedaan naar de mogelijke oorzaken en interventies om stigmatisering en de bijbehorende psychosociale belasting te verminderen. Bovendien richt een aanzienlijk deel van het bestaande onderzoek zich op psoriasis, terwijl onderzoek in een bredere groep patiënten nodig is om inzicht te krijgen in hoe stigmatisering zowel op algemene als

ziektespecifieke wijze mensen met huidaandoeningen beïnvloedt. [4-6]

Deze studie heeft daarom tot doel om de mate van ervaren stigmatisering in een grote steekproef van poliklinisch behandelde huidpatiënten in 17 Europese landen in kaart te brengen en te vergelijken met een controlegroep van mensen zonder huidaandoening. Daarnaast werpt de studie licht op sociodemografische, ziektegerelateerde, gezondheidsgerelateerde en psychologische factoren die mogelijk samenhangen met de mate van ervaren stigmatisering. Dit biedt waardevolle inzichten in de impact van stigmatisering en helpt risicofactoren te identificeren, waarmee kwetsbare patiëntengroepen beter in kaart kunnen worden gebracht om vervolgens gerichte, evidence-based interventies in de zorg toe te kunnen passen.

METHODE

Studiedesign, participanten en procedure

In deze observationele, cross-sectionele multicenterstudie [6] werd een opeenvolgende steekproef van poliklinische huidpatiënten geworven uit 22 poliklinieken van secundaire of tertiaire dermatologische centra in 17 Europese landen, waaronder Nederland. Deelnemers voor de controlegroep werden geworven via advertenties in de betrokken ziekenhuizen; zij werden uitgesloten als zij onder dermatologische behandeling stonden. De wervingsperiode liep van september 2017 tot december 2019, totdat per centrum 250 patiënten en 125 controles waren bereikt. De inclusiecriteria waren een leeftijd van minimaal 18 jaar en het vermogen om de lokale taal te lezen en te schrijven.

¹ Universitair Docent; Instituut Psychologie, sectie Gezondheids-, Medische en Neuropsychologie, Universiteit Leiden, Leiden

² Universitair Hoofddocent, Instituut Psychologie, sectie Gezondheids-, Medische en Neuropsychologie, Universiteit Leiden, Leiden.

³ Klinisch Psycholoog; RadboudUMC, afdeling Medische Psychologie, Nijmegen.

⁴ Psychiater; Amsterdam UMC, afdeling Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

⁵ Professor; Instituut Psychologie, sectie Gezondheids-, Medische en Neuropsychologie, Universiteit Leiden, Leiden.

Uitkomstmaten

Ervaren stigmatisering

Ervaren stigmatisering werd gemeten met de Perceived Stigmatisation Questionnaire (PSQ); een zelfrapportage vragenlijst van 21 items die gebruikt kan worden bij zowel huid-aandoeningen als in de algemene bevolking. De vragenlijst bevat drie subschalen (afwezigheid van vriendelijk gedrag, vijandig gedrag en verward/starend gedrag). De vragen worden beoordeeld op een 5-punts Likert-schaal, waarbij hogere scores wijzen op een hoger niveau van ervaren stigmatisering.

Potentiële voorspellers

Sociodemografische en algemene gezondheidsfactoren

Deze variabelen werden verzameld via zelfrapportagevragenlijsten waarin deelnemers informatie gaven over hun leeftijd, gender, opleidingsniveau, BMI en burgerlijke staat. De algemene gezondheidstoestand werd gemeten met de visueel-analoge schaal (VAS) van de EuroQol 5-D (EQ5D). De aanwezigheid van fysieke comorbiditeiten werd bij patiënten vastgesteld door een dermatoloog (zie onder) alsook door de deelnemers zelf gerapporteerd. Bij de deelnemers uit de controlegroep werden fysieke comorbiditeiten door zelfrapportage gemeten.

Ziektegerelateerde factoren

Alle patiënten ondergingen een klinisch onderzoek en kregen een dermatologische diagnose volgens de ICD-10-classificatie. De ernst van de aandoening werd zowel door een dermatoloog (klinische beoordeling) als door de patiënten zelf (zelfrapportage) ingeschat als 'mild', 'matig' of 'ernstig'. Jeuk werd beoordeeld met de vraag: 'Ervaart u momenteel jeuk?' (ja/nee). De zichtbaarheid van de huidaandoening werd bepaald via zelfrapportage, waarbij patiënten aangaven welke delen van het lichaam op dat moment aangedaan waren.

Psychologische factoren: stemming

De aanwezigheid van depressie en angst werd gescreend met behulp van de Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) en de Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2) Assessment, waarbij een afkappunt van ≥ 3 werd gehanteerd voor gescreende depressie of angst, beoordeeld over een tijdsperiode van 2 weken. Waargenomen stress werd geëvalueerd met de 10-item Perceived Stress Scale (PSS), waarin gevraagd werd naar gevoelens en gedachten van de afgelopen maand. De aanwezigheid van suïcidale gedachten werd beoordeeld met de vraag: 'Heeft u ooit suïcidale gedachten gehad?'

Psychologische factoren: uiterlijk

De 7-item Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) werd gebruikt om symptomen van een stoornis in de lichaamsbeleving in kaart te brengen. Tevredenheid met uiterlijk werd beoordeeld op een 5-punts schaal met de vraag: 'Hoe tevreden bent u over het algemeen met uw uiterlijk?'

RESULTATEN

Steekproef kenmerken

In totaal werden 5487 patiënten met een breed scala aan huid-aandoeningen geïnccludeerd, en 2808 mensen zonder huidaandoening als controles. De meest voorkomende huidaandoenin-

gen in de steekproef waren psoriasis (25,6%), niet-melanocytair huidkanker (8,9%), atopisch eczeem (6,4%), andere vormen van eczeem (4,7%) en huidinfecties (4,5%). Andere huidaandoeningen die in $>3\%$ van de patiënten voorkwamen waren acné (4,4%), naevi (4,4%), benigne tumoren (4,2%), bindweefselaandoeningen (4,0%) en urticaria (3,2%). In vergelijking met de controlegroep, waren de patiënten significant vaker man, ongehuwd, ouder, lager opgeleid, gaven ze aan meer somatische comorbide aandoeningen te hebben en hadden ze een hoger BMI.

Ervaren stigmatisering bij patiënten vergeleken met gezonde controles

Patiënten met huidaandoeningen rapporteerden significant hogere stigmatiseringsscores dan de gezonde controles op de totaalscore van de PSQ en op de subschalen afwezigheid van vriendelijk gedrag en verward/starend gedrag, terwijl geen verschillen tussen de groepen werden gevonden op de subschaal vijandig gedrag.

In analyses waarbij specifieke dermatologische aandoeningen werden vergeleken met gezonde controles, toonden de resultaten aan dat patiënten met psoriasis, acné, atopisch eczeem en andere vormen van eczeem, blaarziekten, hidradenitis suppurativa, prurigo, pruritus, alopecia areata en andere vormen van alopecia, veneuze insufficiëntie, vitiligo, hyperhidrosis en psychodermatologische aandoeningen (zoals trichotillomanie) significant hogere niveaus van ervaren stigmatisering ervoeren dan de mensen uit de controlegroep, terwijl mensen met niet-melanocytair huidkanker lager scoorden dan de controlegroep. In analyses waarin rekening werd gehouden met mogelijke storende variabelen (zoals sociodemografische gegevens, gezondheidsstatus en psychologische symptomen) [6] bleken met name patiënten met psoriasis, atopisch eczeem, alopecia areata, andere vormen van alopecia en blaarziekten verhoogd te scoren op ervaren stigmatisering.

Voorspellers van ervaren stigmatisering

Een hogere mate van ervaren stigmatisering hing samen met sociodemografische factoren (lagere leeftijd, mannelijk gender, ongehuwd zijn), ziektegerelateerde factoren (grotere ziekte-ernst, aanwezigheid van jeuk, langere ziekteduur), algemene gezondheidskenmerken (hogere BMI, lagere zelfgerapporteerde algemene gezondheid) en psychologische variabelen (meer ervaren stress, aanwezigheid van suïcidale gedachten, een hogere mate van symptomen van een stoornis in de lichaamsbeleving en een lagere tevredenheid over het uiterlijk). De sterkste relaties werden gevonden met psychologische factoren zoals ervaren stress en symptomen van een stoornis in de lichaamsbeleving.

DISCUSSIE

Deze studie onderzocht in welke mate mensen met huidaandoeningen zich gestigmatiseerd voelen en welke factoren hiermee samenhangen, door een grote groep poliklinisch behandelde huidpatiënten uit 17 Europese landen middels vragenlijsten te vragen naar hun ervaringen. [6] Het onderzoek bevestigde dat mensen met huidaandoeningen zich vaker gestigmatiseerd voelen dan mensen zonder huidaandoening.

De factoren die samenhangen met de mate van stigmatisering gaven inzicht in mogelijke risicogroepen en de psychologische impact van stigmatisering.

Op sociodemografisch niveau zagen we dat patiënten met een lagere leeftijd, mannen en alleenstaanden meer stigmatisering ervoeren, wat aanleiding kan geven om bij deze doelgroepen extra alert te zijn op ervaren stigmatisering en psychologische problematiek in de klinische praktijk. Ook ziektegerelateerde factoren speelden een rol: een grotere zelf beoordeelde ziekte-ernst, de aanwezigheid van jeuk, en een langere ziekteduur waren voorspellend voor een hogere mate van ervaren stigmatisering. Deze uitkomsten benadrukken het belang van tijdige en effectieve dermatologische behandeling.

Tevens lieten de resultaten zien dat algemene gezondheidsfactoren zoals een hoger BMI en een lagere gezondheidsstatus gerelateerd waren aan een hogere mate van stigmatisering. Dit kan wijzen op intersectioneel stigma, wat inhoudt dat mensen met meerdere kenmerken die als 'afwijkend' worden gezien, zoals een huidaandoening én overgewicht, mogelijk extra kwetsbaar zijn voor stigmatisering. In de dermatologische praktijk is het raadzaam om extra alert te zijn op psychologische belasting bij mensen die tot meerdere gestigmatiseerde groepen behoren.

Psychologische factoren zoals ervaren stress en symptomen van een stoornis in de lichaamsbeleving bleken de sterkste voorspellers van ervaren stigmatisering. Dit wijst mogelijk zowel op de psychologische impact van stigmatisering als op de invloed van deze factoren op het ervaren van stigmatisering. Stigmatisering kan bijvoorbeeld zorgen over het uiterlijk verergeren, terwijl overmatige zorgen hierover mensen tevens het gevoel kunnen geven dat anderen hen negatief beoordelen. Deze wisselwerking benadrukt hoe belangrijk het is om in de dermatologische praktijk niet alleen aandacht te besteden aan de huidaandoening zelf, maar ook aan de impact van de huidaandoening op het dagelijks leven, inclusief eventuele psychologische symptomen en ervaren stress. Het screenen van patiënten op psychologische klachten is dus essentieel, aangezien stigmatisering kan leiden tot aanzienlijke psychologische belasting, verhoogde zorgen over het uiterlijk en zelfs suïcidale gedachten.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Toekomstige prospectieve studies moeten meer inzicht geven in het verloop van ervaren stigmatisering en de impact over de tijd, om oorzaak-gevolg relaties en langetermijneffecten beter te begrijpen. De komende jaren zal binnen het landelijke consortium Next Generation ImmunoDermatology (NGID; zie ook het NTvDV artikel dat hierover verscheen in juni 2024) prospectief onderzoek uitgevoerd worden naar hoe stigmatisering en andere psychologische factoren de behandelresultaten beïnvloeden bij huidpatiënten met zes verschillende aandoeningen. Dit onderzoek kan bijdragen aan het vroegtijdig herkennen van mogelijke voorspellers voor ziekteuitkomsten, zodat behandelingen waar nodig beter kunnen worden afgestemd op de individuele behoeften van patiënten.

Gezien de prevalentie en impact van stigmatisering en het gebrek aan evidence-based interventies is er tevens behoefte aan meer onderzoek naar de ontwikkeling, effectiviteit en implementatie van interventies die stigmatisering en de mentale impact ervan kunnen verminderen en de kwaliteit van leven van patiënten kunnen verbeteren. [4-6]

Hoewel in de studie een breed scala aan relevante factoren is onderzocht, werden enkele aspecten die mogelijk een invloed hebben op ervaren stigmatisering (zoals type behandeling, socioculturele factoren, religie en huidskleur) niet meegenomen en was de vergelijkingsmogelijkheid tussen verschillende dermatologische aandoeningen en landen beperkt door relatief kleine steekproeven per aandoening voor individuele landen. Het is belangrijk om in toekomstig onderzoek de rol van deze aspecten beter in kaart te brengen.

Tenslotte is verder onderzoek naar de effecten van intersectioneel stigma essentieel, aangezien er nog onvoldoende inzicht is in het welzijn van mensen die tot meerdere gestigmatiseerde groepen behoren, zoals mensen met zowel een huidaandoening als overgewicht.

Aanbevelingen voor klinische praktijk

Het bieden van optimale zorg aan patiënten met huidaandoeningen gaat verder dan alleen het behandelen van de dermatologische symptomen. Het is essentieel om ook aandacht te besteden aan de psychologische impact van de aandoening, gezien de substantiële belasting die stigmatisering met zich meebrengt. Het is dan ook van belang dat zorgverleners proactief de psychosociale gevolgen van het hebben van een huidaandoening bespreken tijdens consulten en actief naar deze aspecten vragen. [7] Extra aandacht is nodig voor patiënten die mogelijk in grotere mate stigmatisering ervaren, zoals jonge volwassenen, alleenstaanden, mannen, mensen met overgewicht, en patiënten die langdurig met een huidaandoening kampen of jeuk ervaren. Bij tekenen van psychologische problematiek kan laagdrempelig gescreend worden met gevalideerde vragenlijsten zoals de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [8] of de Patient Health Questionnaire (PHQ) [9] voor angst en depressie, en de IHDL (Impact van Huidaandoeningen op het Dagelijks Leven) [10] voor ervaren stigmatisering. Wanneer er sprake is van comorbide psychologische problematiek, kan doorverwezen worden naar een (medisch) psycholoog. Multidisciplinaire samenwerking is hierbij van cruciaal belang, omdat de combinatie van medische expertise met psychologische ondersteuning kan bijdragen aan een zorgaanpak die zowel de lichamelijke als de mentale aspecten van het welzijn van de patiënt meeneemt. In Nederland bieden diverse academische centra mogelijkheden voor dergelijke zorg, en via de website van de Nederlandse Vereniging voor Psychodermatologie (www.nvpd.nl) is een overzicht te vinden van zorgverleners die gespecialiseerd zijn in psychosociale hulp voor mensen met huidaandoeningen.

CONCLUSIE EN RELEVANTIE

Deze grootschalige Europese multicenter studie laat zien dat ervaren stigmatisering voorkomt bij een breed scala aan

patiënten met huidaandoeningen, en met name bij patiënten met psoriasis, atopisch eczeem, alopecia areata, andere vormen van alopecia en blaarziekten. Ervaren stigmatisering was gerelateerd aan diverse sociodemografische, gezondheidsgerelateerde, ziektegerelateerde en psychologische factoren, die de impact van stigmatisering benadrukken en inzicht geven in risicofactoren. Deze bevindingen ondersteunen zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers bij het identificeren van kwetsbare patiëntgroepen en het bieden van passende zorg. Ze bieden tevens handvatten voor de ontwikkeling van evidence-based interventies en het bepalen van doelgroepen voor deze interventies, met als uiteindelijke doel het verbeteren van de kwaliteit van leven van deze patiënten.

LEERPUNTEN

- In een studie met 5487 patiënten uit 17 Europese landen bleek dat mensen met huidaandoeningen (vooral psoriasis, atopisch eczeem, alopecia areata, andere vormen van alopecia en blaarziekten) meer stigmatisering ervaren dan gezonde controles.
- Extra aandacht is nodig voor groepen die in grotere mate stigmatisering ervaren zoals jonge volwassenen, alleenstaanden, mannen, mensen met overgewicht en patiënten met langdurige huidaandoeningen of jeuk.
- Psychologische factoren zoals ervaren stress, ontevredenheid met het uiterlijk, symptomen van een stoornis in de lichaamsbeleving en suïcidale gedachten waren het sterkst verbonden met stigmatisering. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of deze psychologische factoren een gevolg zijn van ervaren stigmatisering, of dat stigmatisering en psychologische symptomen elkaar wederzijds beïnvloeden.
- Deze inzichten helpen om risicogroepen tijdig te herkennen en gerichte psychologische interventies te kunnen ontwikkelen.

Deze publicatie is een bewerking van: Van Beugen S, Schut C, Kupfer J, Bewley AP, et al. Perceived stigmatization among dermatological outpatients compared with controls: An observational multicentre study in 17 European countries. *Acta Dermato-Venereologica*. 2023;103:6485.

Met dit artikel won Sylvia van Beugen de Herman Musaph Stichting Literatuurprijs 2024 die tweejaarlijks wordt toegekend door de Nederlandse Vereniging voor Psychodermatologie (NVPD).

LITERATUUR

1. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*. 2015;135(4): 984-991.
2. von Stülpnagel CC, Augustin M, Düpmann L, Da Silva N, Sommer R. Mapping risk factors for cumulative life course impairment in patients with chronic skin diseases—a systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2021;35(11): 2166-2184.
3. Dalgard F, Svensson Å, Gieler U, Aragonés LT, et al. Dermatologists across Europe underestimate depression and anxiety: results from 3635 dermatological consultations. *British Journal of Dermatology*. 2018(179):464-470.
4. Topp J, Andrees V, Weinberger NA, Schäfer I, et al. Strategies to reduce stigma related to visible chronic skin diseases: a systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2019;33(11):2029-2038.
5. Germain N, Augustin M, François C, Legau K, et al. Stigma in visible skin diseases—a literature review and development of a conceptual model. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2021;35(7):1493-1504.
6. Van Beugen S, Schut C, Kupfer J, Bewley AP, et al. Perceived stigmatization among dermatological outpatients compared with controls: An observational multicentre study in 17 European countries. *Acta Dermato-Venereologica*. 2023;103:6485.
7. Blackstone B, Patel RA, Bewley A. Assessing and improving psychological well-being in psoriasis: considerations for the clinician. *Psoriasis: Targets and Therapy*. 2022;12:25-33.
8. Spinhoven PH, Ormel J, Sloekers PPA, Kempen GJIM, et al. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*. 1997; 27(2):363-370.
9. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Loewe B. The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 2010;32:345-359.
10. Evers AWM, Duller P, Van De Kerkhof PCM, Van der Valk PGM, et al. The impact of chronic skin disease on daily life (ISDL): a generic and dermatology-specific health instrument. *British Journal of Dermatology* 2008;158(1):101-108.

CORRESPONDENTIEADRES

Sylvia van Beugen

E-mail: S.van.beugen@fsw.leidenuniv.nl



Acute vulvaire ulcera

M. Masselink¹, L. Meijerink-van 't Oost²

Acuut ontstane vulvaire ulcera kunnen grote ongerustheid met zich meebrengen. Het geeft vaak een heftig klinisch beeld. Regelmatig worden genitale ulcera geassocieerd met seksueel overdraagbare aandoeningen of systeemziekten. Het is echter ook van belang om andere oorzaken te overwegen zoals een Lipschütz-ulcus, een zeldzame aandoening die optreedt ten gevolge van een hypersensitiviteitsreactie op een niet-genitale infectie. In deze casus wordt het ziektebeeld bij een gezonde jonge vrouw besproken. Wanneer een patiënt zich presenteert met acute vulvaire ulcera, is het van cruciaal belang een gestructureerde benadering te hanteren om de meest waarschijnlijke oorzaken te identificeren of uit te sluiten.

CASUS

Een gezonde 30-jarige vrouw presenteert zich met progressieve, hevige pijnklachten in het genitale gebied. Vijf dagen geleden ontwikkelden zich acute genitale ulceraties. De voorgeschiedenis van patiënte was blanco en zij gebruikte geen medicatie. De huisarts had valaciclovir 2dd 500mg gestart met als werkdiagnose herpes genitalis. Een week voorafgaand aan de ulceraties had patiënte klachten van een bovenste luchtweginfectie. Ze heeft al jaren een vaste partner met wie zij seksueel contact heeft, zonder wisselende contacten. De partner van patiënte heeft geen klachten. In de familie kwamen geen auto-immuunziekten voor.

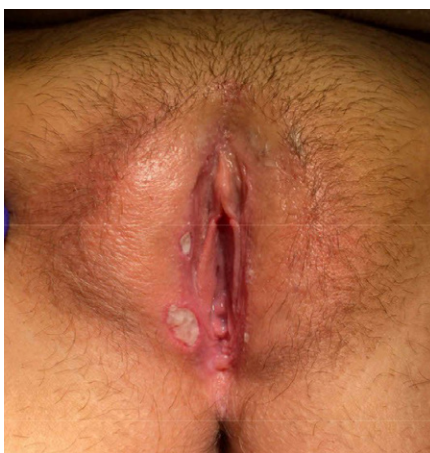
Bij het lichamelijk onderzoek zagen wij zwelling en erytheem van het rechter labium majus en minus met een vijftal scherp begrensde uitgeponste ulcera met gelig beslag (afbeelding 1). Het gebied was zeer pijnlijk bij palpatie. Extra-genitaal waren er geen slijmvliezen of huid aangetast.

In de differentiaaldiagnose stonden de volgende aandoenin-

gen: herpes simplex genitalis, Lipschütz-ulcus, lichen planus, pyoderma gangrenosum, ziekte van Behçet en de ziekte van Crohn. Uitgebreide aanvullende diagnostiek was negatief (oriënterend bloedonderzoek, lues serologie en herpes simplex virus PCR), met uitzondering van een verhoogd CRP en leukocytose. De verdenking op een systeemziekte was laag. Het klinisch beeld en de uitslagen van het aanvullend onderzoek passen bij de uitsluitingsdiagnose Lipschutz-ulcus. Ter ondersteuning van deze werkdiagnose werd patiënte aanvullend getest op EBV- en CMV serologie; beide testen bleken negatief. Deze ulcera ontstaan vaak reactief op een niet-genitale infectie, in dit geval waarschijnlijk de bovengenoemde luchtweginfectie die een week voor het ontstaan van de klachten was opgetreden. [1] De pathogenese van een Lipschütz-ulcus is onduidelijk, maar er wordt gedacht aan een hypersensitiviteitsreactie secundair aan een infectie, met ophoping van immuuncomplexen in de dermale bloedvaten, wat microtrombose veroorzaakt. [2]



Afbeelding 1. Genitaal oppervlakkige uitgeponste ulcera met geel beslag, zwelling en erytheem, tijdens eerste presentatie.



Afbeelding 2. Genitaal duidelijk minder erytheem en zwelling, zes dagen na eerste presentatie.



Afbeelding 3. Genitaal genezen ulcera, 20 dagen na eerste presentatie.

¹ Anios Dermatologie OLVG, Amsterdam en arts-onderzoeker NVDV

² Dermatoloog OLVG, Amsterdam

Als behandeling werd een prednisolonstootkuur gestart: 1dd 30mg gedurende vijf dagen, naast pijnstilling met paracetamol 4dd 1000mg en lidocaïne gel. De valaciclovir werd gestaakt. Enkele dagen na de start van de prednisolon waren er geen nieuwe ulcera ontstaan (afbeelding 2), was de koorts verdwenen en was de pijn duidelijk verminderd. Na drie weken waren de ulcera volledig genezen (afbeelding 3).

BESPREKING

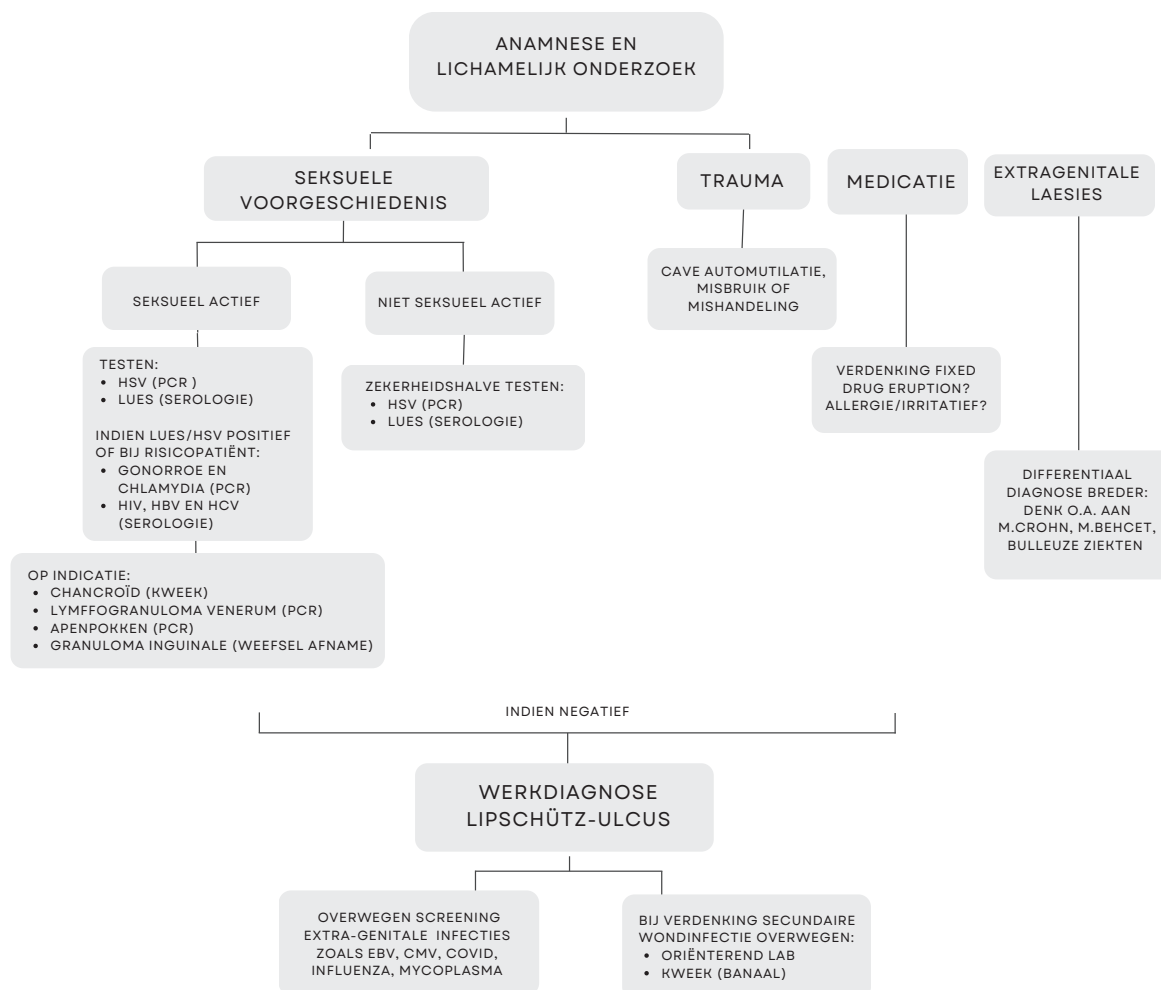
Diagnostiek acute vulvaire ulcera

Diagnostiek bij acute vulvaire ulcera is cruciaal om de verschillende mogelijke oorzaken van de aandoening te onderscheiden. Vraag in de anamnese altijd naar duur en het beloop van de ulcera, de aanwezigheid van pijn, systeemziekten, eerdere episodes van ulcera en andere symptomen zoals koorts, lymfadenopathie. In de anamnese dient de seksuele voorgeschiedenis uitgebreid te worden uitgevraagd. Vraag ook naar het gebruik van nieuwe medicatie die mogelijk een fixed drug eruption of lokale irritatie kan veroorzaken.

Bij lichamelijk onderzoek is het essentieel te controleren op extra-genitale laesies, aangezien deze kunnen wijzen op een systeemziekte. In zeldzame gevallen kan een systeemziekte alleen genitale laesies veroorzaken, waardoor het ontbreken

van extra-genitale laesies een systeemziekte niet volledig uitsluit. Daarnaast is het belangrijk om te vragen naar en te letten op mogelijke traumatische oorzaken (cave misbruik of mishandeling). Bij acuut ontstane ulceraties bij jonge, gezonde patiënten is de verdenking op een tumorale proces laag, maar alertheid blijft altijd geboden.

Als de patiënt seksueel actief is, is het aanbevolen om te testen op herpes simplex virus en lues. Het is raadzaam om bij een positieve test op lues en/of HSV een volledige soascreening te verrichten, de patiënt kan mogelijk met meerdere soa's tegelijk besmet zijn. Voor hoogrisicopatiënten, zoals sexwerkers, wordt een volledige soascreening sterk aangeraden. Test de patiënt in deze gevallen naast HSV en lues ook op: gonorrroe, chlamydia, HIV, hepatitis B virus (HBV) en hepatitis C virus (HCV). Denk ook aan minder voorkomende soa's zoals chancroïd wanneer er aanwijzingen voor zijn, zoals afkomst van patiënt (of partner) uit een endemisch gebied. [1,3] Wanneer een patiënt aangeeft niet seksueel actief te zijn (of te zijn geweest), is het toch verstandig om in overleg met de patiënt te testen op HSV en lues, aangezien deze soa's genitale ulcera kunnen veroorzaken en dus niet gemist mogen worden. De patiënt kan om verschillende redenen mogelijk informatie over seksueel contact achterhouden tijdens de anamnese. [3]



Figuur 1. Schematisch overzicht diagnostiek acute vulvaire ulcera. HSV: herpes simplex virus, HBV: hepatitis B virus, HCV: hepatitis C virus

Zoals in onze casus beschreven, kan het voorkomen dat bij acuut ontstane vulvaire ulcera na uitgebreide anamnese en klinisch onderzoek geen duidelijke oorzaak (systeemziekten, trauma, medicatie of seksueel overdraagbare aandoeningen) gevonden wordt. In dat geval is de meest waarschijnlijke diagnose Lipschütz-ulcus, wat een uitsluitingsdiagnose is. Omdat deze ulcera vaak reactief zijn op een niet-genitale infectie, kan overwogen worden te screenen op niet-genitale infecties zoals Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, covid, influenza en mycoplasma. Hoewel dit geen vereiste is voor de diagnose Lipschütz-ulcus, kan het de diagnose wel ondersteunen. Specifiek kan Lipschütz-ulcus symmetrische laesies vertonen, ook wel 'kissing ulcera' genoemd, maar dat is niet altijd het geval. [7] In figuur 1 is de diagnostiek bij vulvaire ulcera schematisch weergegeven. [3,4]

BEHANDELING VAN LIPSCHÜTZ-ULCUS

Lipschütz-ulcus is een zelflimiterende aandoening die op elke leeftijd kan voorkomen, met een piek bij adolescente vrouwen. Er wordt gesuggereerd dat mannen ook een Lipschütz-ulcus kunnen krijgen in de vorm van juveniele gangrenuze vasculitis van het scrotum. [5] De prevalentie van de diagnose Lipschütz-ulcus is tot op heden nog onbekend. In de meeste gevallen genezen de laesies vanzelf binnen 3 weken. [1] De behandeling richt zich op symptoombestrijding met pijnbestrijding en lokale wondzorg. Wondzorg is cruciaal in het voorkomen van bijkomende infecties en adhesies met verlittekening te vermijden. [4] Bij de dagelijkse verzorging dienen de labia gespreid en met water gespoeld te worden. Antiseptica en zitbaden kunnen zo nodig aanvullend gebruikt worden bij de verzorging. Gezien de hevige pijn die vulvaire ulceraties kunnen veroorzaken, is adequate pijnstilling essentieel. De eerste stap is het gebruik van orale paracetamol en, indien nodig, aanvullend een NSAID. Lokaal kan lidocaïne gel verlichting van de pijn bieden. Bij hevige pijn en/of een uitgebreid klinisch beeld kunnen lokale corticosteroiden (klasse IV) of systemische corticosteroiden overwogen worden. Er is echter beperkt wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van corticosteroiden bij Lipschütz-ulcus. Er wordt in de literatuur gesuggereerd dat bij een secundaire infectie, systemische corticosteroiden het herstel juist kunnen vertragen. [1,3] In de besproken casus was er geen vermoeden van een secundaire infectie en is er in overleg met patiënte vanwege hevige pijnklachten gekozen voor een stootkuur prednisolon 30mg 1dd gedurende 5 dagen. Adequate pijnstilling is tevens noodzakelijk om mictie goed op gang te houden, aangezien mictie erg pijnlijk kan zijn bij genitale ulceraties. Bij persisterende problemen met mictie kan er blaasretentie optreden. In enkele gevallen wordt er bij

een Lipschütz-ulcus een urinekatheter geplaatst, wat zorgt voor een klinische opname. [4] Poliklinische behandeling en follow-up zijn, zoals in de besproken casus, vaak goed mogelijk. Het is aanbevolen om binnen de eerste weken van de ziekteperiode, in overleg met de patiënt, controles in te plannen, zodat het ziekteverloop en eventuele complicaties goed gemonitord kunnen worden. Het heftige klinische beeld van de aandoening kan zorgen voor veel ongerustheid bij patiënt en naasten. Het is vanzelfsprekend belangrijk om verwachten met de patiënt te bespreken en om gerust te stellen wat betreft het zelflimiterende beloop.

De recidiefkans van een Lipschütz-ulcus wordt in de literatuur geschat ongeveer 30-50%. De recidieven doen zich meestal voor binnen enkele jaren na de eerste episode en lijken dan vaak weer gerelateerd aan een nieuwe infectie. [3,6]

LITERATUUR

1. Vismara SA, Lava SAG, Kottanattu L, Simonetti GD, et al.. Lipschütz's acute vulvar ulcer: a systematic review. *Eur J Pediatr*. 2020 Oct;179(10):1559-1567. doi: 10.1007/s00431-020-03647-y. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32296983.
2. Moise A, Nervo P, Doyen J, Kridelka F, Maquet J, Vandenbossche G. Ulcer of Lipschütz, a rare and unknown cause of genital ulceration. *Facts Views Vis Obgyn*. 2018 Mar;10(1):55-57. PMID: 30510669; PMCID: PMC6260674.
3. Boogaerts M, Joos H, Wuyts K. Acute genitale ulcera en Lipschütz-ulcus: differentiaaldiagnose en behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2023; 79: 824-833 (doi: 10.47671/TVG.79.23.030).
4. Hsu T, Sink JR, Alaniz VI, Zheng L, Mancini AJ. Acute genital ulceration after severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccination and infection. *J Pediatr*. 2022 Jul;246:271-273. doi: 10.1016/j.jpeds.2022.04.005. Epub 2022 Apr 9. PMID: 35413297; PMCID: PMC8994214.
5. Chen W, Plewig G. Lipschütz genital ulcer revisited: is juvenile gangrenous vasculitis of the scrotum the male counterpart? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Sep;33(9):1660-1666. doi: 10.1111/jdv.15598. Epub 2019 Apr 8. PMID: 30903712.
6. Lehman JS, Bruce AJ, Wetter DA, Ferguson SB, Rogers RS 3rd. Reactive nonsexually related acute genital ulcers: review of cases evaluated at Mayo Clinic. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Jul;63(1):44-51. doi: 10.1016/j.jaad.2009.08.038. Epub 2010 May 11. PMID: 20462661.
7. Lijten FAJ, Weppner-Parren LJMT. Acute vulvaire ulcus (Lipschütz ulcus). *Ned Tijdschr Dermat Venereol*. 2023(33):635-36.

CORRESPONDENTIEADRES

Marit Masselink

E-mail: m.masselink@nvdv.nl



Richtlijn Psoriasis 2024 (samenvatting)

T. A. Teunissen¹, T.M. Nlgisang², E. M. Baerveldt³

Psoriasis is een chronische inflammatoire huidziekte met een aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven. De aandoening kent een wisselend beloop en kan gepaard gaan met systemische comorbiditeiten zoals artritis psoriatica, metabool syndroom en cardiovasculaire aandoeningen. Behandeling is vaak complex en vereist een gepersonaliseerde aanpak.

In 2023-2024 heeft de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) de richtlijn Psoriasis modulair herzien. Deze herziening was noodzakelijk vanwege nieuwe wetenschappelijke inzichten en veranderende behandelstrategieën. De richtlijn bevat zowel herziene als nieuwe modules, die gezamenlijk een breed kader bieden voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met psoriasis in de tweede lijn. De nadruk op screening, biologics, dosisreductie en patiëntgerichte zorg sluit aan bij recente ontwikkelingen in de dermatologische praktijk. Door implementatie van deze richtlijn kunnen zorgverleners bijdragen aan een betere ziektecontrole, verhoogde therapietrouw en een verbeterde kwaliteit van leven voor psoriasispatiënten.

Bij onderstaande tekst is het van belang om de overwegingen in acht te nemen die staan beschreven in de volledige richtlijntekst van de richtlijn Psoriasis. De volledige tekst is beschikbaar via de Richtlijndatabase.

De nieuwe modules betreffen: screening, indifferente therapie, salicylzuur, biologics voor kinderen en adolescenten, biologics voor ouderen, voorlichting aan patiënten en dosisreductie van biologics. De herziene modules binnen de topicale therapieën betreffen: corticosteroïden, vitamine-D3 analogen en calcineurineremmers. Voor deze modules is nieuwe literatuur gezocht en zijn de overwegingen herschreven, terwijl de aanbevelingen ongewijzigd zijn gebleven.

SCREENING VAN PATIËNTEN MET PSORIASIS

Een van de belangrijkste nieuwe toevoegingen aan de richtlijn is de module over 'screening bij psoriasis'. Psoriasis is niet alleen een huidziekte, maar wordt steeds vaker erkend als een systemische aandoening (ook wel 'psoriatic disease' genoemd) met diverse comorbiditeiten. Daarom wordt aanbevolen om bij alle patiënten in de tweede lijn een gestructureerde screening uit te voeren, zowel bij het eerste consult als tijdens de follow-up. Deze screening omvat een uitgebreide anamnese en evaluatie van:

- De ziektegeschiedenis en behandelrespons.
- Comorbiditeiten zoals artritis psoriatica, cardiovasculair

risico en metabool syndroom.

- Psychosociale factoren, waaronder het risico op depressie en angststoornissen.
- Leefstijl en ziekteperceptie.

Voor de monitoring van ziekteactiviteit en behandelrespons wordt het gebruik aanbevolen van objectieve meetinstrumenten zoals de PASI, PGA, PtGA, DLQI en NRS Worst Itch. De richtlijn adviseert daarnaast om patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico door te verwijzen voor cardiovasculair risicomanagement.

TOPICALE THERAPIE: INDIFFERENTE MIDDELEN EN SALICYLZUUR

Topicale therapie blijft de hoeksteen van de behandeling bij milde tot matige psoriasis. De herziening van de richtlijn introduceert een aparte module over 'indifferente therapie', waarin het belang van huidverzorging als basisbehandeling wordt benadrukt. Regelmatig gebruik van indifferente middelen wordt aanbevolen, zowel in combinatie met andere therapieën als tijdens remissiefasen, om de huidbarrière te versterken en klachten zoals jeuk en schilfering te verminderen. De richtlijn adviseert het structureel toepassen van indifferente therapie, ook tijdens remissiefasen. Het is belangrijk om patiëntvoorkeuren mee te nemen in de keuze van het product (crème, zalf, olie). Adviseer om indifferente middelen direct na het douchen of baden aan te brengen voor een optimaal effect.

Een andere toevoeging is de module over 'salicylzuur', een keratolyticum inzetbaar bij hyperkeratotische psoriasis. Salicylzuur wordt niet aanbevolen als monotherapie, maar kan worden gebruikt voorafgaand aan een andere topicale behandeling, zoals corticosteroïden of vitamine D3-analogen. Vanwege het risico op systemische absorptie is voorzichtigheid geboden bij jonge kinderen (< 2 jaar) en patiënten met uitgebreide psoriasis.

Daarnaast zijn bij een deel van de modules over topicale therapie (corticosteroïden, vitamine D3-analogen en calcineurine-

¹ Arts-onderzoeker NVDV en UMC Utrecht

² Arts-onderzoeker NVDV en Erasmus MC, Rotterdam

³ Dermatoloog IJsselland Ziekenhuis en voorzitter richtlijnwerkgroep

remmers) de overwegingen herschreven op basis van nieuwe inzichten en praktijkervaringen. Corticosteroiden blijven de hoeksteen van topische therapie. De voorkeur gaat uit naar eenmaal daagse applicatie, omdat dit niet minder effectief is dan tweemaal daags. Combinatietherapie met calcipotriol, lichttherapie of systemische behandelingen is mogelijk, wat het gebruik van de hoeveelheid corticosteroiden aanmerkelijk kan beperken. Vitamine D3-analogen worden aanbevolen, vooral in combinatie met corticosteroiden vanwege de superieure effectiviteit. Calcineurineremmers (tacrolimus en pimecrolimus) worden met name geadviseerd voor specifieke locaties zoals het gezicht, lichaamsplekken en de genitale regio. Dit kan als aanvulling (bij intervaltherapie) of ter vervanging van corticosteroiden toegepast worden. Toepassing onder occlusie en combinatie met UV-therapie wordt afgeraden.

BIOLOGICS BIJ SPECIFIEKE PATIËNTGROEPEN

Met de opkomst van biologics is er steeds meer aandacht voor de effectiviteit en veiligheid van deze middelen in specifieke

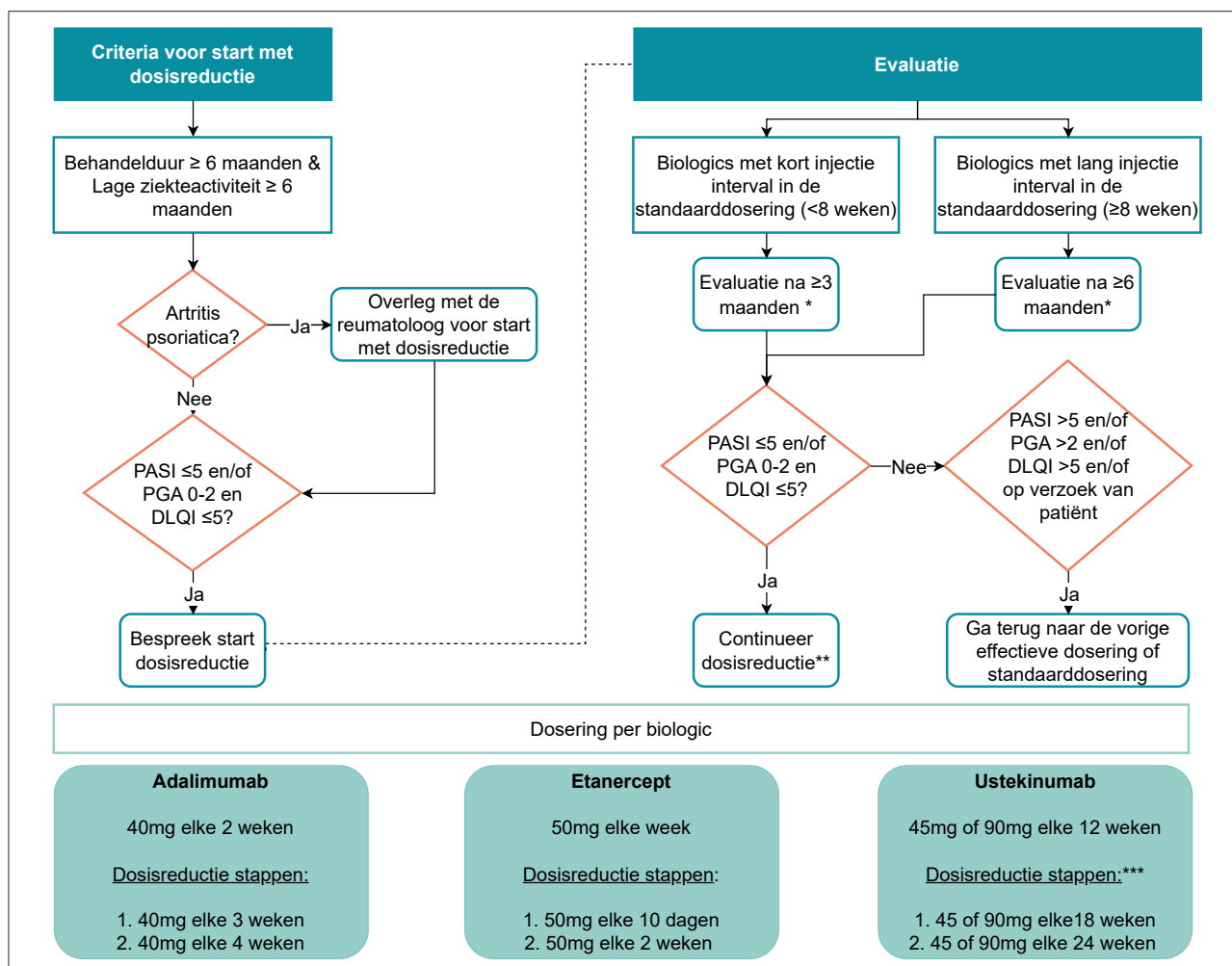
patiëntgroepen. De richtlijn bevat nu aparte modules over 'biologics voor kinderen en adolescenten', 'biologics voor ouderen' en 'dosisreductie van biologics'.

Biologics voor kinderen

Bij kinderen en adolescenten wordt aanbevolen om bij de keuze voor biologics rekening te houden met de leeftijd, ziektebelasting en eventuele comorbiditeiten. De effectiviteit en veiligheid van bepaalde middelen, zoals TNF- α remmers (vanaf 4 jaar), IL-17- en IL-23-remmers (vanaf 6 jaar), zijn onderzocht in deze groep en deze tonen een gunstig veiligheids- en werkzaamheidsprofiel. Bij specifieke patiënten zijn deze te overwegen. Langdurige follow-up is noodzakelijk om bijwerkingen en effectiviteit te monitoren.

Biologics voor ouderen

Bij ouderen ligt de nadruk op een zorgvuldige afweging van voordelen en risico's, gezien de frequentere aanwezigheid van (non)psoriasis gerelateerde comorbiditeiten en polyfarmacie



Figuur 1. Dosisreductie van biologics bij patiënten met psoriasis (gebaseerd op figuur 2 in van der Schoot et al, 2022)

Afkortingen: DR, dosisreductie; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; PGA, Physician Global Assessment; PsA, artritis psoriatica; DLQI, Dermatology Life Quality Index.

*DR kan worden gestaakt op elk moment in het geval van toename van psoriasis of op verzoek van de patiënt.

**Continueer DR: ga naar de volgende stap of ga door met de verlaagde dosering. Zie voor doseringen het onderste gedeelte van het algoritme.

***Bij dosisreductie van ustekinumab kan gekozen worden om extra stappen bij 15 en 21 weken in te voegen.

in deze populatie. Houd bij ouderen rekening met een verhoogde gevoeligheid voor infecties en maligniteiten. Een regelmatige evaluatie van de behandelrespons en bijwerkingen is noodzakelijk, vooral bij het gebruik van TNF- α -remmers. Gezien het gunstige veiligheidsprofiel, wordt tevens aanbevolen om bij ouderen IL-23-remmers te overwegen. Hoge leeftijd vormt geen contra-indicatie voor behandeling met een biologic. De effectiviteit en veiligheid van biologics lijken bij oudere patiënten ≥ 65 jaar vergelijkbaar met die bij jongere patiënten.

Dosisreductie van biologics

Daarnaast is er een nieuwe module over 'dosisreductie van biologics'. Deze module biedt handvatten voor het verantwoord verlagen van de dosering bij patiënten die langdurige ziektecontrole hebben bereikt, zonder verlies van effectiviteit. Dit kan bijdragen aan kostenreductie en minimalisatie van mogelijke bijwerkingen. Overweeg een stapsgewijze dosisreductie door middel van intervalverlenging van de biologics adalimumab, etanercept en ustekinumab bij patiënten met psoriasis vulgaris met een behandelduur van ≥ 6 maanden met dezelfde biologic en lage ziekteactiviteit gedurende ≥ 6 maanden. Er kan overwogen worden om in individuele gevallen een dosisreductie van de overige biologics (m.u.v. infliximab) toe te passen, in afwachting van meer wetenschappelijke literatuur.

Starten met dosisreductie

- Hanteer voor dosisreductie een stapsgewijze aanpak; gebruik hierbij figuur 1 als leidraad.
- Instrueer de patiënt om tussentijds contact op te nemen bij toename van psoriasis.

- Stop met dosisreductie in het geval van toename van ziekteactiviteit en/of op verzoek van de patiënt: ga terug naar de vorige effectieve dosering of de standaarddosering.

VOORLICHTING EN PATIËNTPARTICIPATIE

Een andere belangrijke toevoeging aan de richtlijn is de module over 'voorlichting aan patiënten'. Het betrekken van de patiënt bij de behandelkeuze en het verstrekken van begrijpelijke informatie over psoriasis en behandelopties zijn essentieel voor het verbeteren van therapietrouw en zelfmanagement.

Het concept van 'Samen Beslissen' wordt in de richtlijn benadrukt. Dit houdt in dat de patiënt en behandelaar gezamenlijk de meest geschikte behandelstrategie kiezen op basis van wetenschappelijke inzichten, patiëntvoorkeuren en de individuele ziektegeschiedenis. Voorlichtingsmaterialen, zoals patiëntenfolders en online informatie op Thuisarts.nl, worden aanbevolen als aanvullende bronnen. Breng de patiënt ook op de hoogte dat er een patiëntenvereniging is (Psoriasispatiënten Nederland) voor extra informatie, lotgenotencontact en belangenbehartiging.

CORRESPONDENTIEADRES

Bureau NVDV

E-mail: secretariaat@nvdv.nl



Krijgen we een dikkere huid als we ouder worden?

D. Draaisma

Op kerstavond 2021, even na tien, stond ik op het punt uit te loggen toen er nog net een mailtje binnenkwam. Een bericht van mijn uitgever: *Dichter en columnist Bernard Dewulf overleden.*

De tranen sprongen me in de ogen. Bernard en ik hadden elkaar maar een keer of vier, vijf ontmoet, op literaire avonden in Gent of bij een gezamenlijk interview op Amsterdam Centraal, maar ik was in die korte tijd erg op hem gesteld geraakt. Ik bewonderde zijn bundel *Kleine dagen*, stukjes over zijn toen nog jonge kinderen. Het waren teksten met sensitieve observaties, onsentimenteel – maar intussen. We volgden elkaars werk. Een paar weken eerder hadden we nog heen en weer gemailld over een essay dat hij schreef over de vraag of er zoiets bestaat als een ‘schrijversgeheugen’. Hij vond van wel, sterker nog: iederéén heeft een schrijversgeheugen, een orgaan dat geneigd is tot fantaseren en verfraaien.

En nu waren opeens de 61 jaren van zijn leven voorbij.

Zoals dat gaat: de schok van het bericht schudde van alles los in mijn geheugen. Toen me in het dubbelinterview een paar jaar eerder werd gevraagd iets over Bernard te zeggen, zei ik dat ik hoopte dat zijn omgeving een beetje voorzichtig met hem zou zijn. Die haast seismische gevoeligheid van hem gaf kwaliteit aan zijn proza en gedichten maar had ook een prijs. Hij maakte op mij de indruk met een vliedunne huid door het leven te moeten gaan.

Een tijdje later, nog steeds aangeslagen en verdoofd voor het scherm, verbaasde ik me over mijn eigen reactie. Het was lang geleden dat ik om een doodsbericht had gehuild, zelfs als dat mensen betrof die een intiemere plek in mijn leven hadden ingenomen. Ik zag dat als een van die tientallen tekens en signaaltjes waaraan je merkt dat je ouder begint te worden. Een bericht over ziekte, verlies of dood dat mij op mijn twintigste of dertigste heel hard zou hebben geraakt, verwerkte ik nu – als zeventiger – zonder al te intens verdriet. Het lijkt of je met elk jaar dat je ouder wordt een steeds iets dikkere huid krijgt. Ironisch dat uitgerekend het verlies van een man met zo’n dunne huid dit verdedigingsmechanisme, want dat moet het haast wel zijn, doorbrak.

Dat idee van een dikkere huid hielp mij om een op het eerste gezicht nogal tegenintuïtieve bevinding van de afgelopen



Douwe Draaisma (links) en Bernard Dewulf op Amsterdam CS.
(fotografie: Fred Debrock)

december overleden ‘geluksprofessor’ Ruut Veenhoven te begrijpen. Zijn grafieken lieten zien dat de levenstevredenheid rond het dertigste een daling vertoont en weer flink begint te stijgen rond het zestigste. Die stijging zet zich voort onder hoogbejaarden. Pas helemaal aan het eind neemt de levenstevredenheid af. Maar in de ouderdom ziet de gemiddelde mens zich als gelukkiger dan iemand die een jaar of achttien is.

In de ervaring van Veenhoven vinden veel mensen het moeilijk om deze uitkomst te geloven en dat is begrijpelijk. Want

Hoogleraar Geschiedenis van de psychologie, Rijksuniversiteit Groningen



Douwe Draaisma: "Jongeren huilen om een sterfgeval, ouderen ook om een geboorte." (fotografie: Reyer Boxem)

de ouderdom is toch de fase in je leven waarin je vrienden en familie begint te verliezen? Waarin je soms naar twee uitvaarten in één week moet? Waarin kwalen en ziektes je komen belagen? Waarin zich kleine en grote rampen kunnen voordoen, die inderdaad, daar had Shakespeare gelijk aan, 'zelden eenzaam komen, als verspieters'? Hoe kun je in je ouderdom dan tevredener zijn met je leven dan rond je achttiende?

Die dikkere huid leek mij een deel van de verklaring. Een overlijden, verlies, gebreken, rampen – ze hebben niet meer het verwondende vermogen dat ze dertig, veertig jaar eerder zouden hebben gehad. Het lijkt wel of je lijf – of je geest? – je er intussen op heeft toegerust om die ellende beter te verdragen. Het komt nog wel binnen, maar niet meer zo hard, zo genadeloos. De schade blijft beperkt omdat er ook een deel lijkt af te ketsen.

Wat we wél vaker doen bij het ouder worden: huilen. De tranen komen erg los te zitten, soms tot je eigen gêne, ook bij situaties die vroeger nog niet eens tot een brok in de keel zou-

den hebben geleid. Wijst dit niet juist op een *dunnere* huid in de ouderdom? Nee. Hierover heeft de mij dierbare collega-psycholoog Ad Vingerhoets een paar wijze dingen gezegd. Uit onderzoek van hem en anderen blijkt dat bij het ouder worden de *aanleidingen* voor tranen veel talrijker zijn. Jongeren én ouderen huilen om een scheiding, ouderen ook om een hereniging. Jongeren om verlies, ouderen ook om een zege. Jongeren om ruzie en conflict, ouderen ook om het bijleggen. Jongeren om ziekte, ouderen ook om herstel. Jongeren om een sterfgeval, ouderen ook om een geboorte. Al die vochtige ogen, al dat volschieten, al dat moeilijke slikken, al dat heimelijke neussnuiten – dat komt omdat er gewoon meer *triggers* voor tranen zijn.

Oude mensen, ze zijn een wonderlijk iets. Ze kunnen beter dan ooit omgaan met verdriet en tegelijkertijd moeten ze veel vaker huilen. Ze hebben misschien eelt op hun ziel, maar in die oude lijven kloppen kleine hartjes.

Douwe Draaisma (1953) studeerde psychologie en filosofie in Groningen. Hij promoveerde op het proefschrift *De metaforenmachine – Een geschiedenis van het geheugen* (1995). Zijn werk getuigt van een fascinatie voor de raadselachtige selectiviteit van het geheugen: "Herinneringen geven je niet een verleden, ze geven een versie van je verleden". Enkele van zijn bekendste boeken zijn *Waarom het leven sneller gaat als je ouder wordt* (2001), *De heimweefabriek* (2008), *Vergeetboek* (2010), *De dromenwever* (2013) en *De man die zijn hoofd verloor* (2022). Zijn boeken leverden hem in de pers de eretitel 'geheugenprofessor' op. Vrijwel al zijn werk verscheen bij de Historische Uitgeverij in Groningen.

LITERATUUR

- Dewulf B. *Kleine dagen*. Amsterdam: Atlas 2011.
- Veenhoven R. *Happiness in elderly - World Database of Happiness, Bibliography of Happiness*. Erasmus Universiteit Rotterdam 2020.
- Vingerhoets A. *Why only humans weep. Unraveling the mystery of tears*. Oxford: Oxford University Press 2013.

CORRESPONDENTIEADRES

Douwe Draaisma

E-mail: d.draaisma@rug.nl



Cutane collageneuze vasculopathie: klinisch beeld en histopathologische bevestiging

R.A.H.C. Sliepen¹, W.R.H. Touwslager², R.W. Ten Broek³

Op de polikliniek Dermatologie presenteert zich een man met asymptomatische, symmetrische, confluerende, erythemateuze maculae opgebouwd uit teleangiëctasieën op onderarmen en onder- en bovenbenen. Histopathologisch onderzoek bevestigt de diagnose cutane collageneuze vasculopathie. Een zeldzame, idiopathische dermale microangiopathie.

CASUS

Een 57-jarige man werd door de longarts verwezen naar de polikliniek Dermatologie vanwege een persisterende huiduitslag op de armen en benen, die sinds minimaal twee jaar aanwezig was. De huidlaesies veroorzaakten geen klachten van jeuk, pijn of branderigheid. De patiënt had een medische voorgeschiedenis van onder andere sarcoïdose zonder actuele behandelindicatie. Hij gebruikte geen relevante medicatie. Bij lichamelijk onderzoek zagen we symmetrische niet-weg-

drukbare, confluerende, erythemateuze maculae, opgebouwd uit teleangiëctasieën, op de dorsale zijden van de onderarmen, de ventrale zijden van de onderbenen en de mediale zijden van de bovenbenen (afbeelding 1,2).

Differentiaal diagnostisch werd op basis van het klinisch beeld onder andere gedacht aan purpura pigmentosa progressiva al dan niet in het kader van sarcoïdose, essentiële teleangiëctasieën, actinisch reticuloid, poikilodermateuze mycosis



Afbeelding 1. Klinisch beeld op de dorsale zijde van de rechter onderarm.

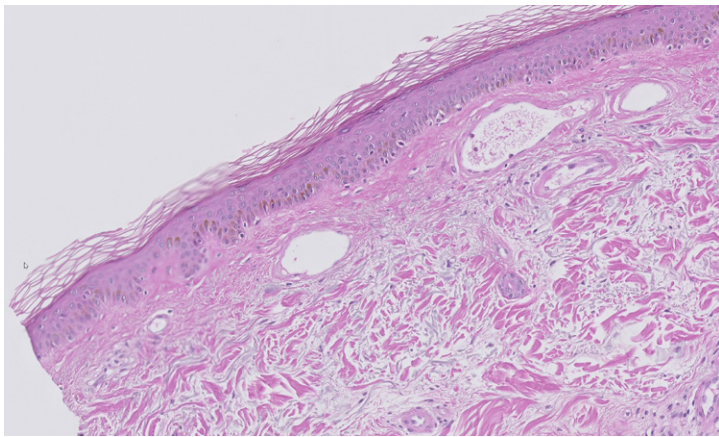


Afbeelding 2. Klinisch beeld op de mediale zijde van het linker onderbeen.

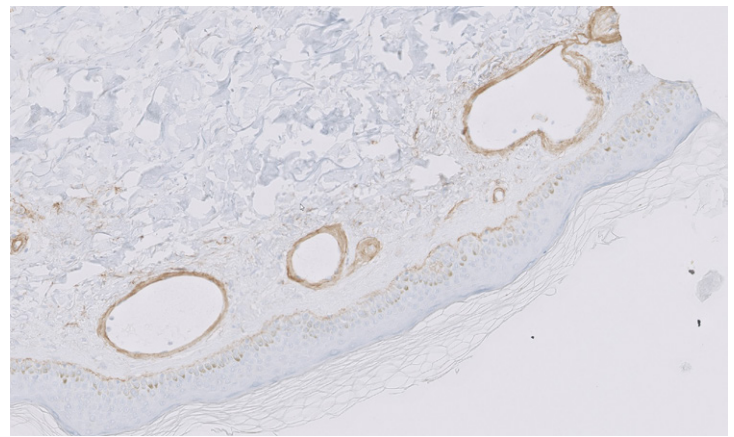
¹ Arts-assistent, afdeling Dermatologie, Catharina Ziekenhuis Eindhoven.

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Catharina Ziekenhuis Eindhoven.

³ Patholoog, Eurofins PAMM.



Afbeelding 3. Histopathologisch beeld: HE-kleuring met gedilateerde vaten in oppervlakkige dermis (200x vergroot).



Afbeelding 4. Histopathologisch beeld: collageen-IV kleuring met evidente expressie in verdikte vaatwanden (200x vergroot).

fungoides, vasculitis, telangiectasia macularis eruptiva perstans (TMPE) en cutane collageneuze vasculopathie. Deze aandoeningen werden overwogen vanwege de gedeelde klinische kenmerken van vasculaire huidafwijkingen. Een huidbiopt werd afgenomen van de linker onderarm. Histopathologisch onderzoek toonde in de oppervlakkige dermis veel gedilateerde vaten met een duidelijke verdikte PAS (Periodic-Acid-Schiff)-positieve wand (afbeelding 3). Aanvullende collageen IV kleuring toonde evidente expressie in de verdikte vaatwanden (afbeelding 4).

Op basis van deze bevindingen werd de diagnose cutane collageneuze vasculopathie gesteld. Behandeling met Nd:YAG laser werd met de patiënt besproken. Patiënt zag echter af van behandeling.

BESPREKING

Cutane collageneuze vasculopathie (CCV) is een zeldzame, idiopathische microangiopathie die voor het eerst in 2000 werd beschreven. [1] Sindsdien zijn er in de literatuur meerdere case reports gepubliceerd. Het klinisch beeld presenteert zich als asymptomatische, symmetrische confluerende erythematuze maculae opgebouwd uit teleangiëctasieën, die meestal op de onderste extremiteiten beginnen en zich in de loop van de maanden tot jaren langzaam uitbreiden naar de romp en bovenste extremiteiten. [1-5] CCV komt voor bij een heterogene patiëntenpopulatie, maar wordt voornamelijk gezien bij patiënten van middelbare leeftijd, zonder duidelijke voorkeur voor geslacht. [2] Veel patiënten met CCV hebben comorbiditeiten, waaronder auto-immuunziekten en cardiovasculaire aandoeningen. In een studie met 34 CCV patiënten had in totaal 47,1% een cardiovasculaire aandoening, hiervan werd bij 8,8% diabetes mellitus type 2 vastgesteld. [6] Dit kan mogelijk worden verklaard door de associatie van DM met microangiopathie, wat bijdraagt aan chronische vaatwandbeschadiging. [3,4,7,8] Patiënten met CCV hebben geen specifieke afwijkingen bij laboratoriumonderzoek of beeldvorming. [4]

Naarmate de laesies zich verder uitbreiden, wordt CCV vaak niet herkend en is het klinisch lastig te onderscheiden van gegeneraliseerde essentiële teleangiëctasieën (GET). Derhalve

is er waarschijnlijk een onderrapportage van de aandoening. [2] Eventuele mucosale betrokkenheid bij GET is het enige klinische aspect ter onderscheiding van CCV. [3] Differentiaal diagnostisch kan ook worden gedacht aan hereditaire hemorhagische teleangiëctasieën (HHT) en hereditaire benigne teleangiëctasieën (HBT). CCV patiënten hebben geen mucosale betrokkenheid, stollingsafwijkingen of een positieve familie anamnese, zoals bij HHT. HBT is een autosomaal dominant overervende aandoening en wordt in tegenstelling tot CCV vaak gezien bij een leeftijd tussen de één jaar en adolescentie. [3] Een huidbiopt kan de diagnose CCV bevestigen. Bij histopathologisch onderzoek worden gedilateerde en verdikte vaten in de oppervlakkige dermis gezien, met hyaline materiaal in de wanden van de postcapillaire venulen, herkenbaar met PAS-kleuring en (meer specifiek) collageen IV positiviteit. De perivasculaire collageendepositie en vaatwandverdikking zijn de histopathologische kenmerken waarmee CCV zich onderscheidt van de andere differentiaal diagnoses. [2,3,7]

De etiologie van CCV is tot op heden onduidelijk, echter zijn in de loop van de tijd verschillende theorieën voorgesteld. Een theorie ziet CCV als een genetische aandoening waarbij mutaties in genen coderend voor collageen leiden tot abnormale collageenproductie en -afzetting, er is geen direct bewijs dat deze mutaties specifiek zijn voor collageen-IV. [3,9] Een andere theorie suggereert dat CCV ontstaat door chronische endotheelschade, gevolgd door non-inflammatoire reparatie. [2] Dit resulteert in collageendepositie en verdikking van het basale membraan. Hierbij kan het proces van re-endothelialisatie na endotheelschade uiteindelijk leiden tot fibrose en vaatwandverdikking. In recentere studies zijn er aanwijzingen voor intravasculaire occlusie door fibrine, wat mogelijk het gevolg is van trombotische microangiopathie, een proces dat wordt geassocieerd met chronische endotheelbeschadiging en fibrine rondom de bloedvaten. [2,3,4] CCV lijkt dus verband te houden met schade aan de dermale microvasculatuur en kan meerdere onderliggende mechanismen hebben. Hoewel CCV een asymptomatische aandoening is, kan het aanzienlijke cosmetische en psychologische impact hebben. Dit kan aanleiding geven om behandeling te overwegen. [10]

De behandelopties voor CCV zijn beperkt, maar behandeling met pulse dye laser (PDL) en Nd:YAG laser wordt als effectief gerapporteerd. Aangezien deze behandelingen zich uitsluitend richten op cosmetische verbetering, moet men de nadelen zorgvuldig afwegen, zoals het risico op huidirritatie of pigmentverschuivingen en de vaak hoge kosten van de interventie. Er is beperkte informatie beschikbaar over recidiefpercentages na behandeling. [4,6,10]

LEERPUNTEN

- CCV presenteert zich als asymptomatische, symmetrische teleangiëctatische maculae, vaak beginnend op de onderste extremiteiten.
- CCV is klinisch lastig te onderscheiden van andere teleangiëctatische aandoeningen, met onderdiagnostiek tot gevolg.
- Histopathologisch onderzoek toont gedilateerde vaten in de oppervlakkige dermis met evidente collageen IV kleuring in de vaatwand.

TREFWOORDEN

Teleangiëctastieën – microangiopathie – collageen IV – cutane vasculopathie – dermatologie

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen.

LITERATUUR

1. Salama S, Rosenthal D. Cutaneous collagenous vasculopathy with generalized telangiectasia: an immunohistochemical and ultrastructural study. *J Cutan Pathol*. 2000 Jan;27(1):40-8. doi: 10.1034/j.1600-0560.2000.027001040.x. PMID: 10660131.

2. Salama SS. Cutaneous collagenous vasculopathy: a new case series with clinicopathologic and ultrastructural correlation, literature review, and insight into the pathogenesis. *Am J Dermatopathol*. 2015 May;37(5):368-75. doi: 10.1097/DAD.0000000000000194. PMID: 25079204.
3. Brady BG, Ortleb M, Boyd AS, Powers J. Cutaneous collagenous vasculopathy. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2015 Nov;8(11):49-52. PMID: 26705441; PMCID: PMC4689498.
4. Echeverría B, Sanmartín O, Botella-Estrada R, Vitiello M. Cutaneous collagenous vasculopathy successfully treated with pulsed dye laser. *Int J Dermatol*. 2012 Nov;51(11):1359-62. doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.05237.x. PMID: 23067086.
5. Toda-Brito H, Resende C, Catorze G, Viana I. Cutaneous collagenous vasculopathy: a rare cause of generalised cutaneous telangiectasia. *BMJ Case Rep*. 2015 Jul 8;2015:bcr2015210635. doi: 10.1136/bcr-2015-210635. PMID: 26156838; PMCID: PMC4499692.
6. Aristizabal MA, Sokumbi O. Cutaneous collagenous vasculopathy: A retrospective clinical and histopathologic analysis of 34 cases. *J Cutan Med Surg*. 2024 Nov-Dec;28(6):561-566. doi: 10.1177/12034754241285444. Epub 2024 Oct 3. PMID: 39361727.
7. Lobo Y, Blake T, Herat A. Asymptomatic disseminated telangiectasias: a rare case of cutaneous collagenous vasculopathy. *Dermatol Online J*. 2020 Oct 15;26(10):13030/qtos39g4tt. PMID: 33147670.
8. Burdick LM, Losher S, Somach SC, Billings SD. Cutaneous collagenous vasculopathy: A rare cutaneous microangiopathy. *J Cutan Pathol*. 2012;39:741-6. doi: 10.1111/j.1600-0560.2012.01936.x.
9. Abate MS, Shalin S. Progressive widespread telangiectasias. *Cutis*. 2018 May;101(5):E1-E3. PMID: 29894536.
10. Castiñeiras-Mato I, Rodríguez-Lojo R, Fernández-Díaz ML, Bal-Nieves F. Cutaneous collagenous vasculopathy: A case report and review of the literature. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:444-447.

CORRESPONDENTIEADRES

Rachelle Sliepen

E-mail: rachelle.sliepen@catharinaziekenhuis.nl



Een 'creepy' eruption

R.K. Horlings

Importdermatosen zijn huidaandoeningen die in Nederland normaliter niet of nauwelijks voorkomen en die ontstaan door blootstelling aan infectieuze agentia of allergenen uit andere landen. Door toenemende globalisering (migranten, vluchtelingen en exotische reizen) worden deze aandoeningen steeds vaker in Nederland waargenomen. Daarnaast is het zo dat door de opwarming van de aarde veel pathogenen zich steeds beter thuis gaan voelen in Nederland.

De onbekendheid met deze ziektebeelden kan de dermatoloog onzeker maken in diagnostiek en behandeling. De werkgroep Global Dermatology (voorheen Tropendermatologie, zie kader) verzorgt onderwijs, biedt buitenlandstages aan en schrijft artikelen om de bekendheid van deze ziektebeelden onder artsen te verhogen. Ook draagt de werkgroep bij aan het in Nederland beschikbaar maken van medicijnen voor deze aandoeningen, zoals sodiumstibogluconaat injecties (Pentostam®) bij Leishmaniasis.

In de komende edities van het NTvDV zal er een importdermatologie-casus in de vorm van een kennisquiz gepresenteerd worden. De antwoorden en een korte beschrijving van het ziektebeeld zijn enkele pagina's later te vinden. We trappen af met een 'creepy' *creeping eruption*.

CASUS: EEN CREEPING ERUPTION

Een overigens gezonde man van middelbare leeftijd ontwikkelde enkele dagen na thuiskomst uit Thailand ernstig jeuken, kronkelige rode gangetjes (afb. 1) op het linker onderbeen. Deze breidden geleidelijk uit met circa 1-2 cm per dag. Hij heeft op internet gelezen over een 'creeping eruption', die je op kunt lopen doordat de larven van een rondworm je huid binnenkruipen. Er zijn twee veelvoorkomende soorten. Waar de ene soort niet verder komt dan de huid zag hij tot zijn grote schrik dat het andere type het lichaam kan binnen dringen en ernstige systemische verschijnselen kan veroorzaken.

VRAGEN

1. Voor welke wormsoort is patiënt bang?
2. Welke systemische klachten kan deze nematode geven?
3. Past het klinisch beloop bij deze patiënt, namelijk langzame verplaatsing van circa 1-2 cm per dag, het best bij deze agressievere invasieve wormvariant of bij de veel mildere, zich tot de huid beperkende, parasiet?
4. Welk aanvullend onderzoek kan helpen om het onderscheid te maken?

Zie voor de antwoorden en toelichting pagina 26.

EEN NIEUWE NAAM: 'TROPENDERMATOLOGIE' WORDT 'GLOBAL DERMATOLOGY'

De werkgroep Tropendermatologie heeft besloten zijn naam te wijzigen in Global Dermatology. De groep is van mening dat het begrip 'tropendermatologie' in de huidige tijdgeest niet passend is door de toch wat koloniale connotatie en daarnaast is het zo dat het ook niet helemaal de uitgevoerde taken van de werkgroep omvat. [1] De groep houdt zich nog steeds bezig met (infectieuze) huidaandoeningen die zich voornamelijk in (sub)tropische gebieden voordoen en soms als importdermatosen in Nederland terecht komen. [2] Daarnaast ondersteunt het ontwikkelingsprogramma's en opleidingen voor dermatologische zorg in lage -en middeninkomens landen. [3] Meer actuele thema's zijn de dermatologische zorg voor vluchtelingen en de veranderende prevalentie van (infectieuze) ziektebeelden door klimaatveranderingen. [4]



Afbeelding 1. Kronkelige erythemateuze uitbreidende plaque op het linker onderbeen.

Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Martini ziekenhuis Groningen en Universitair Medisch Centrum Groningen, Universiteit van Groningen



Een snelgroeiende tumor in een tatoeage

S.A. Pronk¹, A.G.M. Hendriks², J.U. Ostertag²

Dagelijks worden er talloze tatoeages gezet, bij mensen van alle leeftijden, vaak met een persoonlijke betekenis achter elk ontwerp. Wij presenteren hier een casus van een patiënte die kort na het zetten van een zwarte tatoeage op de arm hierin een plaveiselcelcarcinoom ontwikkelde.

CASUS

Een 50-jarige vrouw ontwikkelde één week na het zetten van een zwarte tatoeage van enkele bloemen op haar linker bovenarm, in een 'bloemkroon' een pijnlijke zwelling. De zwelling nam snel in omvang toe, waarop patiënte zich tot haar huisarts wendde. Deze verwees haar door naar ons centrum. Aldaar zagen wij – ruim 6 weken na het zetten van de tatoeage – een 18x18 mm grote exofytische groeiende en drukpijnlijke huidkleurige centraal keratotische nodus, die dezelfde dag werd geëxciëerd onder de verdenking keratoacanthoom of plaveiselcelcarcinoom. De lymfklieren axillair links waren niet palpabel. Het histopathologisch onderzoek toonde een radicaal geëxciëerd pT1 matig gedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom, zonder peri neurale of (lymf)angio invasie. Patiënte had geen zonbeschadigde huid en gebruikte geen medicatie die de kans op huidkanker vergrootte.

DISCUSSIE

Tatoeages zijn in toenemende mate populair, ook in Nederland. Zo blijkt uit recente cijfers van de Kamer van Koophandel dat er tussen 2014 en 2024 het aantal tattooshops in Nederland is verdrievoudigd. [1] Tegelijkertijd kunnen verschillende dermatologische ziektebeelden zich presenteren in tatoeages, zoals allergische reacties, auto-immuunziekten, infecties en inflammatoire huidziekten. Een mogelijke relatie tussen het zetten van een tattoo en het ontwikkelen van huidkanker is nog onduidelijk en slechts incidenteel beschreven. [2] Met vele miljoenen mensen met tatoeages en het geringe aantal beschreven casus over het ontwikkelen van huidkanker hierin, wordt een mogelijke associatie vooralsnog als toeval beschouwd. [3]

In een recent gepubliceerd systematische review is gekeken naar de incidenteel beschreven casuïstiek waarin huidkanker zich ontwikkelt in een tatoeage. Daaruit kwam naar voren dat er met name casus gepubliceerd zijn over het ontstaan van melanoom (n=43), basaalcelcarcinoom (n=40), keratoa-



Figuur 1. Fotografische opname, linker bovenarm, pre-operatief

canthoom (n=40) en het plaveiselcelcarcinoom (n=20) in de getatoeëerde huid. Voor zowel het keratoacanthoom als het plaveiselcelcarcinoom betrof dit opvallend vaak tatoeages met rood pigment. [4] Het blijft speculeren welke pathofysiologische processen een rol zouden kunnen spelen in het ontwikkelen van huidkanker in tatoeages. Waarschijnlijk zal het een combinatie van verschillende risicofactoren zijn. Men vermoedt dat het herhaalde trauma veroorzaakt door het injecteren van inkt in de dermis een ontstekingsreactie zou kunnen opwekken terwijl het tattoo-pigment de absorptie van UV-straling zou beïnvloeden, wat wellicht de gevoeligheid

¹ Arts-assistent Dermatologie, Bergman Clinics | Huid & Vaten, Venray en arts seksuele gezondheid, Centrum Seksuele Gezondheid, GGD Limburg-Noord

² Dermatoloog, Bergman Clinics | Huid & Vaten, Venray

voor de ontwikkeling van tumoren verhoogt. [4-8] UVA dringt immers diep door in de dermis, terwijl UVB bijna volledig door de epidermis wordt geabsorbeerd. [9] Daarnaast zou tattoo-pigment of afbraakproducten hiervan mogelijk kanker-verwekkend kunnen zijn. [4-8] Hoewel dit laatste - op papier - in de hedendaagse streng gereguleerde Europese context minder waarschijnlijk lijkt, gezien de REACH-verordening uit 2022 die onder andere kankerwekkende stoffen in tatoeage inkt verbiedt. [10] Denk hierbij aan stoffen zoals zware metalen, aromatische amines en polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAKs). Toch kan het mogelijk zijn dat er in de praktijk nog gebruik wordt gemaakt van 'oude' inkt van vóór de REACH-verordening. Daarbij is het goed om te realiseren dat in meer dan 90% van de gevallen de eerdere Europese richtlijnen met betrekking tot tatoeage-inkt niet geheel werd nageleefd. [11]

Het is invoelbaar dat er qua tijdbeloop in deze casus gezocht wordt naar een associatie tussen het zetten van de tatoeage en het ontwikkelen van het plaveiselcelcarcinoom op de arm. Dit korte tijdinterval van minder dan een maand tussen het zetten van de tatoeage en het ontwikkelen van een plaveiselcelcarcinoom of keratoacanthoom op extremiteiten is vaker beschreven en betrof tevens meestal personen van middelbare leeftijd. [8] Er is echter onvoldoende bewijs in de literatuur om een causaal verband te ondersteunen en kan puur toeval niet uitgesloten worden. Wel is het goed om degelijke casus te publiceren, om alert te blijven en te onderzoeken of er een associatie bestaat en een eventueel (zeldzaam) patroon hierin te ontdekken is.

CONCLUSIE

Het is het nuttig om gevallen van cutane maligniteiten binnen tatoeages te blijven rapporteren, gezien de (inter)nationale kennis hieromtrent nog zeer beperkt is, vooral in het licht van de toenemende populariteit van tatoeages binnen de samenleving.

TREFWOORDEN

Tatoeage - plaveiselcelcarcinoom

KEYWORDS

Tattoo - squamous cell carcinoma

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen.

LITERATUUR

1. Smit R. Na jaren van explosieve groei begint de tattoomarkt verzadigd te raken. *Financieel Dagblad*. <https://fd.nl/bedrijfs-leven/1530383/na-jaren-van-explosieve-groei-begint-de-tattoomarkt-verzadigd-te-raken>. Published September 19, 2024.
2. Van der Bent SA, Wolkerstorfer A, Rustemeyer T. Huidafwijkingen bij tatoeages [Cutaneous adverse reactions to tattoos]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2016;160:A9808.
3. Kluger N, Koljonen V. Tattoos, inks, and cancer. *Lancet Oncol*. 2012;13(4):e161-e168. doi:10.1016/S1470-2045(11)70340-0.
4. Lebhar J, Jacobs J, Rundle C, Kaplan SJ, Mosca PJ. Skin cancers arising within tattoos: A systematic review. *JAAD Int*. 2024;16:133-143. Published 2024 Apr 20. doi:10.1016/j.jdin.2024.03.015.
5. Al-Gawahiri M, van der Bent SAS, Clahsen P, Vos LE. Single and multiple keratoacanthomas after a recent black tattoo in two patients. *BMJ Case Rep*. 2024;17(11):e260760. Published 2024 Nov 21. doi:10.1136/bcr-2024-260760.
6. Cohen PR, Erickson CP, Uebelhoer NS, Calame A. Tattoo-associated basal cell carcinoma: c coincident or coincidence. *Biomed Hub*. 2020;5(2):2055-2062. Published 2020 Jul 8. doi:10.1159/000508208.
7. Leijts M, Schaefer H, Rübber A, Cacchi C, Rustemeyer T, van der Bent S. Cutaneous malignancies in tattoos, a case series of six patients. *Curr Oncol*. 2021;28(6):4721-4737. Published 2021 Nov 15. doi:10.3390/currenol28060398.
8. Kluger N, Cribier B. Keratoacanthomas and squamous cell carcinomas on tattoos: A review of 42 cases. *Dermatology*. 2021;237(2):309-312. doi:10.1159/000509728.
9. D'Orazio J, Jarrett S, Amaro-Ortiz A, Scott T. UV radiation and the skin. *Int J Mol Sci*. 2013;14(6):12222-12248. Published 2013 Jun 7. doi:10.3390/ijms140612222.
10. Verordening (EU) 2020/2081 van de Commissie van 14 december 2020 tot wijziging van bijlage XVII bij Verordening (EG) nr. 1907/2006 van het Europees Parlement en de Raad inzake de registratie en beoordeling van en de autorisatie en beperkingen ten aanzien van chemische stoffen (Reach) wat betreft stoffen in inkt voor tatoeage of permanente make-up. Brussel: Europees parlement en Raad van de Europese Unie; 2020.
11. Wang X, Josefsson L, Meschnark S, et al. Analytical survey of tattoo inks-A chemical and legal perspective with focus on sensitizing substances. *Contact Dermatitis*. 2021;85(3):340-353. doi:10.1111/cod.13913.

CORRESPONDENTIEADRES

Sebastiaan Pronk

E-mail: sebastiaan.pronk@outlook.com



Toekomst in de academie: motivaties en uitdagingen voor aanstaande jonge dermatologen

C.M. Boesjes¹, A.L. Bosma², S. van Egmond³, L.A.A. Gerbens⁴, A.H. Gostyński⁵, L. Loman⁶, R. Ottevanger⁷, L.S. van der Schoot⁸, B.J.A. Verkouteren⁹

Het animo voor een academische carrière onder aios dermatologie is de afgelopen jaren afgenomen. De NVDV en NVED organiseerden in 2025 voor het eerst de Future Academics Dag waarbij motivaties en uitdagingen voor het werken in de academie werden besproken. In dit artikel delen wij onze ervaringen en doen we suggesties om academisch werk aantrekkelijker te maken.

INTRODUCTIE

De afgelopen jaren is het animo onder aios om in de academie te werken gestaag afgenomen. Waar vroeger een academische carrière een aantrekkelijke optie was, kiezen steeds meer jonge dermatologen voor een loopbaan in perifere ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Uit cijfers van de periode 2022-2024 blijkt dat 28% van de dermatologen in een universitair medisch centrum (UMC) werkt, 54-66% in een perifere ziekenhuis en 20% voor een ZBC. Uit de loopbaanmonitor 2024 van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) blijkt dat slechts 6% van de aios dermatologie de ambitie heeft om in een UMC te werken.

Door het lage animo van aios om in een UMC te werken, wordt het steeds lastiger om vacatures in UMC's te vervullen. Doordat er een ruim aanbod aan vacatures is, zijn er voor kersverse dermatologen volop keuzemogelijkheden, maar dit onderstreept ook de uitdaging om academische posities vervuld te krijgen. De aantrekkingskracht van perifere ziekenhuizen en ZBC's lijkt te liggen in een andere werkdruk en een betere werk-privébalans. Uit de loopbaanmonitor 2024 blijkt dat zo'n 45% van de aios na afronding van de opleiding de voorkeur geeft aan een werkweek van 31-35 uur. Daarnaast combineren steeds meer dermatologen (26%) twee verschillende werkplekken, bijvoorbeeld een perifere ziekenhuis en een ZBC, wat de groeiende behoefte aan flexibiliteit en variatie in het werkveld weerspiegelt.

FUTURE ACADEMICS DAG

Op 29 januari 2025 organiseerden de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en Nederlandse

Vereniging voor Experimentele Dermatologie (NVED) de Future Academics Dag in Lunteren, met als doel aanstaande dermatologen met academische ambities te verbinden en te inspireren voor een academische carrière. De reden hiervoor was dat de NVDV en NVED merken dat andere carrières dan de academische loopbaan steeds meer aantrekkingskracht uitoefenen. Tijdens de bijeenkomst kwamen aios uit alle academische centra samen om hun toekomstplannen en ambities te delen. Wat maakt een academische carrière juist meer of minder aantrekkelijk? En, nog belangrijker: hoe kunnen we ervoor zorgen dat jonge dermatologen vaker voor een academische toekomst kiezen?

Vanuit ieder academisch centrum was er een aios geselecteerd voor deelname aan deze dag. De volgende zeven aios hebben deelgenomen: Celeste Boesjes (UMC Utrecht), Angela Bosma (Amsterdam UMC), Sven van Egmond (Erasmus MC), Laura Loman (UMC Groningen), Rosanne Ottevanger (LUMC), Lara van der Schoot (Radboudumc) en Babette Verkouteren (Maastricht UMC+). De dag werd georganiseerd en voorgezeten door academici dr. Antoni Gostyński (Maastricht UMC+) en dr. Louise Gerbens (Amsterdam UMC).

Deze dag, opgezet als een semi-gestructureerde focusgroep, werd geïntroduceerd door de dagvoorzitters met presentaties over literatuur inzake werken in de academie en hun persoonlijke loopbaan. Vervolgens presenteerden de aios hun persoonlijke loopbaan, ambities en motivaties dan wel uitdagingen om in de academie te werken. Aansluitend was er een interview met prof. dr. Klara Mosterd (Maastricht UMC+) over haar

¹ Aios Dermatologie, UMC Utrecht
² Aios Dermatologie, Amsterdam UMC
³ Aios Dermatologie, Erasmus MC
⁴ Dermatoloog, Amsterdam UMC en HuidMC
⁵ Dermatoloog, Maastricht UMC+

⁶ Aios Dermatologie, UMC Groningen
⁷ Aios Dermatologie, LUMC
⁸ Aios Dermatologie, Radboudumc
⁹ Aios Dermatologie, Maastricht UMC+



Van links naar rechts: Rosanne Ottevanger, Sanna Prinsen, Angela Bosma, Louise Gerbens, Antoni Gostyrński, Klara Mosterd, Celeste Boesjes, Babette Verkouteren, Sven van Egmond, Lara van der Schoot, Laura Loman.

persoonlijke loopbaan en haar keuzes hierin. Dit werd gevolgd door een presentatie en workshop door dr. Sanna Prinsen over werk-privébalans en intervisietechnieken. Gedurende de gehele dag was er ruimte voor inbreng van deelnemers, discussie onderling en reflectie. De dag werd afgesloten met een borrel en diner.

MOTIVATIES EN UITDAGINGEN

Motivaties onder deelnemers zijn veelal intrinsiek, waarbij de passie voor het bijdragen aan waardevol wetenschappelijk onderzoek en het maken van maatschappelijke impact naar voren kwam. Bijkomend wordt er uitdaging en voldoening gezien in de complexiteit van de academische casuïstiek en het opleiden van aios. Een academische carrière biedt kansen om je breder te ontwikkelen en afwisselende taken te kunnen (blijven) combineren. Bijkomend kan het werken binnen een divers, vaak jong team als meerwaarde worden ervaren.

Uitdagingen bevinden zich onder andere op het gebied van werk-privébalans. Een voordeel van buiten de academie werken is dat het werk meer begrensd kan zijn en zich meer binnen reguliere werktijden afspeelt. Ook speelt bij de meeste aios de wens om eerst in een perifeer centrum of ZBC 'vliegen' als algemeen dermatoloog te maken, hoewel dit binnen de academie ook mogelijk is in de vorm van een eigen spreekuur en het superviseren van diverse spreekuren van aios. Hierbij kan ook nog gevoeld worden dat er een definitieve keuze wordt gemaakt tussen periferie en academie. Er heerst een vooroordeel dat het salaris buiten de academie veel hoger ligt, maar tegenwoordig zijn deze verschillen kleiner en voor sommigen voelt loondienst veiliger.

Een belangrijke uitdaging speelt op het gebied van een academisch profiel binnen de opleiding tot dermatoloog. Als aios met wetenschappelijke interesse kan het lastig zijn om mogelijkheden te krijgen én creëren om door te gaan met het doen van wetenschappelijk onderzoek. Jonge onderzoekers zijn vaak initieel afhankelijk van reeds binnengehaalde financiering en moeten daarna zelf op zoek naar mogelijkheden voor verdere financiering. Het bleek dat een aantal deelne-

mers voornamelijk onbetaald en in eigen tijd onderzoek doet of zich bezighouden met het geven van onderwijs, hoewel anderen wel betaalde postdoc posities naast hun opleiding bekleden. Verder kan worden ervaren dat aios die onderzoek doen worden voorgetrokken omdat zij meer vrijheden zouden krijgen ten opzichte van andere aios.

OPLOSSINGEN

Er zijn verschillende oplossingen om de aantrekkelijkheid van een academische carrière voor jonge dermatologen te vergroten en de uitdagingen aan te pakken. Ten eerste is er een groeiende behoefte aan meer individualisering binnen de opleiding. Binnen de opleiding zou er naast de verplichte stages en voldoende exposure aan patiëntenzorg meer ruimte moeten zijn voor persoonlijke keuzes en ambities, waarbij wordt afgeweken van het vaste stramien, zodat aios met interesse in een academische loopbaan hun wetenschappelijke interesse verder kunnen ontwikkelen.

Daarnaast is mentorschap van essentieel belang. Er moet meer aandacht komen voor het begeleiden van jonge dermatologen in hun academische carrière, waarbij ervaren academici hen niet alleen wetenschappelijk ondersteunen, maar ook als rolmodellen fungeren. Initiatieven zoals de Future Academics Dag kunnen hierbij een belangrijke rol spelen; netwerken worden bevorderd en kennis/ervaring wordt gedeeld over de mogelijkheden binnen de academische wereld.

Tot slot, een call to action voor opleiders en afdelingshoofden: het is van groot belang dat talent (h)erkend wordt. Opleiders kunnen talentvolle aios op het gebied van onderzoek en onderwijs actief ondersteunen door hen kansen te bieden voor academische ontwikkeling. Dit kan door meer mogelijkheden te creëren voor onderzoekservaring binnen de academie, het beschikbaar maken van financiële middelen voor onderzoek, het bieden van mentorschap en door aios een kans te geven om hun ambities na te jagen. Afdelingshoofden kunnen een academische werkplek aantrekkelijker maken door direct bij start onderzoekstijd beschikbaar te stellen, thuiswerkmogelijkheden te bieden, flexibele werktijden toe

te staan en combinaties van werkplekken te faciliteren. Door gezamenlijk in te zetten op deze thema's kan de academische dermatologie een aantrekkelijker carrièrepad worden voor de nieuwe generatie.

CONCLUSIE

De motivatie voor een academische loopbaan onder de deelnemers van de Future Academics Dag is veelal intrinsiek. Uitdagingen liggen bij werkdruk, werk-privébalans, beperkte mogelijkheden tot (wetenschappelijke) profilering tijdens de opleiding en de wens om eerst ervaring op te doen als alge-

meen dermatoloog in de periferie. Oplossingen liggen in meer individualisering binnen de opleiding, mentorschap, actieve talentherkenning en open communicatie over opvattingen en eventuele misvattingen om de academische dermatologie toekomstbestendig te maken.

CORRESPONDENTIEADRES

Sven van Egmond

E-mail: s.vanegmond@erasmusmc.nl



Een 'creepy' eruption

Zie pagina 19 voor de vragen.

Bij patiënten die net uit een tropisch gebied komen en zich presenteren met oppervlakkige, jeukende verplaatsende grillige gangetjes op contactplekken met de aarde, zoals rond de enkels en op de billen (afb. 2: van een andere patiënt) is de meest waarschijnlijke diagnose een creeping eruption. Dit is het gevolg van de penetratie van een larve van een rondworm (nematode) die aanwezig is op dikwijls vochtige en warme, gecontamineerde zandgrond, bijvoorbeeld het strand. Grofweg zijn er twee wormsoorten die deze huidklachten geven namelijk de *Ankylostoma Braziliensis* (larva cutanea migrans) en de *Strongyloides Stercoralis* (larva currens). Daar waar de *Ankylostoma* zich langzaam verplaatst, circa 1-2cm per dag en tot de huid beperkt blijft, verplaatst de *Strongyloides* zich wel enkele centimeters per uur en



Afbeelding 2. Een andere risicoplek voor inoculatie betreft de billen bij het zitten op het strand (andere patiënt).

wordt daarom ook wel *racing larva* genoemd (**vraag 3**). [5] Omdat laatstgenoemde wormsoort het enzym collagenase bevat dat de basaalmembraanzone kan doorbreken en zo systemische klachten veroorzaken (**vraag 1**). Door infecties in het darmstelsel en de longen ontstaan klachten als buikpijn, misselijkheid, overgeven, bloederige diarree, bloed opgeven, ademhalingsklachten, stijve nek, hoofdpijn, koortsaanvallen en huiduitslag (purpura) (**vraag 2**).

Strongyloides kan getest worden door parasitair faecesonderzoek. Wij hebben bij deze patiënt een antistofbepaling tegen *strongyloides* gedaan (**vraag 4**), die negatief bleek. Op basis van de klinische presentatie in combinatie met de negatieve serologie werd de diagnose larva cutanea migrans gesteld. Hij werd behandeld met orale ivermectine. Enkele dagen later was er geen uitbreiding meer van de gangetjes en nam de verhevenheid af. Ook de jeuk ging spoedig in remissie. De postinflammatoire hyperpigmentatie zal in de loop van de maanden verdwijnen.

LITERATUUR

1. Grijzen ML, et al. Rethinking neglected tropical diseases: A shift towards more inclusive and equitable terminology. *PLOS Glob Public Health*. 2025(5);2.
2. Horlings RK. Dermatologie onder de rook van de Kilimanjaro. *NTvDV*. 2015;25:338-340.
3. van Laar EG. Tropenervaring zeer waardevol. *NTvDV*. 2011;21:418-420.
4. Morrone A, Hay R, Naafs B. Skin disorders in migrants. Tekstboek 2020.
5. Homan FM, Bierman W, Horlings RK. Groningse bodemschatten. *NTvDV*. 2019;29: 47-49.

CORRESPONDENTIEADRES

Ruud Horlings

E-mail: ruud.horlings@mzh.nl en r.k.horlings@umcg.nl



Minimaal invasieve flebologische interventies: veilig op weg naar verduurzaming



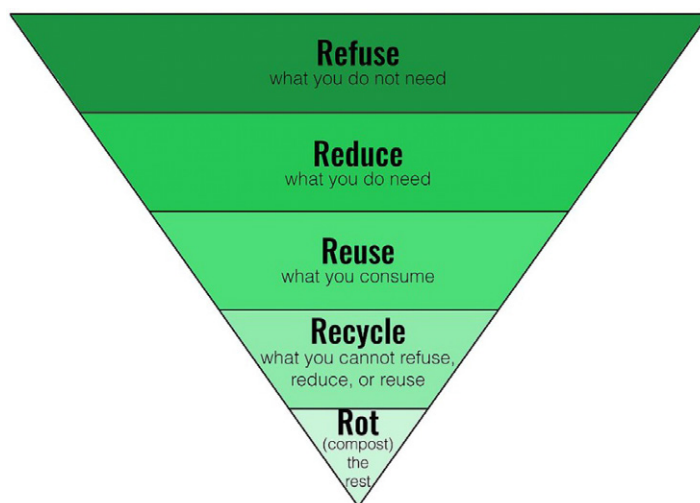
M.B. Visch¹, R.I.F. van der Waal²

Aansluitend bij de maatschappelijke ontwikkelingen voelen dermatologen een steeds hogere urgentie tot verduurzaming van het werk. De domeingroep Vaten van de NVDV volvoerde een landelijke inventarisatie op het gebied van ambulante flebologische interventies. Dit idee ontstond in de domeingroep, nadat we variatie in onze werkwijzen ontdekten zonder verschillen in aantallen infecties als complicatie. We evalueerden de omgang met materiaal via een vragenlijstonderzoek onder flebologisch praktiserende medisch specialisten van 45 ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Uit deze pilotstudie blijkt duidelijk dat infecties geen belangrijke rol spelen bij flebologische ingrepen, en losstaat van het soort daarbij gedragen kleding. We sluiten af met een reeks aanbevelingen, zoals beperk het gebruik van (poli)OK-muts, mondkapjes en steriele en/of disposable kleding alsook beperk het gebruik van materialen.

VERDUURZAMINGSOPDRACHT

In lijn met de maatschappelijke ontwikkelingen voelen we in de zorg een steeds hogere urgentie tot verduurzaming van het werk. In Nederland is de gezondheidszorg verantwoordelijk voor circa 7% van de nationale CO₂-uitstoot. [1] Energieverbruik in de medische sector levert daarvan met 38% de grootste bijdrage. Reisbewegingen van medewerkers en patiënten beslaan 22% en medicatie 18%. Medische apparatuur en instrumenten hebben met 6% een kleiner aandeel, maar is ook een post om kritisch naar te kijken. In 2015 zijn de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen door de Verenigde Naties vastgesteld als de nieuwe mondiale duurzame ontwikkelingsagenda voor 2030. Deze 'sustainable development goals' (SDG's) worden gepromoot als de wereldwijde doelstellingen voor duurzame ontwikkeling. [2] Recent is de Green Deal 'Samen werken aan duurzame zorg' (Green Deal 3.0) getekend om de zorgsector te verduurzamen. [3]

Eén van de in de Green Deal concreet benoemde doelen is het primair grondstofgebruik met 50% te verminderen in 2030. [3] Bij het streven naar circulariteit kan de zogenaamde 'zero waste pyramide' een praktisch hulpmiddel zijn met de 5 R's als handvat: *refuse* (is dit echt nodig?), *reduce* (kan het met minder?), *reuse* (is hergebruik mogelijk?), *recycle* en tot slot *rot* (composteren, vergisten, verbranden of storten), zoals ook uitgedragen door de Werkgroep Dermategroen (figuur 1). [4] Met dit kader in gedachten hebben we vanuit de domeingroep Vaten van de NVDV een landelijke inventarisatie gedaan op



Figuur 1. Zero waste pyramide [4]

het gebied van ambulante flebologische interventies. Dit idee ontstond in onze domeingroep, nadat we variatie in onze werkwijzen ontdekten zonder dat verschillen optraden in het aantal infecties als complicatie.

Met dit pilotonderzoek evalueerden wij hoe en welk materiaal dermatologen gebruiken bij flebologische ingrepen. Met een landelijke vragenlijst onder flebologisch praktiserende derma-

¹ Dermatoloog, Rijnstate, Arnhem en Erasmus MC, Rotterdam *

² Dermatoloog, Tergooi MC, Hilversum *

* Mede namens de overige leden van de NVDV-domeingroep Vaten: J.G. Geerdink, C. van Montfrans, L. Timmer - de Mik, S.K. van der Velden

Endoveneuze therapie (EVT of RFA)

Opdekken EVT:

1) Dek je steriel op?

☐ Nee, helemaal niet

☐ Ja

0 volledig steriel met: 1/2/3 doeken

0 gedeeltelijk steriel

0 anders

Hoe 'steriel' is je kleding tijdens EVT

2) Draag je een 'muts'?

☐ Ja

☐ Nee

☐ Soms

3) Draag je een mondkapje?

☐ Ja

☐ Nee

☐ Soms

4) Tijdens ingreep draag ik:

☐ OK schort

☐ Wegwerpschort (zoals bij MRSA)/ Soms

☐ OK pak/

☐ Ziekenhuiskleding (witshirt/broek)

☐ Gewone kleding/

☐ Anders:.....

Flebectomie volgens Muller

Opdekken tijdens Muller:

5) Dek je steriel op?

☐ Nee, helemaal niet

☐ Ja

0 volledig steriel met: 1/2/3 doeken

0 gedeeltelijk steriel

0 anders

Hoe 'steriel' is je kleding tijdens Muller

6) Draag je een 'muts'?

☐ Ja

☐ Nee

☐ Soms

7) Draag je een mondkapje?

☐ Ja

☐ Nee

☐ Soms

8) Tijdens ingreep draag ik:

☐ OK schort

☐ Wegwerpschort (zoals bij MRSA)/ Soms

☐ OK pak/

☐ Ziekenhuiskleding (witshirt/broek)

☐ Gewone kleding/

☐ Anders:.....

Figuur 2. Vragenlijst

tologen onderzochten we hoe dermatologen bij deze ingrepen omgaan met steriele kleding, en welke en hoeveel materialen zij gebruiken. Tevens hebben we naar het aantal infecties gevraagd na deze flebologische invasieve procedures.

PILOTSTUDIE

Er werden 45 ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) in Nederland benaderd, met het verzoek een vragenlijst in te vullen (figuur 2). Naast de weergegeven vragen werd voor zowel de jaren 2022 als 2023 gevraagd naar het aantal flebologische verrichtingen, i.e. ambulante flebectomie volgens Muller en endoveneuze thermale ablatie (EVT), en het aantal postoperatieve infecties daarbij. Bij deze landelijke inventarisatie bleken vijf klinieken geen flebologische verrichtingen te doen. Klinieken die niet reageerden, werden nogmaals persoonlijk benaderd met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Uiteindelijk ontvingen we de informatie van 31 klinieken (78%). Zie figuur 3.

Samenvattend resulteerden de gegevens in het volgende beeld. Het totaal aantal Mullerbehandelingen betrof 1.669 in 2022 en 2.105 in 2023. Het totaal aantal EVT-behandelingen bedroeg 6.259 in 2022 en 6.678 in 2023 (tabel 1).

Mondkapjes en mutsen

In 27 klinieken werd altijd een muts en mondkapje gedragen. In vier klinieken werd tijdens Muller- en EVT-behandeling geen of soms een mondkapje gedragen. Het niet dragen van mondkapjes en muts gingen vrijwel altijd gezamenlijk op.

Beschermende kleding

Er was een grote variatie in door de behandelend specialist gedragen kleding. Bij de Mullerbehandeling droeg men meestal ziekenhuiskleding of een steriel OK-pak (52%), en bij EVT vaak een steriel OK-schort (48%). Zie tabel 2.

Steriele doeken

Alle klinieken maakten gebruik van steriele doeken. De helft van de klinieken gaf geen informatie over het aantal gebruik-

Amphia ziekenhuis	Breda
Antonius ziekenhuis	Sneek
Catherina ziekenhuis	Eindhoven
Centrum Oosterwal	Alkmaar
DC klinieken	Groningen
Deventer ziekenhuis	Deventer
Dijklander ziekenhuis	Hoorn, Purmerend
Elisabeth Tweesteden ziekenhuis	Tilburg
Erasmus MC	Rotterdam
Franciscus gasthuis	Rotterdam
Haga ziekenhuis	Den Haag
Huid MC	Amsterdam
Isala	Zwolle
Jeroen Bosch ziekenhuis	Den Bosch
Kliniek Twente	Oldenzaal
Lootskliniek	Reeuwijk
Martini ziekenhuis	Groningen
MC Haaglanden	Den Haag
MCL	Leeuwarden
Meander MC	Amersfoort
Mohsklinieken	Dordrecht, Amsterdam, Hoorn
Nij Smellinghe ziekenhuis	Drachten
OLVG	Amsterdam
Rijnstate ziekenhuis	Arnhem
Spaarne Gasthuis	Hoofddorp
St Antonius ziekenhuis	Utrecht
Tergooi MC	Hilversum
Tjongerschans ziekenhuis	Heerenveen
MUMC	Maastricht
UMC Radboud	Nijmegen
Wilhelmina ziekenhuis	Assen

Figuur 3. Deelnemende klinieken

Tabel 1. Aantallen interventies en infecties

	Muller	Infecties na Muller	EVT	Infecties na EVT
2022	1.669	6 (0,3%)	6.259	2 (0,03%)
2023	2.105	4 (0,4%)	6.678	4 (0,06%)

te steriele doeken. Gezien het kleine aantal klinieken dat het aantal gebruikte doeken wel vermeldde, konden we daaruit geen conclusie trekken (tabel 3). Opvallend was dat bij de Mullerbehandeling meer steriele doeken gebruikt werden dan bij EVT-behandeling. Een verklaring hiervoor kan zijn dat bij Muller in de praktijk vaak meer kleinere steriele doeken worden gebruikt, en bij EVT doorgaans één groot splitlaken (U-doek).

Infecties

Het totaal aantal behandelingen over de onderzochte jaren is vergelijkbaar, zo ook het lage aantal infecties. In 9 van de 31 klinieken werden infecties gemeld na deze flebologische ingrepen. Bij Muller ging het in de onderzochte twee jaren om 0,3% en 0,4% infecties, bij EVT om 0,03% en 0,06% (tabel 1). Voor zover toege- licht betrof dit meestal lokale infecties van de insteekopening.

Het dragen van mondkapjes of OK-muts door dermatolgen was niet gerelateerd aan het optreden van infecties. Infecties kwamen ook voor in klinieken waar bij deze flebologische inter- venties zowel een OK-pak als een steriel OK-schort gedragen werden. In vier klinieken droeg men tijdens Muller en EVT geen

Tabel 2. Gebruikte kleding

	Muller	EVT
OK-schort	4	15
Wegwerpschort	4	0
OK-pak	8	5
Ziekenhuiskleding	8	3
OK-pak en OK-schort	4	6
Ziekenhuiskleding en OK-schort	0	1
Onbekend/niet ingevuld	3	1

Tabel 3. Gebruikte aantal steriele doeken

Aantal steriele doeken	Muller	EVT
1	3	4
2	6	8
3	7	4
4	2	1
Onbekend/niet ingevuld	13	14

of soms mondkapjes. In geen van deze vier klinieken traden in de bevraagde jaren infecties op.

OVERWEGINGEN

Alhoewel niet alle benaderde klinieken in Nederland reageerden, geeft deze pilot een overzicht van het gebruik van kleding en steriele manier van werken alsmede het infectierisico. Uit de pilot studie komt duidelijk naar voren dat infecties geen belangrijke rol spelen bij flebologische ingrepen, los van het soort daarbij gedragen kleding.

In het licht van de 'sustainable development goals' van de Verenigde Naties en de Green Deal [3], leidt dit onmiddellijk tot de verbetergedachte dat men bij flebologische ingrepen minder gebruik zou kunnen maken van steriele kleding en steriele materialen. Qua kleding lijkt één laag kleding voldoende. Dit hoeft niet per se steriel of disposable te zijn, wat ook weer de milieubelasting vermindert. Mondkapjes lijken niet nodig, evenmin als een muts. Ook het verbruiksmateriaal op de poli-OK als zelfstandige behandelkamer, niet meegenomen in dit onderzoek, kan mogelijk minder.

De recent verschenen richtlijn Desinfectie huid-slijmvlies van het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie geeft adviezen voor ingrepen buiten het OK-complex. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in vier risicogroepen. Ambulante flebectomie volgens Muller en endoveneuze thermale ablatie zouden in de laagste risicogroep 1 resp. risicogroep 2 kunnen vallen. [5]

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Uit deze pilot studie blijkt evident dat infecties bij flebologische ingrepen, los van het soort daarbij door behandelaars gedragen kleding, slechts incidenteel voorkomen. Onze gezondheidszorg draagt mede bij aan de landelijke CO₂-uitstoot. Dit geeft ons als dermatologen-chirurgen-flebologen ook de plicht kritisch naar verbeterkansen te kijken op het gebied van de reductie van primair grondstofgebruik bij het werk. Tegelijkertijd kan dit bij-

dragen aan kostenreductie in de zorg. Met onze grote aantallen interventies kan dit een substantiële bijdrage leveren aan de beoogde verduurzaming.

Met deze pilot doen we na de beschreven inventarisatie de volgende aanbevelingen voor verbetering in de flebologische praktijk, bijdragend aan SDGs:

- Begin zo nodig met kleine verduurzamingsstappen als eenvoudige start. Ook kleine verbeterstappen kunnen helpen onze milieubelasting te verkleinen.
- Trek bij verduurzamingsprojecten op met geëngageerde collega's.
- Beperk het gebruik van (poli)OK-muts, mondkapjes en steriele en/of disposable kleding. Concreet kan bij Mullers gekozen worden voor één steriel splitlaken (U-doek) - zoals ook bij EVT in de praktijk uitstekend functioneert -, steriele handschoenen, geen muts en alleen spatschort/-hes en/of mondkap als eigen bescherming gewenst is.
- Bij EVT zouden één steriel splitlaken en steriele handschoenen eventueel aangevuld kunnen worden met een onsteriel spatschort/-hes ter bescherming van jezelf, en is geen muts of mondkap nodig.
- Beperk het gebruik van materialen. Het niet onnodig klaar leggen van steriele gazen en deze verpakkingen pas te openen als ze daadwerkelijk nodig zijn, kan helpen het gebruik van steriele materialen - en het verpakkingsmateriaal daarvan - te beperken.
- Tot slot ligt er een opgave om het verpakkingsmateriaal van de endoveneuze laser- en RFA-behandelraden apart als papier en plastic afval te scheiden. Dit is immers niet besmet materiaal en kan net als ander afval gescheiden worden, al zijn nog veel klinieken daar niet op ingericht.

Als behandelaars in de flebologie willen we mensen graag helpen beter te worden, bij voorkeur op zo weinig mogelijk invasieve wijze. Tegelijkertijd moet ons werk zo min mogelijk ten koste van onze beperkte grondstoffen op aarde gaan. We hopen iedereen met deze pilot enthousiaster te maken om actief bij te dragen aan verduurzaming van onze zorgactiviteiten door vermindering van onze ecologische footprint daarvan.

LITERATUUR

1. Gupta Strategists. Een stuur voor de transitie naar duurzame gezondheidszorg: Kwantificering van de CO₂-uitstoot en maatregelen voor verduurzaming. Gupta-strategists.nl. 2019.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development, <https://sdgs.un.org/goals>
3. Green Deal Samen werken aan duurzame zorg (Green Deal 3.0), <https://www.greendeals.nl/green-deals/green-deal-samen-werken-aan-duurzame-zorg-green-deal-30>. 2022.
4. What are the 5 R's of Waste Management? www.circlewaste.co.uk
5. Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie. <https://www.sri-richtlijnen.nl/desinfectie-huid-slijmvlieszen/module-2-1>. 2024

CORRESPONDENTIEADRES

Birgitte Visch, dermatoloog

E-mail: bvisch@rijnstate.nl



Lasertherapie voor vasculaire restafwijkingen is een veilige behandeling bij patiënten met cutane en systemische lupus erythematosus

J. Terrasson¹, M. Sprengers², B. Heykants², V. Verstraeten³

Het gebruik van lasertherapie bij patiënten met lupus erythematosus wordt door verschillende specialisten nog regelmatig wantrouwig aanschouwd. Echter gezien de belangrijke cutane comorbiditeit van lupus erythematosus en de grote vraag naar behandeling hiervoor, is er nood aan groeiende interesse en vertrouwen in het gebruik van lasertherapie bij patiënten met lupus erythematosus. Wij kunnen met onderstaand artikel aantonen dat de literatuur rijk is aan studies dewelke de effectiviteit en veiligheid van lasertherapie bij patiënten met restschade ten gevolge van lupus erythematosus bevestigen.

CASUÏSTIEK

In onze praktijk presenteerde zich een patiënte van 50 jaar met rosacea teleangiectatica. Zij was bekend met systemische lupus erythematosus (SLE) in de voorgeschiedenis. Op het moment van consultatie was er sprake van multiële teleangiëctasieën op een achtergrond van diffuus erytheem op beide wangen, voorhoofd, neus en kin. Er waren geen huidafwijkingen elders op het lichaam passend bij cutane lupus. De SLE was goed onder controle met 2x200mg hydroxychloroquine (Plaquenil) en 2x50mg azathioprine (Imuran). Patiënte had een negatieve ANF en negatieve anti-ENA screening (ten tijde van diagnose had zij een ANF 1/160 en positieve anti-dsDNA en anti-SSA/Ro antistoffen). Wij behandelden de teleangiëctasieën en het diffuus erytheem met de Excel V vaatlaser (Cutera), deze komt overeen met een KTP laser (532 nm). Volgende settings werden toegepast: fluence van 8,6J/cm², pulsduur van 9ms en spotgrootte van 11mm. Een eenmalige behandeling werd uitgevoerd waarna patiënte geen vervolgspraak plande. Ruim 10 weken later vernamen wij via een collega reumatoloog dat zich een exacerbatie van de SLE afspeelde met ANF 1/80 en opnieuw positieve anti-dsDNA en anti-SSA/Ro antistoffen. Het uitvoeren van de lasertherapie werd door de collega als mogelijke trigger gesuggereerd. In de literatuur zijn er meerdere studies die de veiligheid en effectiviteit van diverse lasers, en vaatlasers in het bijzonder, bij de behandeling van restschade na cutane en systeemlupus aantonen. [1] Met dit artikel willen we een kort overzicht geven van de beschikbare literatuur.

INTRODUCTIE

In de jaren 80 van de vorige eeuw verscheen de eerste literatuur rond het gebruik van lasers in de dermatologische setting. [2] Naast het gebruik van lasers voor esthetische doeleinden is er een groeiende interesse voor het gebruik van lasers in de behandeling van verschillende dermatosen. In deze samenvattende tekst zullen wij ons toelagen op het gebruik van lasertherapie bij patiënten met lupus erythematosus (LE).

LE is een auto-immuun geïnduceerde inflammatoire dermatose met een incidentie van ongeveer 0,04%. Het komt vooral voor bij vrouwen rond adolescentie leeftijd en bij personen met een hoger fototype. Men kan 3 cutane subcategorieën onderscheiden, waaronder acute cutane LE (ACLE), subacute cutane LE (SCLE) en chronische cutane LE (CCLE). Er is een gekende associatie met systemische lupus erythematosus (SLE). Deze is hoger bij ACLE en SCLE ten opzichte van CCLE. Elke cutane subcategorie heeft zijn eigen klinische kenmerken. ACLE en SCLE gaan vooral gepaard met transiënte huidafwijkingen en veroorzaken geen definitieve postinflammatoire veranderingen. CCLE vertoont langer aanhoudende huidafwijkingen met een dieper reikend lymfocytair infiltraat. Dit resulteert meestal in residuele huidschade, ondanks correcte behandeling van de acute inflammatoire component. Onder CCLE behoren discoïde LE (DLE), lupus panniculitis (LP), lupus profundus (combinatie van DLE + LP) en lupus erythematosus tumidus (LET). DLE leidt tot verlittekening, dyspigmentatie en plaatselijk teleangiëctatische afwijkingen in het verlittekend gebied, voornamelijk ter hoogte van gelaat, scalp en oren. Bij LP veroorzaakt het lymfocytair infiltraat

¹ Arts in opleiding Dermatologie, afdeling Dermatologie, Campus Sint-Jozef Ziekenhuis, Turnhout; Da Vinci Clinic, Beerse; Universitair Ziekenhuis Campus Gasthuisberg, Leuven

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Algemeen Ziekenhuis Campus Sint-Jozef, Turnhout; Da Vinci Clinic, Beerse.

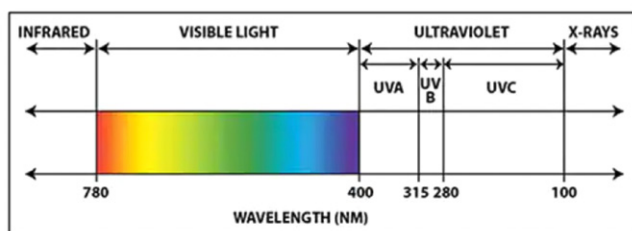
³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Maastricht UMC+, Maastricht; School for Oncology and Developmental Biology (GROW), Universiteit Maastricht, Maastricht; Dermadok Huidkliniek, Antwerpen

eerder lipoatrofie. In tegenstelling tot de andere vormen van CCLE, herstelt LET met zijn dermaal perivascular en interstieel lymfocytair infiltraat zich vaak zonder restletsels. De restletsels van CCLE leiden tot een significante morbiditeit en verminderde 'quality of life' (QoL). CCLE schaadt het psychologisch welzijn van de patiënt en leidt tot angst, depressie en een laag zelfbeeld.

Fotoprotectie, rookstop (gezien roken via oxidatieve stress en inductie van pro-inflammatoire cytokines een exacerbatie van lupus kan uitlokken), topische immuunmodulerende behandelingen waaronder corticosteroïden en calcineurineremmers, evenals systemische immuunmodulerende en immuunsuppressieve medicatie zijn de gouden standaard in de behandeling van LE. In de literatuur merken we de laatste jaren een opmars in het gebruik van lasers voor de behandeling van lupus-geassocieerd erytheem na acute lupus, en inflammatie, verlittekening en dyspigmentatie bij chronische cutane lupus. [3]

Ondanks het feit dat de effectiviteit en veiligheid van laser (en vaatlaser in het bijzonder) bij lupus meermaals is aangetoond, blijft er veel wantrouwen. Collega's hebben hun twijfels over de veiligheid gezien het fotosensitieve karakter van deze dermatose. Daarnaast is er de angst voor langdurig bestaande pigmentverschuivingen na laser bij donkere fototypes. [3] We weten dat UV-straling gemedieerde celapoptose en cellulaire inflammatie leiden tot exacerbatie van lupus. De huidige lasersystemen hebben echter allen een golflengte die zich buiten het ultraviolet spectrum bevindt waardoor het onwaarschijnlijk is dat ze exacerbatie van lupus zullen teweeg brengen. [4]

Hieronder ziet u een weergave van de verschillende golflengtes van het licht. De vaatlasers werken voornamelijk binnen het spectrum van 400 tot 1200 nm, aldus buiten het spectrum van het UV-licht.



(Bron: Google Afbeeldingen)

Het *Journal of the American Academy of Dermatology* publiceerde in augustus 2020 een overzichtsartikel rond het gebruik van lasertherapie bij patiënten met lupus. Zowel laserbehandelingen gericht op vaatschade als verdampende lasers werden als veilig en effectief beschreven. [3]

INTENSE PULSED LIGHT (IPL) EN PULSED DYE LASER (PDL)

Vaatlasers en IPL worden als veilig beschouwd in de behandeling van restschade na cutane lupus. De golflengte van deze apparatuur kan zich richten op het oxyhemoglobine in de ery-

throcyten waardoor rode bloedlichaampjes opwarmen. Door deze thermische schade aan de bloedvatwand zal het dermaal infiltraat afnemen met resolutie van cutane lupus als gevolg. Histopathologie van cutane lupus letsels na lasertherapie toont een reductie van het lymfocytair infiltraat in de papillaire dermis, een reductie van de basale vacuolisatie en een afname van de expressie van proinflammatoire cytokines. [5] In de literatuur wordt vooral gebruik gemaakt van IPL en PDL in de behandeling van patiënten met lupus.

Intense Pulsed Light

IPL is een niet-coherente polychromatische breedband gefilterde flitslamp dewelke licht uitzendt binnen een spectrum van 400 tot 1200 nm. Het wordt zowel door hemoglobine als melanine geabsorbeerd en kan dan ook bij diverse dermatosen en esthetische doeleinden gebruikt worden (bv. huidverjonging, pigmentafwijkingen, epilatie en vasculaire letsels). Er is een groeiende interesse voor IPL behandeling van inflammatoire dermatosen. [6]

In het artikel van het *Journal of the American Academy of Dermatology* uit 2020 wordt IPL geadviseerd voor de behandeling van de vasculaire component van CLE, mits gebruik van een lage fluence (11-12 J/cm²). Algemeen stelt men dat IPL vooral effectief is in het vroege stadium van CLE. [3]

In 2022 verscheen een bijkomende review over het gebruik van IPL bij inflammatoire dermatosen. Men beschrijft ook hier een aantal casussen waarbij IPL veilig gebruikt wordt in de behandeling van verlittekening en erytheem bij DLE en SCLE. Men stelt geen belangrijke neveneffecten vast en een behoud van effect tot 12 maanden na therapie. Gemiddeld zijn 3-5 sessies nodig met 4 weken interval en het gebruik van een lage fluence wordt opnieuw aangeraden. [6]

Pulsed Dye Laser

PDL werd voor het eerst gebruikt in de behandeling van inflammatoire dermatosen in 1992. Het is de eerste laser die ontwikkeld werd voor de behandeling van vasculaire afwijkingen. PDL heeft met name absorptie in hemoglobine en in veel mindere mate in melanine. De meest gebruikte golflengten zijn 585 en 595nm waardoor enkel oppervlakkig gelegen vaastucturen worden getroffen. [7]

Een prospectieve studie uit 2009 met 12 patiënten met DLE huidletsels toonde aan dat PDL effectief en veilig is voor de behandeling van refractaire DLE. In deze studie werd gebruik gemaakt van PDL 585nm met 5,5 J/cm² fluence en spotgrootte van 7mm. Men adviseerde 3 behandelsessies met telkens een interval van 6 weken. Er werden geen belangrijke neveneffecten beschreven. [8]

Ook PDL bij patiënten met SLE wordt als veilig beschouwd. [7] SLE gaat vaak gepaard met diffuus erytheem in het gelaat en leidt op die manier tot een belangrijke vraag naar behandeling. We kunnen uit 2 studies, waarbij PDL gebruikt wordt bij patiënten met SLE onder immuunmodulerende therapie, concluderen dat PDL veilig is en geen exacerbatie teweeg



Klinische beelden van chronische discoïde lupus erythematosus thv het gelaat. Foto A is het klinisch beeld voor laserbehandeling. Voorbehandeling met vaseline werd voorzien ter reductie van de desquamatie. Foto B is het klinisch beeld na laserbehandeling. Er werden geen neveneffecten beschreven. [8]

brengt van de cutane manifestaties van SLE. Er werden geen systemische neveneffecten beschreven. [9,10]

In een andere review van Brauer et al. werd PDL meermaals beschreven in de behandeling van CLE met complete remissie, goede tolerantie, afname van grootte, erytheem en oedeem. Er werden geen complicaties vastgesteld. [4]

ARGON LASER EN VERDAMPENDE LASERS

De eerste studies in de jaren tachtig met CO₂ en Argon lasers gaven veel neveneffecten waaronder hypopigmentatie en verlittekening. [8] Er werd slechts 1 case report beschreven van een mogelijk laser-geïnduceerde DLE bij een asymptomatische patiënt, dewelke behandeling kreeg met Argon laser voor nasale teleangiëctasieën. [11] De neveneffecten worden nu echter vooral toegeschreven aan het gebruik van verouderde en te sterke instellingen. [4]

Een review uit 2014 beschreef goede effectiviteit van de Argon laser op CLE letsels. Tevens beschreef men een goed effect van volledig ablatieve CO₂ laser (10600nm) en Erbium:YAG

laser (2940nm) op verlittekende DLE letsels. Er was een behoud van remissie tot 1-2 jaar na behandeling. [4]

In 2023 verscheen het tot nu toe grootste retrospectieve cohort door Asfour et al. van patiënten met bindweefselziekten en inflammatoire dermatosen behandeld met lasers. De studie duurde 10 jaar. Men bemerkte algemeen goede uitkomsten en een goed effect op het psychologisch welzijn van de patiënten. In de studie had 12% van de patiënten DLE en 3% SLE. Men concludeerde een veilig gebruik van Argon 514nm laser, CO₂ laser, Erbium:YAG laser en Nd:YAG laser. Algemene adviezen rond het gebruik van lasers bij hogere fototypes bestonden uit het gebruik van langere golflengte, lagere fluënsie en langere pulsduur, om zo het risico op thermale schade van het epiderm te vermijden. [12]

Tot op heden zijn geen studies beschreven over het gebruik van gefractioneerde lasers bij patiënten met lupus.

CONCLUSIE

We kunnen besluiten dat lasertherapie niet alleen veilig is bij patiënten met LE, maar ook een effectieve (aanvulling op) behandeling bij acute, subacute en chronische cutane lupus.

LEERPUNTEN

- Cutane en systemische lupus erythematosus zijn zeldzame dermatosen, doch kunnen leiden tot een significante morbiditeit en verminderde 'quality of life' (QoL).
- Zowel de acute inflammatoire cutane letsels, als chronische verlittekende cutane restletsels zijn een grote bron van vraag naar behandeling.
- In de literatuur zijn voldoende studies beschikbaar dewelke de veiligheid en effectiviteit van laserbehandeling bij cutane en systemische lupus erythematosus bevestigen, met hoge belangstelling voor het gebruik van vaatlasers.

TREFWOORDEN

Cutane lupus erythematosus - systemische lupus erythematosus - Intense Pulsed Light - Pulsed Dye Laser - CO₂ laser - Argon laser - behandeling

BELANGENVERSTRENGELING

Geen financiële belangenverstrengeling.

LITERATUUR

1. Debeuf ME, Verstraeten V. Vaatlaser bij lupus en dermatomyositis. *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie*. 2021;31(9):39-42.
2. Goldman L. The laser in dermatology. *Int J Dermatol*. 1980;19(6):329-31.
3. Creadore A, et al. Cosmetic treatment in patients with autoimmune connective tissue diseases: Best practices for patients with lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(2):343-363.
4. Brauer JA, et al. Laser therapy in the treatment of connective tissue

diseases: a review. *Dermatol Surg.* 2014; 40(1):1-13.

5. Pindado-Ortega C, et al. Reply to: S2k guideline for treatment of cutaneous lupus erythematosus - guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2019;33(2):e70-e71.
6. Cai Y, et al. Intense pulsed light treatment for inflammatory skin diseases: a review. *Lasers Med Sci.* 2022;37(8):3085-3105.
7. Erceg A, et al. The efficacy of pulsed dye laser treatment for inflammatory skin diseases: a systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(4):609-615.e8.
8. Erceg A, et al. Efficacy and safety of pulsed dye laser treatment for cutaneous discoid lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(4):626-32.
9. Baniandr s O, et al. Treatment of lupus erythematosus with pulsed dye laser. *Lasers in Surgery and Medicine.* 2003;32(4):327-330.
10. Izikson L, et al. Treatment of port wine stains with pulsed dye laser in patients with systemic lupus erythematosus: Practical considerations and complications. *Journal of Cosmetic and Laser Therapy.* 2008;10(4):223-225.
11. Wolfe JT, et al. Cutaneous lupus erythematosus following laser-induced thermal injury. *Arch Dermatol.* 1997;133:392-393.
12. Asfour L, et al. The role of lasers in connective tissue and inflammatory dermatoses: A 10-year retrospective review of 60 Patients in a UK tertiary laser clinic. *Indian Dermatol Online J.* 2023;14(5):616-623.

CORRESPONDENTIEADRES

Julie Terrasson

E-mail: julie.terrasson@student.kuleuven.be



Richtlijn voor extra mammaire Paget's en de screening op onderliggende adenocarcinomen, gebaseerd op het anatomische subtype

K. Bouwman | dermatoloog i.o. UMCG | Silke Bouwman: k.bouwman01@umcg.nl

Extra mammaire Paget's is een zeldzame huidaandoening die vaak gepaard gaat met onderliggende interne adenocarcinomen, vooral bij de perianale vorm van Paget's. Er is echter onvoldoende bekend over de specifieke associaties tussen Paget's en interne adenocarcinomen per anatomische subtype, en over de implicaties voor het screenen op deze onderliggende tumoren. Het doel van de studie van Kibbi *et al.* was om de prevalentie van secundaire Paget's (interne adenocarcinomen bij Paget's) en de types van geassocieerde adenocarcinomen te definiëren, en om een screeningsalgoritme voor onderliggende adenocarcinomen te ontwikkelen.

Een systematische literatuurstudie werd uitgevoerd van januari 1990 tot november 2022, en 122 studies voldeden aan de inclusiecriteria. Een multidisciplinaire expertgroep beoordeelde de aanbevelingen voor screening op adenocarcinomen.

Perianale Paget's vertoonden de hoogste associatie met interne adenocarcinomen (25%), vooral van colorectale oorsprong. De aanbevolen screening bij perianale Paget's omvat daarom een colonoscopie, urinecytologie, en CT van de borst, buik en bekken. Penoscrotale Paget's vertoonden een lagere prevalentie van secundaire adenocarcinomen (6%), en waren voornamelijk van urogeni-

tale oorsprong. Bij deze patiënten wordt urinecytologie, een feces occult bloed test en PSA-test aanbevolen, vooral voor patiënten onder de 70 jaar. Ook vulvaire Paget's hadden een lagere prevalentie van onderliggende adenocarcinomen (6%), met aanbevelingen voor urinecytologie en mammografie voor screening.

De studie is gebaseerd op retrospectieve gegevens zonder systematisch follow-up, en er is een mogelijke selectie-bias aanwezig.

CONCLUSIE

Screeningsmethoden en schema's op onderliggende adenocarcinomen bij extra-mammaire Paget's moeten worden afgestemd op de anatomische locatie van de aandoening. Grondige screening is essentieel voor perianale Paget's, terwijl gerichte en kostenbewuste screening voor vulvaire en penoscrotale Paget's vaak voldoende is, tenzij er risicofactoren aanwezig zijn.

Kibbi N, Owen JL, Worley B, Alam M. Extramammary Paget's Disease Guideline Study Group. Recommended guidelines for screening for underlying malignancy in extramammary Paget's disease based on anatomic subtype. *J Am Acad Dermatol.* 2025 Feb;92(2):261-268. doi: 10.1016/j.jaad.2024.07.1531. Epub 2024 Oct 12. PMID: 39401611.



Drug survival van dupilumab, methotrexaat en ciclosporine A bij kinderen met constitutioneel eczeem.

M.A. Lamberts | Dermatoloog i.o. UMCG | Aniek Lamberts: m.a.lamberts@umcg.nl

Een drug survival is een belangrijke parameter die de lange-termijnprestaties van een geneesmiddel weergeeft. De studie van van der Rijst, *et al* onderzocht de drug survival van methotrexaat (MTX), dupilumab en ciclosporine A (CsA) voor constitutioneel eczeem op de kinderleeftijd.

Data van patiënten tussen 2 en 17 jaar oud behandeld in vijf Nederlandse tertiaire centra werden geïncludeerd vanuit de prospectieve BIODAY en TREAT registers, en patiëntendossiers. Dit omvatte data van 362 unieke patiënten die 192 behandelperiodes met dupilumab ondergingen, 94 met MTX en 216 met CsA. De belangrijkste uitkomst was overall drug survival na 1-jaar, 2-jaar en 3-jaar, waarbij dupilumab de langste overall drug survival liet zien (84%, 72% en 62%) ten opzichte van MTX (61%, 39% en 25%), en CsA (44%, 22% en 10%). Behandeling met MTX en CsA waren onafhankelijk geassocieerd met hoger risico op staken door ineffectiviteit en bijwerkingen, in vergelijking met dupilumab.

De meest voorkomende reden van stoppen was ineffectiviteit (36%), met name in patiënten met CsA (57%). Daarentegen werd er bij patiënten met CsA het vaakst gestopt vanwege goed

gecontroleerde ziekte (10% versus 6% bij MTX en 3% bij dupilumab).

Staken door bijwerkingen kwam het meest frequent voor bij MTX (30%), waarbij misselijkheid de meest voorkomende reden was. Dit was conjunctivitis bij dupilumab en hoofdpijn bij CsA. Er werd frequenter gestaakt door toedieningsproblemen bij CsA (7%) dan bij het subcutaan geïnjecteerde dupilumab (5%) en MTX (2%), vermoedelijk door de bittere smaak van CsA drank en/of moeite met doorslikken van de grote capsules.

CONCLUSIE

Deze studie brengt inzicht in de drug survival op basis van effectiviteit, veiligheid en tolereerbaarheid van drie veelgebruikte systemische therapieën voor constitutioneel eczeem op de kinderleeftijd. Dupilumab liet de langste drug survival zien, gevolgd door MTX en CsA.

van der Rijst LP, Kamphuis E, Schuttelaar MLA, *et al.* Drug survival of dupilumab, methotrexate, and cyclosporine A in children with atopic dermatitis. *JAMA Dermatol.* 2025;161(1):12-21.



Even lekker klagen ...

D.J. Hijnen

Luistert u ook wel eens naar de podcast van *Medisch Contact*? Ik vond dat ik vanuit mijn rol als NVDV-voorzitter daarnaar moest luisteren, maar steeds ergerde ik me aan de aankondiging van 'de tuchtklacht van de week', voor mijn gevoel gepresenteerd als het hoogtepunt van een realityshow met een hoge amusementswaarde.

Waarschijnlijk komt die irritatie door mijn teleurstellende ervaringen met twee tuchtklachten. De eerste tuchtklacht zal ik nooit vergeten: een aangetekende brief van het tuchtcollege viel op de deurmat in mijn aios-tijd. De klacht was ingediend door de moeder van een volwassen vrouw, die zelf niet bij het consult aanwezig was geweest. Waarschijnlijk kwam de klacht voort uit onvrede, onmacht en frustratie over de aandoening van haar dochter. Zonder benul van het effect op een jonge dokter, stuurde ze de klacht rechtstreeks naar het tuchtcollege in plaats van eerst in gesprek te gaan met iemand die ze niet eens had ontmoet. Toch neemt het tuchtcollege zo'n klacht zonder enige filtering in behandeling, besteden juristen kostbare tijd aan het formuleren van prachtige juridisch teksten en achtervolgt zo'n zaak je meer dan een jaar. Uiteindelijk werd de klacht ongegrond verklaard en afgewezen door het tuchtcollege.

De tweede tuchtklacht waarin ik een van de beklaagden was, hadden we eigenlijk al wel zien aankomen. De klager had verwachtingen van het consult die niet overeenkwamen met de werkwijze in ons ziekenhuis. Hij wenste niet door een aios gezien te worden, want: "Als je naar de tandarts gaat, wil je toch ook niet door de secretaresse behandeld worden." Daarmee was de toon meteen gezet. Na pogingen om tot een redelijke oplossing te komen, vertrok patiënt onverrichter zake naar huis. Hij spuwde zijn gal in een brief aan het tuchtcollege en wij konden weer aan het werk om uit te leggen wat daadwerkelijk gebeurd was. Ook deze klacht werd ongegrond verklaard, maar de kwestie had wederom grote impact op de betrokkenen. Voor mij was deze tweede klacht al veel minder ingrijpend dan de eerste, maar wat blijft is de deceptie, onmacht over de gang van zaken en impact op je werk- en privéleven.



Bestuursvoorzitter NVDV, dermatoloog en afdelingshoofd Dermatologie, Radboudumc, Nijmegen

DREMPELLOOS KLAGEN

Toen het deze week weer raak was (dit keer bij een van onze aios), dacht ik: "Nu is het genoeg." De klacht is niet realistisch en men kan deze mijns inziens onmogelijk gegrond verklaren. Toch bereikt de klacht volgens de huidige werkwijze nog steeds drempelloos de tuchtcommissie. We moeten hier als NVDV iets mee! Enerzijds het onderwerp bij de FMS op de agenda zetten en daarnaast denk ik dat het tuchtrecht een plek moet krijgen in de opleiding. In mijn opleiding kwam het nimmer aan bod. Gelukkig wordt in het 4e/5e jaars cocom tegenwoordig wel aandacht besteed aan tucht- en klachtrecht.

De frustratie rond dit onderwerp komt de laatste maanden veel terug in de medische bladen. *Medisch Contact* publiceerde recent de uitkomsten van een enquête onder 6800 artsen naar de impact van het tuchtrecht. Tweederde van de respondenten ervaart frustratie en ruim de helft gevoelens van angst. Ook leidt een tuchtzaak onder de ondervraagde tot defensiever handelen en zelf 10% overweegt het artsenvak te verlaten (zie de nummers 5 en 6; respectievelijk van 30 januari en 6 februari 2025).

De KNMG pleit al heel lang voor een herziening van het tuchtrecht. Geef mij maar complexe huidproblemen die vragen om een fijnzinnig dermatologisch antwoord, dus hou ik mij verre van juridische fijnslipperijs. Ieder zijn vak, immers. Maar toch...

Het zou bijvoorbeeld logisch zijn om een klacht eerst via de klachtencommissie van de instelling te laten verlopen. Laten we dat zo snel mogelijk proberen te realiseren. Maar er is meer denkbaar. Wist u dat tot 2019 het indienen van een klacht bij het tuchtcollege gratis was? Sinds 1 april 2019 betaalt de indiener 50 euro. Dat leidde tot een halvering van het aantal ingediende klachten.

Wat dat betekent kunt u zelf bedenken.

Deze column is geschreven op persoonlijke titel.

LITERATUUR

- <https://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/over-ons/jaarcijfers-tuchtcolleges/jaarcijfers-2022/regionale-tuchtcolleges/overzicht-klachten#anker-2-aantal-afgehandelde-klachten>
- <https://www.openovertuchtrecht.nl/>
- <https://www.medischcontact.nl/actueel/federatienieuws/federatiebericht/knmg-tuchtrecht-veroorzaakt-angst-en-onzekerheid-bij-artsen-1>

CORRESPONDENTIEADRES

Dirk Jan Hijnen

E-mail: dirkjan.hijnen@radboudumc.nl



Petra Dikrama wint publieksprijs

“Als ondernemer moet je dŭrven springen”

Redactie

Dikrama Clinics uit Utrecht won eind maart de *Best Clinic Award 2025*, een respectabele publieksprijs in de cosmetische geneeskunde. Nadat de kliniek eerder al eens de prijs voor 'beste kliniek' binnenhaalde, volgde nu voor de tweede keer de onderscheiding in de categorie 'beste arts'. Dermatoloog en mede-oprichter Petra Dikrama die, naast de eigen kliniek, ook al jaren verbonden is aan het Erasmus MC, is blij met de erkenning: “Onze kliniek is maar een stipje op de horizon tussen de grote klinieken met meerdere vestigingen en vele artsen.”

ZUSSEN-DROOM

De bakermat van het succes ligt in het bezielde, spirituele verband van de drie zussen Jocelyne (huisarts), Monique (cosmetisch arts) en Petra (dermatoloog), die een gelijkzijdige driehoek vormen. “Allen geboren in Jakarta, rond ons vijftiende naast school gaan werken en daarna geneeskunde studeren, waarbij ieder van ons de eigen studie betaalde. Zelfredzaamheid en zelfstandigheid die we meekregen van moederskant die, na de vroege dood van onze vader, er alleen voor stond met vier jonge kinderen. Die opvoeding heeft ons veel gebracht. De oprichting van een gezamenlijke eigen kliniek is de realisatie van een al jaren sluimerende zussen-droom.”

Wat niet wil zeggen dat alles probleemloos verliep. Verre van. “We openden in coronatijd. Dat Monique plotseling overleed binnen drie maanden na opening van de kliniek deed onze gezamenlijke droom op zijn grondvesten schudden. We besloten onze veerkracht aan te spreken en door te zetten, zij het in een aangepaste balans. De kliniek voelt als een bron van liefde en licht, waar Moniques stem nog altijd resoneert. We zijn dankbaar dat we dit avontuur met z'n drieën konden starten.”

“Ons uitgangspunt was van meet af mensen te behandelen zoals we zelf behandeld zouden willen worden. Ons bedrijfs-motto luidt dan ook: ‘Voor jou met aandacht’. En dat past bij één van de drijfveren in mijn leven: mensen helpen opdat ze letterlijk en figuurlijk weer goed in hun vel zitten. Onze diepe wens is dat mensen voelen dat ze meer dan goed genoeg zijn. Weliswaar werk je in de cosmetiek aan het oppervlak van het lichaam, maar de transformaties reiken veel dieper. Regelmatig zien we hoe mensen zich herpakken en opbloeien na life events, zoals een echtscheiding of periode van ziekte of rouw. Hoe ze zelfliefde hervinden of een levenspartner vinden. We hebben onze consulttijd op een half uur gezet, en dat biedt mensen alle tijd en ruimte hun verhaal te doen en de aandacht te geven die ze verdienen.”



VEELVRAAT

Petra Dikrama is een markant persoon, geflambeerd met een scheut eigenzinnigheid. Een gretige dromer, naar eigen zeggen. Altijd op zoek naar nieuwe kennis en ervaringen. “Ik heb nu eenmaal belangstelling voor heel veel zaken, variërend van gezondheid, persoonlijke ontwikkeling, spiritualiteit tot en met zaken op financieel-economisch terrein”.

“Het ondernemerschap past perfect bij mij. Het geeft een gevoel van vrijheid en ik kan er mijn creativiteit in kwijt. Er wordt aanspraak gemaakt op een ander stuk van je brein

en je netwerk wordt rijker. Die vrijheid is niet vrijblijvend en gaat hand in hand met maximale verantwoordelijkheid. Uiteindelijk ben je als zelfstandig ondernemer zo ongeveer verantwoordelijk voor alles, en niet alleen voor het medisch of cosmetisch resultaat. Tegenwoordig zijn er voor cosmetische klinieken vele reviewsites waar mensen hun ervaring kunnen achterlaten, dat hoort er ook bij. Voor mensen die veiligheid als een hoge waarde hebben, is het ondernemerschap niet weggelegd. Je moet wel met vertrouwen dŭrven te springen.”

OSCARS

Een Oscar-gevoel kreeg ze niet bij het winnen van de vakprijs. “Dankbaarheid is een woord dat beter past. Dankbaar dat ik in de gelegenheid ben om dit werk, naast mijn academische werkzaamheden, te mogen doen, dankbaar om mensen te mogen helpen om beter in hun vel te zitten, dankbaar om dit samen te kunnen doen met mijn zus en de rest van ons fantastische team en zo kan ik nog even doorgaan. Daarnaast ben ik blij dat er onder de winnaars een dermatoloog vertegenwoordigd is. Of ik dat nou ben of een andere dermatoloog, dat maakt niet uit.”

“Dermatologie en cosmetische geneeskunde zijn zeer complementair. De uitgebreide kennis van de huid, huidziekten en behandelingen die je als dermatoloog hebt, helpt om een betere cosmetische behandelaar te zijn. Omgekeerd helpt de kennis van huidveroudering, anatomie, esthetiek en esthetische behandelingen die je in de cosmetische geneeskunde opdoet, ook om een beter dermatoloog te zijn.”

“De belangstelling voor cosmetische dermatologie neemt steeds meer toe. Ik juich dat toe en ben van mening dat dermatologen bij uitstek geschikt zijn om allerhande huidbehandelingen te doen, inclusief cosmetische ingrepen. Het zou zonde zijn om dit terrein te verliezen aan cosmetisch artsen en plastisch chirurgen. Daarom omarm ik het initiatief van Peter Velthuis om de cosmetisch geïnteresseerde dermatologen te verenigen in de Nederlandse Vereniging voor Cosmetische Dermatologie; samen staan we sterker!”

CORRESPONDENTIEADRES

Redactie NTVdV

E-mail: redactie@nvdv.nl