

Constitutioneel eczeem

Prof. dr. C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen, drs. R.A. Kuin

De richtlijn dateert uit 2006 en is gedeeltelijk herzien in 2014.

Inleiding

Het doel van deze richtlijn is het doen van verantwoorde uitspraken over de optimale zorg voor de patiënten met constitutioneel eczeem (CE), wat betreft diagnostiek en therapie. Hierbij is ook vastgelegd wat thans wenselijk is bij de ziekte-educatie en de psychosociale en arbeidskundige begeleiding van patiënten met CE. Voor de huisartsen is er ook een NHG-Standaard, die in een paralleltraject ontwikkeld is en goed aansluit op de NVDV-richtlijn Constitutioneel Eczeem.

Diagnostiek

CE is een klinische diagnose met arbitraire kenmerken, waarbij jeuk altijd wordt gerekend tot de hoofdcriteria. De diagnose geïnfecteerd CE kan klinisch worden gesteld. Dat geldt ook voor een herpes simplex-infectie bij CE.

De invloed van voedsel- en inhalatieallergenen

Veel patiënten met CE zijn gesensibiliseerd voor inhalatie- en/of voedselallergenen, wat wil zeggen dat ze allergeenspecifiek IgE tegen deze allergenen hebben. Toch blijkt de combinatie van deze sensibilisatie (allergeenspecifiek serum IgE aantoonbaar) en een positieve anamnese, in de vorm van toename van het eczeem na

bijvoorbeeld inname van het betreffende voedselallergeen, geen goede voorspeller te zijn van de invloed van het allergeen op de ernst van het eczeem. Er zijn nog geen goede tests om aan te tonen of allergenen een oorzakelijke en/of onderhoudende factor zijn in het hebben van het eczeem. De dubbelblind placebo-gecontroleerde voedselprovoactie wordt beschouwd als de gouden standaard, maar is alleen gestandaardiseerd voor het aantonen van acute symptomen na inname van voedsel en niet voor het objectiveren van eczematieuze reacties na 24 tot 48 uur.

Er is evenmin een gouden standaard om de invloed van een inhalatieallergeen op het eczeem te voorspellen. De kans dat het eczeem wordt beïnvloed door blootstelling aan huisstofmijtallergeen, lijkt groter te zijn bij patiënten met CE die ook astma (bronchiale hyperreactiviteit) hebben en gesensibiliseerd zijn voor huisstofmijt.

Allergeeneliminatie

Het is onduidelijk of eliminatie van een voedselallergeen voor kortere of langere tijd gepaard gaat met een klinisch relevante afname van de ernst van het eczeem. Vanwege de kans op voedingsdeficiënties behoort het eventueel toch geven van een eliminatiedieet te worden begeleid door een diëtiste. Het positieve effect van het gebruik van matras-, kussen- en dekbedhoezen als huisstofmijtreducerende maatregel op de activiteit van CE is tot nu toe onvoldoende aangetoond.

Niet-specifieke factoren

Een aantal niet-allergische factoren (zweeten en warmte, irritatie door textiel) veroorzaken jeuk. Ziek zijn en stress kunnen het eczeem verergeren.

Behandeling

Lokale therapie

Corticosteroïden

Bij het gebruik van corticosteroïden uit klasse II en III is 2 dd-applicatie niet effectiever dan 1 dd. Er zijn geen onderzoeksgegevens die een verschil in effectiviteit kunnen onderbouwen tussen het iedere dag, dan wel het om de dag, aanbrengen van corticosteroïden. De werkgroepleden geven er de voorkeur aan dat in de acute fase van een ernstig eczeem wordt gestart met een krachtig corticosteroïd (klasse III of bij volwassenen zelfs een klasse IV) in plaats van met een corticosteroïd uit een lagere klasse. Zodra verbetering optreedt, wordt de therapie geleidelijk afgebouwd en zo mogelijk gestaakt, waarbij de patiënt het advies krijgt de behandeling te hervatten zodra een recidief optreedt. Bij frequente recidieven is een onderhoudsbehandeling met corticosteroïden aangewezen. Een onderhoudsbehandeling kan bestaan uit tweemaal daags, iedere dag, een applicatie van een klasse I-corticosteroïd of eenmaal daags een applicatie van een klasse II-corticosteroïd of tweemaal per week een applicatie van een klasse III-corticosteroïd.

Behandelaars dienen hun patiënten goed te informeren over het feit dat het langdurig gebruik van een klasse I- of klasse II-corticosteroïd (bij kinderen beneden de twee jaar klasse I) zelden zal leiden tot lokale bijwerkingen en dat het intermitterend gebruik van een corticosteroïd klasse III eveneens zelden zal leiden tot lokale bijwerkingen.

Systemische bijwerkingen van lokale corticosteroïden

Percutane absorptie van dermatocorticosteroïden kan leiden tot systemische beschikbaarheid van het lokaal aangebrachte corticosteroïd. Hierdoor kunnen potentiële bijwerkingen optreden in

verschillende orgaansystemen (cushingsyndroom). Er kunnen bij langdurige resorptie bijwerkingen optreden in de botmineraaldichtheid (osteoporose) en in de ogen (glaucoom en cataract). Indien het door de huid geresorbeerde dermatocorticosteroid de productie van cortisol door de bijnierschors langdurig onderdrukt kan dat leiden tot iatrogene bijnierschorsatrofie en (exogene M.Addison).

In het algemeen dient de behandelaar zich bewust te zijn dat er, bij gebruik van dermatocorticosteroiden, mogelijk effect kan zijn op de hypothalamus-hypofyse-bijnierschors-as en dat dit tussen individuen kan verschillen.

Volwassenen met gecontroleerd CE

Tijdens de onderhoudsbehandeling van volwassen patiënten met gecontroleerd CE komen verlaagde cortisolspiegels of afwijkende ACTH-testen nauwelijks voor bij gebruik van klasse III-dermatocorticosteroiden tot ± 60 gram/week en bij gebruik van klasse IV-dermatocorticosteroiden tot ± 40 gram/week. Deze hoeveelheden komen overeen met de geadviseerde veilige hoeveelheden in de CBO-richtlijn Dermatocorticosteroiden.

Bij langdurig gebruik met > 10 gram/dag van met name klasse III- en IV-dermatocorticosteroiden over grote oppervlakten met verhoogde kans op systemische resorptie is het zinvol cortisolspiegels te meten; zijn deze verlaagd als teken van resorptie dan dient in overleg met de endocrinoloog een cortisolstressschema afgesproken te worden.

Volwassenen met een exacerbatie CE

De behandelaar moet zich ervan bewust zijn dat verlaagde cortisolspiegels voorkomen tijdens een 2 weken durende intensieve behandeling met > 10 gram/dag dermatocorticosteroiden van klasse III en IV bij patiënten met een exacerbatie CE. Echter, herstel treedt snel op na het afbouwen en uiteindelijk na het sta-

ken van de therapie.

Het is belangrijk bij langdurig gebruik met > 10 gram/dag van met name klasse III- en IV-dermatocorticosteroïden de hoeveelheid gebruikte dermatocorticosteroïd langzaam af te bouwen. Niet alleen om exacerbaties van het eczeem te voorkomen maar ook om bij een eventueel onderdrukte cortisolproductie de bijnierschors adequaat te stimuleren. Bij langdurig gebruik van > 10 gram/dag van met name klasse III- en IV-dermatocorticosteroïden over grote oppervlakten is het zinvol cortisolspiegels te meten; zijn deze verlaagd als teken van resorptie dan dient in overleg met de endocrinoloog een cortisolstressschema afgesproken te worden.

Kinderen met CE

Bij kinderen is fluticasonpropionaat het best onderzocht. Met betrekking tot het mogelijk optreden van een effect op de hypothalamus-hypofyse-bijnierschors-as wordt geadviseerd kinderen met CE in de onderhoudsfase bij voorkeur te behandelen met klasse I- en II-dermatocorticosteroïden. Bij gebruik van klasse III- en IV-dermatocorticosteroïden dient de behandelaar zich bewust te zijn dat door resorptie de hypothalamus-hypofyse-bijnierschors-as onderdrukt kan worden.

Bij langdurig gebruik van klasse III- en IV-dermatocorticosteroïden over grote oppervlakten met verhoogde kans op systemische resorptie is het zinvol cortisolspiegels te meten; zijn deze verlaagd als teken van resorptie dan dient in overleg met de (kinderarts) endocrinoloog een cortisolstressschema afgesproken te worden.

Intermitterend gebruik (2x/week, gedurende weken) met 0,005% fluticasonpropionaatzalf lijkt geen invloed te hebben op de hypothalamus-hypofyse-bijnierschors-as bij kinderen met CE.

Kortdurende behandeling met 0,005% fluticasonpropionaatzalf of

0,05% fluticasonpropionaatcrème in hoeveelheden tot 30 gram/week bij kinderen < 2 jaar en hoeveelheden tot 50 gram/week bij kinderen > 2 jaar heeft nauwelijks effect op de hypothalamus-hypofyse-bijnierschors-as.

Effecten op botmineraaldichtheid en ogen

Er is voorsnog geen reden om botmineraaldichtheid te bepalen bij volwassen patiënten en kinderen met CE, daar er geen relatie wordt gevonden tussen het gebruik van dermatocorticosteroiden en een verlaagde BMD. Wel kan het geven van lifestyleadviezen om de botgezondheid te optimaliseren aangewezen zijn.

Er is voorsnog geen reden om te screenen op het voorkomen van glaucoom of cataract bij patiënten met CE, daar er geen relatie is gevonden tussen het gebruik van dermatocorticosteroiden en het optreden van glaucoom en cataract.

Overige lokale middelen

Een belangrijk aspect bij de therapie van CE is het behandelen van de droge huid met indifferente zalven/crèmes. Voor teerproducten (liquor carbonis detergens en pix lithantracis) is slechts een bescheiden plaats bij de behandeling van CE. Pimecrolimuscrème en tacrolimuszalf zijn tweedelijns geneesmiddelen voor de behandeling van mild tot matig CE, met name geschikt voor patiënten vanaf twee jaar die onvoldoende reageren op andere lokale therapieën en voor patiënten die bijwerkingen hebben van corticosteroiden. Het advies luidt om hierbij blootstelling aan zonlicht zo veel mogelijk te beperken.

De klinische effectiviteit van lokale antibacteriële therapie is niet aangetoond. Bij CE met recidiverende impetiginisatie of een hoge stafylokokkendichtheid is mogelijk een plaats voor behandeling met een antisepticum.

Fototherapie

Fototherapie kan worden toegepast indien lokale therapieën onvoldoende effect hebben. Op basis van beperkt onderzoek verdienen NB-UVB en (cold light) UVA_I de voorkeur. Vanwege de betere beschikbaarheid, de mindere warmteontwikkeling en de minder tijds- en arbeidsintensiteit heeft NB-UVB de voorkeur boven UVA_I.

Systemische therapie

Antihistaminica

De als niet-sederend bekendstaande antihistaminica hebben geen therapeutisch effect bij CE-patiënten zonder urticaria of andere topische verschijnselen, zoals rinoconjunctivitis en hebben volgens de werkgroep dan ook geen plaats in het therapeutisch arsenaal. Kortdurende, intermitterende behandeling met sederende antihistaminica kan worden toegepast bij slaapgebrek door jeuk, maar het kan de topicale behandeling niet vervangen. Het geven van sederende antihistaminica aan kinderen jonger dan twee jaar wordt niet aanbevolen vanwege tegenstrijdige gegevens over een mogelijk gering risico op wiegendood.

Immunosuppressiva

Ciclosporine-A (CsA) is het middel van eerste keus voor patiënten (zowel volwassenen als kinderen > 2 jaar) met ernstig CE, die onvoldoende respons vertonen op intensieve lokale therapie. Wel is goede inspectie van de huid (ziekte-ernst en maligniteit) en regelmatige controle van bloeddruk en laboratoriumwaarden noodzakelijk, zie monitorschema's in tabel 1 t/m 5 voor een overzicht van de laboratoriumcontroles.

Als alternatief kan azathioprine (AZA) bij zowel volwassenen en kinderen, mycophenolaatmofetyl (MMF)/mycofenolzuur (MPA) bij volwassenen (er is alleen beperkte ervaring met MMF bij kinderen > 2 jaar) of methotrexaat (MTX) bij volwassenen en kinde-

ren > 8 jaar worden toegepast. Dit zijn traag werkende immuno-modulerende middelen, over het algemeen treedt de werking pas op na 8-12 weken. Ook deze middelen vragen om een intensieve controle van laboratoriumwaarden. Orale corticosteroiden zijn effectief, echter onderhoudsbehandeling geeft de bekende langetermijnbijwerkingen van corticosteroiden. Orale corticosteroiden kunnen kortdurend gegeven worden als acute interventie therapie bij de behandeling van exacerbaties of als tijdelijke comedica tie bij het opstarten van een traag werkend immunomodulerend middel, zoals AZA, MMF/MPA of MTX (zie tabel 2-5).

Tabel 1. Monitoringsschema van laboratoriumcontroles bij behandeling met CsA bij CE.

Parameter	Vóór behan- deling	Periode in weken			Tijdens onderhouds- dosering (elke 3 mnd)
		4	8	12	
Bloeddruk	x	x	x	x	x
Bloedbeeld*	x				
Leverwaarden**	x				
Serum creatinine	x	x	x	x	x
Triglyceriden, cholesterol	x	x			

* Erythrocyten, leukocyten, trombocyten

** Transaminasen, AF, gamma-GT, bilirubine, LDH, albumine

NB Bij stijging van serum creatinine van > 130% boven de uitgangswaarde van de patiënt, dient de frequentie van controles geïntensiveerd te worden en dient eventueel de dosis te worden aangepast.

NB Afhankelijk van patiënt en eventuele comedica tie: volledig bloedbeeld, kalium en leverenzymen en kunnen de controles frequenter plaatsvinden.

Risico's orale immunosuppressiva

- *Infectie en maligniteiten:* de werkgroep adviseert om bij CE-patiënten altijd de gehele huid goed te inspecteren om zo

eventuele huidmaligniteiten te kunnen ontdekken, te letten op eventuele palpabele lymfeklieren en vooraf anamnestic eventuele aanwijzingen voor maligniteiten uit te vragen. De werkgroep raadt aan om bij gebruik van alle orale immunosuppressiva een combinatie met lichttherapie te vermijden en om aan de patiënt zonprotectieadviezen te geven.

- *Interacties met andere medicatie*: de werkgroep adviseert om altijd het Farmacotherapeutisch Kompas te raadplegen alvorens te starten met systemische immunosuppressiva.
- *Zwangerschap*: de werkgroep adviseert bij vrouwen met CE en zwangerschapswens orale immunosuppressiva te staken. Bij mannen worden AZA, MTX, MMF en MPA ontraden bij kinderwens. Bij exacerbatie in zwangerschap ondanks adequate lokale therapie is alleen behandeling met orale corticosteroiden te overwegen in overleg met gynaecoloog (zie tabel 2-5).

Tabel 2. Monitoringsschema van laboratoriumcontroles bij behandeling met AZA bij CE, bij normale TPMT-waarden.

Parameter	Vóór behandeling	2 wkn na proefdosering	Tijdens opdoseren (in wkn)			Tijdens onderhoudsdosering (elke 3 mnd)
			4	8	12	
Thiopurine-S-methyltransferase (TPMT) (optioneel)	x					
Bloedbeeld*	x	x	x	x	x	x
Leverwaarden**	x	x	x	x	x	x
Serum creatinine	x					
Zwangerschaptest (urine)***	x					

* Erythrocyten, leukocyten, trombocyten

** ALAT, gamma-GT

*** Alleen bij twijfel over zwangerschap voorafgaand aan de behandeling
NB Afhankelijk van patiënt en eventuele comedicaatie: kunnen de controles
frequenter plaatsvinden.

Tabel 3. Monitoringsschema van laboratoriumcontroles bij behandeling met
AZA bij CE, bij lage TPMT-waarden of bij TPMT-waarden onbekend.

Parameter	Vóór behan- deling	2 wkn na proef- dosering	Tijdens opdoseren (in wkn)*				Tijdens onderhouds- dosering (elke 3 mnd)
			2*	4*	6*	8*	
Thiopurine-S-methyl- transferase TPMT (optioneel)	x						
Bloedbeeld**	x	x	x	x	x	x	x
Leverwaarden***	x	x	x	x	x	x	x
Serum creatinine	x						
Zwangerschaptest (urine)****	x						

* na iedere dosisverhoging lab na 2 wk: 2 wk 50 mg: lab; 2 wk 100 mg: lab;
2 wk 150 mg: lab; evt 2wk 200 mg: lab (zie kopje dosering voor meer uitleg).

** Erythrocyten, leukocyten, trombocyten

*** ALAT, gamma-GT

**** Alleen bij twijfel over zwangerschap voorafgaand aan de behandeling
NB Afhankelijk van patiënt en eventuele comedicaatie: kunnen de controles
frequenter plaatsvinden.

Tabel 4. Monitoringsschema van laboratoriumcontroles bij behandeling met MMF/MPA bij CE.

Parameter	Vóór behandeling	Tijdens opdoseren (in wkn)				Tijdens onderhoudsdosering (elke 3 mnd)
		2	4	8	12	
Bloedbeeld*	x	x	x	x	x	x
Leverwaarden**	x	x	x	x	x	x
Serum creatinine	x	x	x	x	x	x
Zwangerschapstest (urine)***	x					

* Erythrocyten, leukocyten, trombocyten

** ALAT, gamma-GT

*** Alleen bij twijfel over zwangerschap

NB Afhankelijk van patiënt en eventuele comedicaatie: kunnen de controles frequenter plaatsvinden.

Tabel 5. Monitoringsschema van laboratoriumcontroles bij behandeling met MTX bij CE.

Parameter	Vóór behandeling	1 wk na proefdosering	Tijdens opdoseren (in wkn)			Tijdens onderhoudsdosering (elke 2-3 mnd)
			4	8	12	
X-thorax	x					
Bloedbeeld*	x	x	x	x	x	x
Serum creatinine	x	x	x	x	x	x
Leverwaarden**	x	x	x	x	x	x
Serum albumine	x					
HBV/HCV	x					
Zwangerschapstest (urine)	x					
PIIINP (indien beschikbaar)	x		Elke 3 maanden***			
	Aanvullende specifieke testen kunnen noodzakelijk zijn afhankelijk van kliniek, risico's en expositie.					

* Hb, erythrocyten, leukocyten, trombocyten, Wanneer leukocyten < 3,0, neutrofielen < 1,0, trombocyten < 100, of lever enzymen > 2x bovengrens baselinewaardes, verminder de dosis of onderbreek de medicatie.

** ALAT, ASAT, gamma-GT

*** Leverbiopsie moet worden overwogen bij geselecteerde patiënten; bijvoorbeeld bij patiënten met blijvend abnormaal PIIINP (> 4,2 mcg/l in ten minste drie metingen gemeten over een periode van twaalf maanden)

NB Afhankelijk van patiënt en eventuele comediatie: kunnen de controles frequenter plaatsvinden.

Anti-infectieuze middelen

Orale antibiotica worden alleen ingezet bij verergering van het eczeem met klinische tekenen van infectie (impetiginisatie). De voorkeur gaat hierbij uit naar flucloxacilline of claritromycine. Bij klinische verdenking op eczema herpeticum wordt geadviseerd direct te starten met valaciclovir en bij kinderen aciclovir.

Veiligheid van dermatocorticosteroiden in de zwangerschap en tijdens borstvoeding

In het algemeen dient de behandelaar zich bewust te zijn dat er mogelijk percutane absorptie plaatsvindt bij gebruik van dermatocorticosteroiden door de moeder en dat dit met name op kan treden bij gebruik van klasse 3- en 4-dermatocorticosteroiden. Tijdens de zwangerschap en lactatie gaat de voorkeur uit naar behandeling met een dermatocorticosteroid van klasse 1 of 2. Beperk het gebruik van klasse 3- en 4-dermatocorticosteroiden. Bij gebruik van dermatocorticosteroiden op de tepel dient de tepel eerst schoongemaakt te worden alvorens borstvoeding te geven.

Psychosociale gevolgen

Gevolgen op somatisch, psychisch en sociaal gebied

Kinderen met ernstig CE ervaren een lagere kwaliteit van leven en hebben vaak last van slaapproblemen, gerelateerd aan jeuk en krabben. Systematische aandacht bij de behandelaar voor de psy-

chosociale anamnese is noodzakelijk. Daarnaast dient men alert te zijn op aandachtsproblemen en hyperactief gedrag wat vaker voorkomt bij kinderen met CE.

Gezinnen/ouders met een kind met ernstig CE ervaren een lagere kwaliteit van leven en hebben vaak last van een verstoorde slaap. Systematische aandacht bij de behandelaar voor de psychosociale anamnese is noodzakelijk. Bij aanwijzingen voor ernstige psychische problematiek op dit gebied verdient verwijzing naar een psycholoog of andere psychosociale hulpverlener (liefst met ervaring op het gebied van CE) overweging.

Bij volwassenen met ernstiger vormen van CE kunnen psychische klachten optreden en is het negatieve effect van CE op de kwaliteit van leven aangetoond. Bij een vermoeden van ernstige psychische problematiek verdient verwijzing naar een psycholoog of andere psychosociale hulpverlener overweging. Deze kan gebruikmaken van gevalideerde vragenlijsten om dit vermoeden te objectiveren. Gezien de complexe problematiek is het wenselijk dat deze hulpverlener kennis en ervaring heeft op het gebied van psychosociale problematiek bij CE, zowel bij kinderen, de ouders en het gezin als bij volwassenen.

Gevalideerde vragenlijsten

Ondanks het feit dat het gebruik van gevalideerde vragenlijsten onvoldoende is onderzocht, is de werkgroep van mening dat bij vermoeden van ernstige psychosociale gevolgen of psychische klachten gerelateerd aan CE, in aanvulling op de psychosociale anamnese, het best gebruik kan worden gemaakt van gevalideerde psychologische screeningsinstrumenten en dermatologie specifieke kwaliteit-van-levenvragenlijsten.

Relatie met arbeid

Aangezien irritatieve factoren bij patiënten met CE het risico op het ontstaan van handeczeem verhogen, is het belangrijk dat zorg-

verlener en patiënt aan deze irriterende factoren aandacht schenken, zowel op het werk als privé. Elke patiënt met handeczeem en een risicoberoep (nat werk), ook indien werkend in ZZP-constructie, moet worden geadviseerd om contact op te nemen met de bedrijfsarts. De bedrijfsarts kan ervoor zorgen dat onderzoek naar huidbelastende factoren op de werkplek wordt verricht. In overleg met de werknemer en/of de specialist brengt de bedrijfsarts een advies uit aan de werkgever over de verbetering van huidbelastende arbeidsomstandigheden waardoor verzuim door huidproblemen wordt geminimaliseerd.

De werkgroep raadt patiënten met een ernstig CE af om 'nat werk'-beroepen uit te oefenen. Indien er sprake is van een matig actief CE zonder handeczeem kan met behulp van gerichte begeleiding bekeken worden of blootstelling aan water en andere irriterende factoren voorkomen kan worden tijdens het werk. Aangezien er een positief effect op de activiteit van het CE is te verwachten, wordt aanbevolen om handschoenen te dragen bij irriterende arbeidsomstandigheden (nat werk, irriterende stoffen enz). Hierbij is het belangrijk de juiste keuze van handschoenmateriaal te maken op grond van het product en/of de stof waartegen de handschoen moet beschermen. Dragen van afsluitende handschoenen dient vermeden te worden. De werkgroep beveelt het dragen van katoenen binnenhandschoenen aan. Schakel bij onvoldoende kennis de bedrijfsarts in. Het gebruik van specifieke emollentia op het werk wordt niet aanbevolen, wel is het nuttig om emollentia te gebruiken die uitdroging van de huid tegengaan.

Er bestaat bij werknemers met CE geen hoger risico op het krijgen van allergisch contacteczeem op basis van een type IV-allergie dan bij niet-atopische werknemers. Werknemers met CE hoeven daarom het contact met type IV-allergenen niet te vermijden. Anders is dit voor het krijgen van een type I-allergische reactie (contacturticaria of astma, rinitis) op stoffen zoals latex, dierlijke huidschilfers en voedselwitten).

Voorlichting en begeleiding

Effectiviteit interventies

Voorlichting en begeleiding, gericht op zowel somatische als psychosociale aspecten, vormen ter wille van het zelfmanagement een wezenlijk onderdeel van de behandeling van patiënten met CE.

Individuele voorlichting en begeleiding kan door de behandelaar vaak zelf gegeven worden. Indien hiervoor onvoldoende mogelijkheden zijn, beveelt de werkgroep aan ter zake deskundige verpleegkundigen in te zetten tijdens spreekuren, dagbehandeling of in de thuissituatie. Ook kunnen psychologische consulten, bij complexe psychosociale problematiek, nodig zijn.

De behandeling van CE bij kinderen door verpleegkundig specialisten onder supervisie van dermatologen lijkt vergelijkbaar qua verbetering van de ziekteactiviteit en kwaliteit van leven en lijkt bovendien kostenbesparend en kosteneffectief ten opzichte van zorg door dermatologen. Het valt daarom te overwegen behandeling van kinderen met CE door verpleegkundig specialisten te laten verrichten.

E-health bestaande uit e-consulten, online monitoring en zelfmanagementtraining zou de gebruikelijke follow-upconsulten van patiënten met mild tot matig ernstig CE kunnen vervangen.

NB Bij mild CE kan de patiënt, indien mogelijk, terugverwezen worden naar de huisarts.

De patiëntenvereniging Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem (VMCE) kan via groepsvoorlichting een rol spelen in onder meer informatievoorziening en lotgenotencontact.

Therapietrouw

Voor terapietrouw is een goede arts-patiëntrelatie van belang, evenals behandeling in samenspraak met de patiënt, eenduidige uitleg over de werking en bijwerkingen van de behandeling en over uitleg over afbouwen van de therapie en informatie over de chroniciteit en het beloop van het CE.

Afstemming samenwerking

De uitgangspunten van samenwerking bij patiënten met CE zijn:

- Behandeling in de eerste lijn als het kan, in de tweede lijn als het nodig is;
- Eén hoofdbehandelaar, namelijk de huisarts of de dermatoloog (bij kinderen eventueel de kinderarts).

De huisarts verwijst naar de dermatoloog bij onvoldoende reactie op de behandeling of wanneer het niet lukt om lokale corticosteroïden af te bouwen. Bij kinderen kan (bijvoorbeeld bij aanwezigheid van andere atopische aandoeningen) overwogen worden te verwijzen naar een kinderarts. Bij chronisch gebruik van lokale middelen heeft de huisarts ten minste jaarlijks contact met de patiënt.

De huisarts en dermatoloog (of kinderarts) zorgen voor een goed gedocumenteerde verwijs- respectievelijk terugverwijsbrief, ontleend aan de richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP).

De dermatoloog (of kinderarts) verwijst de patiënt terug, indien de behandeling door de dermatoloog (of kinderarts) geen meerwaarde heeft boven behandeling door de huisarts.

Bij de start van de orale (systemische) therapie stelt de dermatoloog de huisarts zo spoedig mogelijk hiervan op de hoogte vanwege mogelijke bijwerkingen of interacties met andere medicatie.