

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. Uitentuis (*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** Antibiotica profylaxe bij Mohs micrografische chirurgie
- 10** Commentaar: kanttekeningen bij een lovenswaardige exercitie
- 11** Richtlijn Kindermodules 2024 (samenvatting)
- 17** Het gras heeft jeuk - De huid in gedichten voor kinderen
- 20** Opinie: Samen sterker - de meerwaarde van samenwerking met flankerende beroepsgroepen
- 23** Column: Het heet gordelroos
- 25** Kennisquiz importdermatosen: Je gaat het pas zien als je het door-gemaakt hebt
- 26** Schimmelinfecties aan de voeten: professionele ondersteuning voor de voetverzorg
- 29** Kennisquiz geïndureerde subcutane nodi
- 30** Fenomeen van Meyerson: een case report
- 33** Column: Jambo Daktari
- 35** Persisterende proctitis: een onverwachte oorzaak
- 37** Richtlijn Peniele intra-epitheliale neoplasie 2025 (samenvatting)
- 41** Kennisquiz importdermatosen: antwoorden
- 42** Kennisquiz geïndureerde subcutane nodi: antwoorden

VERENIGING

- 43** Bestuurscolumn: Luistervink bij het bestuur

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.



Antibiotica profylaxe bij Mohs micrografische chirurgie

S.B. van der Hoeven¹, M. Vermeer², R. Rademaker³, J.B. Terra⁴, J. van der Palen⁵, C. Vrijman⁶

Mohs micrografische chirurgie (MMC) is een chirurgische vriescoupe techniek voor keratinocytenkanker. Er is geen consensus of het standaard toepassen van antibiotica profylaxe bij MMC de kans op een wondinfectie verlaagt. In de diverse Mohs-centra gelden verschillende criteria voor het toepassen van antibiotica. In deze prospectieve observationele studie wordt het effect van antibiotica profylaxe bij MMC op het aantal postoperatieve wondinfecties geanalyseerd.

INTRODUCTIE

De richtlijn 'infectiepreventiemaatregelen bij dermatologische ingrepen' van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie beschrijft dat antibiotica profylaxe bij Mohs micrografische chirurgie (MMC) doorgaans niet geïndiceerd is, maar wel overwogen kan worden bij een significant verhoogd risico op wondinfecties of als de consequenties van een mogelijke infectie groot zijn. Er wordt aangeraden om dit per casus te overwegen. [1] Het is echter wenselijk om het gebruik van antibiotica te minimaliseren vanwege de mogelijke negatieve effecten voor de patiënt als bijwerkingen en allergieën, maar ook vanwege de toenemende resistentievorming voor antibiotica. Het doel van de studie was om te analyseren of het niet standaard toepassen van antibiotica profylaxe bij MMC leidt tot meer wondinfecties.

METHODE

In deze prospectieve observationele studie werden data verzameld in Ziekenhuisgroep Twente (ZGT), Deventer Ziekenhuis (DZ) en Isala dermatologisch centrum (IDC) tussen 13-01-2020 en 30-11-2020. De patiënten werden in deze periode consecutief geïnccludeerd. Elk centrum had een eigen standaardbeleid omtrent antibiotica profylaxe: I) ZGT: bij patiënten met huidkanker op de locaties oor, neus, peri-oraal of peri-oculair werd één uur preoperatief antibiotica profylaxe verstrekt middels cefaclor 2000mg of bij een penicillineallergie clindamycine 600mg; II) DZ: alleen bij patiënten met een verwacht hoog risico op postoperatieve wondinfecties werd profylactische antibiotica verstrekt en de noodzaak hiervan werd per casus beoordeeld; III) IDC: elke patiënt kreeg één uur preoperatief antibiotica profylaxe middels clindamycine 600mg.

De studie werd verdeeld in twee periodes. In de eerste periode van elf weken werd het standaardbeleid van de ziekenhui-

zen uitgevoerd. De tweede periode van elf weken werd het huidige ziekenhuisbeleid gewijzigd en werd er in alle drie de ziekenhuizen uitsluitend antibiotica profylaxe gegeven bij patiënten met een verwacht hoog risico op infecties. Het ging hier om patiënten die in aanmerking kwamen voor endocarditis-profylaxe volgens het lokale protocol. Daarnaast kregen ook rokers met een transplantaat als reconstructie na MMC de antibiotica profylaxe. Als bij rokers op voorhand al duidelijk was dat het een transplantaat zou worden, werd profylaxe voor de ingreep volgens protocol eigen ziekenhuis verstrekt. Indien tijdens de procedure pas voor een transplantaat werd gekozen dan werd er postoperatieve profylaxe gegeven. In beide periodes werd bijgehouden of er wondinfecties optraden. Wondinfecties werden gedefinieerd als de noodzaak tot oraal antibioticagebruik wegens klinische tekenen van infectie van de operatiewond (rubor, calor, tumor, dolor) binnen 30 dagen na de ingreep.

Patiënten werden tijdens het intakegesprek voorzien van mondelinge en schriftelijke informatie over de studie en informed consent werd vastgelegd.

Inclusiecriteria: patiënten met een huidmaligniteit die in aanmerking kwamen voor MMC.

Exclusiecriteria: patiënten waarbij de reconstructie door een ander medisch specialisme werd uitgevoerd, patiënten die een slow-Mohs ondergingen en patiënten die geen toestemming verleenden voor het onderzoek.

De statistische analyses gebeurden met behulp van het programma IBM SPSS Statistics versie 25. Bij de baseline karakteristieken werd gekeken naar een statistisch significant verschil tussen de twee studieperiodes. Bij normaal verdeelde variabelen werd de onafhankelijke t-toets gebruikt en bij niet

¹ Aios huisartsgeneeskunde, SBOH, locatie Twente.

² Epidemioloog Ziekenhuisgroep Twente, Almelo

³ Aios JGZ, NSPOH

⁴ Dermatoloog Isala Dermatologisch Centrum, Zwolle

⁵ Epidemioloog Medisch Spectrum Twente en Universiteit Twente, Enschede

⁶ Dermatoloog Ziekenhuisgroep Twente, Almelo en Hengelo

normaal verdeelde variabelen de Mann-Whitney U toets. Bij binomiale metingen werd de Chi-square test gebruikt, met uitzondering van de types basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom, waarbij de keuze viel op de Fisher's Exact test. Statistische analyse werd gedaan door middel van een interrupted time series (ITS) analyse. Er vond een overall analyse plaats naar het aantal wondinfecties en een sub-analyse per ziekenhuis. Een p-waarde van minder dan 0,05 beschouwden we als statistisch significant.

RESULTATEN

Inclusie

In de eerste periode werden in elf studieweken 271 opeenvolgende wonddefecten geïncubeerd, waarvan 95 door ZGT, 57 door DZ en 119 door IDC. In de tweede periode werden in elf studieweken 348 opeenvolgende wonddefecten geïncubeerd, waarvan 112 door ZGT, 50 door DZ en 186 door IDC (figuur 1). In totaal werden 62 wonddefecten geëxcludeerd, redenen hiervoor waren dat het defect werd gesloten door de plastische chirurgie (N=51), geen toestemming van de patiënt (N=10) en een gecompliceerd verlopen procedure (N=1).

De inclusieperiode liep vanaf week 3 tot en met week 44 in het jaar 2020. Een week waarin helemaal niet werd geïncubeerd werd uitgesloten van het onderzoek (tabel 1).

Baseline karakteristieken

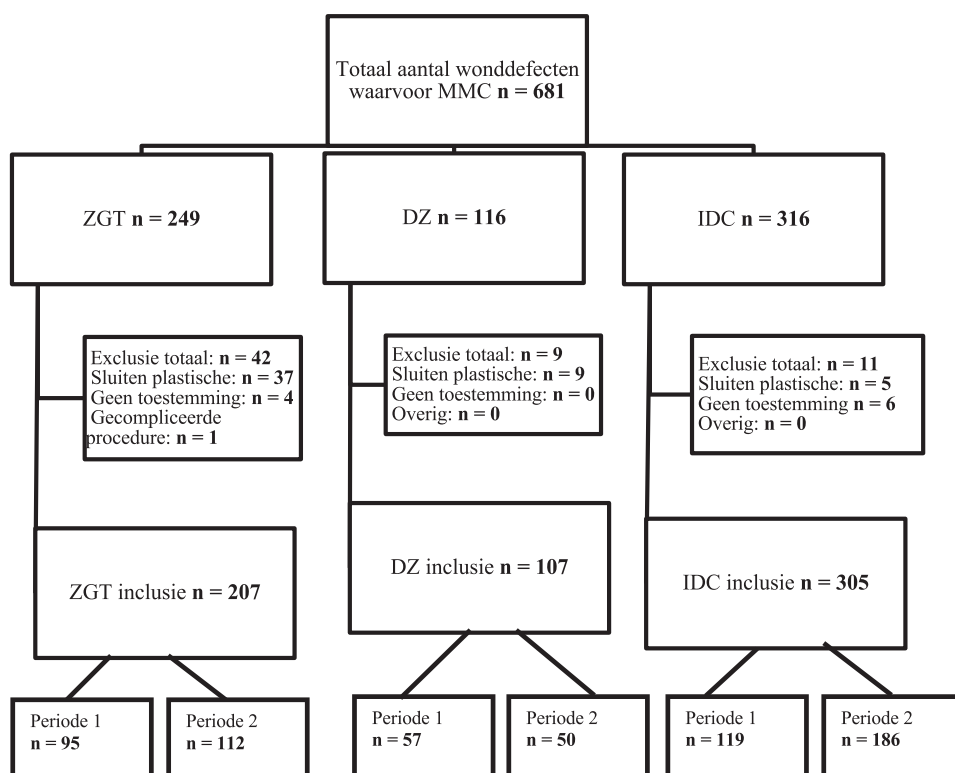
De data van de baseline karakteristieken waren voor 99,6% beschikbaar. De mediane leeftijd van de patiënten in periode 1 was 72,0 jaar [interkwartielafstand (IQR) 64,0-80,0] en in periode 2 was dit 72,5 jaar [IQR 64,0-80,0]. Er waren 124 (45,8%)

vrouwen in periode 1 en 185 (53,2%) in periode 2. In periode 1 rookten 18 (6,8%) patiënten, gebruikten 76 (28,1%) antistollingsmedicatie, waren 15 (5,6%) immuun gecompromitteerd en hadden 5 (1,9%) een kunsthartklep. In periode 2 rookten 30 (8,7%) patiënten, gebruikten 95 (27,3%) antistollingsmedicatie, waren 19 (5,5%) immuun gecompromitteerd en hadden 9 (2,6%) een kunsthartklep. In periode 1 kregen 155 (57,2%) patiënten antibioticaprofylaxe, in periode 2 waren dit er 39 (11,2%). De meest voorkomende locatie van de ingreep was in beide periodes op de neus. De mediane tumorgrootte in periode 1 was 10,0mm [IQR 8,0-15,0] en in periode 2 was dit 11,0mm [IQR 8,0-15,0]. Het mediane aantal rondes dat in beide periodes werd uitgevoerd was 1,0 [IQR 1,0-2,0]. De mediane defectgrootte in periode 1 was 16,0mm [IQR 13,0-23,0], in periode 2 was dit ook 16,0mm [IQR 13,0-21,0]. De meeste wonddefecten werden primair gesloten. (tabel 2).

De twee periodes zijn met elkaar vergeleken en werden gelijkwaardig bevonden, met uitzondering van het gebruik van antibioticaprofylaxe ($p < 0,001$) en de verschillende reconstructiewijzen ($p = 0,025$).

WONDINFECTIES

In totaal traden er bij 27 (27/619 = 4,4%) wonddefecten een wondinfectie op: in de eerste periode traden er 5 (5/271 = 1,8%) wondinfecties op, in de tweede periode waren dit er 22 (22/348 = 6,3%). Van deze 27 wondinfecties kregen 3 patiënten (3/27 = 11,1%) antibioticaprofylaxe voor de ingreep en 24 (24/27 = 89,9%) patiënten niet. De meeste wondinfecties werden op de neus gezien (13/27 = 48,1%, van alle defecten op de neus is 5,4% (13/240 = 5,4%) geïnfecteerd geraakt), gevolgd door het



Figuur 1. Stroomdiagram inclusie en exclusie wonddefecten. Afkortingen: MMC = Mohs micrografische chirurgie, ZGT = Ziekenhuisgroep Twente, DZ = Deventer Ziekenhuis, IDC = Isala Dermatologisch Centrum, plastische = plastische chirurgie.

Tabel 1. Inclusieperiode

Ziekenhuis	Periode 1	Periode 2	Weken geen inclusie
ZGT	Week 7 t/m 11 & 14 t/m 19	Week 20 t/m 30	12, 13
DZ	Week 3 t/m 17	Week 19 t/m 40	8, 11, 13, 14, 18, 23, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 39
IDC	Week 21 t/m 33	Week 34 t/m 44	29, 30

Bovengenoemde weken zijn weergegeven volgens de kalenderweeknummers van 2020.

Gebruikte afkortingen: ZGT = Ziekenhuisgroep Twente, DZ = Deventer Ziekenhuis, IDC = Isala Dermatologisch Centrum.

Tabel 2. Demografische kenmerken

Karakteristieken	Periode 1 n=271	Periode 2 n=348	p-waarde
Leeftijd, mediaan [IQR]	72,0 [64,0-80,0]	72,5 [64,0-80,0]	0,775
Vrouw, n (%)	124 (45,8)	185 (53,2)	0,068
Roken, n (%)	18 (6,8)	30 (8,7)	0,402
Antistolling, n (%)	76 (28,1)	95 (27,3)	0,815
Immuunsuppressie, n (%)	15 (5,6)	19 (5,5)	0,930
Kunsthartklep(pen), n (%)	5 (1,9)	9 (2,6)	0,561
Locatie ingreep			0,571
Auriculair*, n (%)	34 (12,5)	39 (11,2)	-
Kin, n (%)	1 (0,4)	6 (1,7)	-
Nasolabiaal, n (%)	9 (3,3)	15 (4,3)	-
Neus, n (%)	102 (37,6)	138 (39,7)	-
Peri-oculair, n (%)	22 (8,1)	31 (8,9)	-
Peri-oraal, n (%)	6 (2,2)	10 (2,9)	-
Scalp, n (%)	9 (3,3)	18 (5,2)	-
Temporaal, n (%)	20 (7,4)	23 (6,6)	-
Voorhoofd, n (%)	31 (11,4)	38 (10,9)	-
Wang, n (%)	35 (12,9)	28 (8,0)	-
Overig, n (%)	2 (0,7)	2 (0,6)	-
Huidtumor			-
Basaalcelcarcinoom**, n (%)	244 (90)	328 (94,3)	0,164
Superficieel, n (%)	3 (1,2)	0 (0,0)	-
Nodulair, n (%)	152 (62,3)	192 (59,1)	-
Micronodulair, n (%)	12 (4,9)	13 (4,0)	-
Sprieterig, n (%)	77 (31,6)	119 (36,6)	-
Basosquameus, n (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	-
Plaveiselcelcarcinoom, n (%)	27 (10)	20 (5,7)	0,259
Goed gedifferentieerd, n (%)	10 (37,0)	11 (55,0)	-
Matig gedifferentieerd, n (%)	12 (44,4)	8 (40,0)	-
Slecht gedifferentieerd, n (%)	4 (14,8)	0 (0,0)	-
Overig, n (%)	1 (3,7)	1 (5,0)	-
Tumorgrootte, mediaan [IQR]	10,0 [8,0-15,0]	11,0 [8,0-15,0]	0,595
Aantal rondes, mediaan [IQR]	1,0 [1,0-2,0]	1,0 [1,0-2,0]	0,891
Defectgrootte, mediaan [IQR]	16,0 [13,0-23,0]	16,0 [13,0-21,0]	0,495
Reconstructie			0,025
Primair, n (%)	77 (28,4)	112 (32,2)	-
Secundaire granulatie, n (%)	3 (1,1)	12 (3,4)	-
Vrij huidtransplantaat, n (%)	36 (13,3)	35 (10,1)	-
Plastieken			
Rotatieplastiek, n (%)	48 (17,7)	61 (17,5)	-
Schuifplastiek, n (%)	72 (26,6)	105 (30,2)	-
Transpositieplastiek, n (%)	35 (12,9)	23 (6,6)	-

De data zijn gepresenteerd als mediaan [IQR] of n (%). Tumorgrootte en defectgrootte zijn gemeten in millimeters. *Tevens pre- en retro-auriculair. **De groeiwijze van een basaalcelcarcinoom op volgorde van minst tot meest agressief is: superficieel, nodulair, micronodulair, sprieterig en basosquameus. Als er binnen één tumor sprake was van twee of meer verschillende typen groeiwijzen, is de meest agressieve groeiwijze genoteerd. Missing values periode 1: roken, n=8; antistolling, n=1; immuunsuppressie, n=5; kunsthartklep(pen), n=8; aantal rondes, n=1. Missing values periode 2: roken, n=3; immuunsuppressie, n=1; kunsthartklep(pen), n=4; type groeiwijze BCC, n=3.

auriculaire gebied (5/27 = 18,5%, van alle defecten op de oren is 6,8% (5/73 = 6,8%) geïnfecteerd geraakt). De kenmerken van de patiënten met een wondinfectie werden vervolgens vergeleken met de patiënten waar geen wondinfectie optrad. Er werd een significant verschil geconstateerd in antibioticaprofylaxe tussen de groepen ($p=0,020$). Daarnaast was opvallend dat de mediaan van het wonddefect bij patiënten met een wondinfectie groter was (mediaan 18,0 [IQR 14,0-25,0]) dan bij patiënten zonder een wondinfectie (mediaan 16,0 [IQR 13,0-21,0]), dit was echter niet statistisch significant ($p=0,070$) (tabel 3). Bij IDC werd het grootste verschil in het aantal wondinfecties tussen de periodes gevonden, namelijk +12 (+6,5%) (tabel 4).

INTERRUPTED TIME SERIES ANALYSES

Eerst werd inzichtelijk gemaakt in welke studieweken de wondinfecties voorkwamen en het aandeel wondinfecties van het totaal aantal wonddefecten werd vervolgens berekend. Hierbij werden de wonddefecten eerst van alle drie de ziekenhuizen bij elkaar opgeteld (figuur 2). Door middel van een interrupted time series (ITS) analyse werd er gekeken naar het verschil tussen beide periodes van alle drie de ziekenhuizen samen. Aan het einde van de eerste periode was het gemiddelde percentage wondinfecties 4,5% per week. In het begin van de tweede periode was het gemiddelde percentage wondinfecties 6,3% per week. Door de wijziging van het beleid was het gemiddelde percentage

Tabel 3. Kenmerken patiënten met wondinfectie en zonder een wondinfectie

Karakteristieken	Wondinfectie (N=27)	Geen wondinfectie (N=592)	p-waarde
Leeftijd, mediaan [IQR]	73,0 [58,0-84,0]	72,0 [64,0-80,0]	0,502
Vrouw, n (%)	14 (51,9)	295 (49,8)	0,837
Roken, n (%)	3 (11,1)	45 (7,7)	0,464
Antistolling, n (%)	10 (37,0)	161 (27,2)	0,266
Antibioticaprofylaxe, n (%)	3 (11,1)	191 (32,3)	0,020
Locatie ingreep			0,863
Auriculair*, n (%)	5 (18,5)	68 (11,5)	-
Kin, n (%)	0 (0,0)	7 (1,2)	-
Nasolabiaal, n (%)	1 (3,7)	23 (3,9)	-
Neus, n (%)	13 (48,1)	227 (38,3)	-
Peri-oculair, n (%)	2 (7,4)	51 (8,6)	-
Peri-oraal, n (%)	1 (3,7)	15 (2,5)	-
Scalp, n (%)	0 (0,0)	27 (4,6)	-
Temporaal, n (%)	1 (3,7)	42 (7,1)	-
Voorhoofd, n (%)	1 (3,7)	68 (11,5)	-
Wang, n (%)	3 (11,1)	60 (10,1)	-
Overig, n (%)	0 (0,0)	4 (0,7)	-
Huidtumor			-
Basaalcelcarcinoom, n (%)	26 (96,3)	546 (92,2)	0,615
Superficieel, n (%)	0 (0,0)	3 (0,6)	-
Nodulair, n (%)	14 (56,0)	330 (60,7)	-
Micronodulair, n (%)	0 (0,0)	25 (4,6)	-
Sprieterig, n (%)	11 (44,0)	185 (34,0)	-
Basoquameus	0 (0,0)	1 (0,2)	-
Plaveiselcelcarcinoom, n (%)	1 (3,7)	46 (7,8)	1,000
Goed gedifferentieerd, n (%)	1 (100,0)	20 (43,5)	-
Matig gedifferentieerd, n (%)	0 (0,0)	20 (43,5)	-
Slecht gedifferentieerd, n (%)	0 (0,0)	4 (8,7)	-
Overig, n (%)	0 (0,0)	2 (4,3)	-
Tumorgrootte, mediaan [IQR]	12,0 [9,0-15,0]	10,0 [8,0-15,0]	0,292
Aantal rondes, mediaan [IQR]	1,0 [1,0-2,0]	1,0 [1,0-2,0]	0,369
Defectgrootte, mediaan [IQR]	18,0 [14,0-25,0]	16,0 [13,0-21,0]	0,070
Reconstructie			0,888
Primair, n (%)	6 (22,2)	183 (30,9)	-
Secundaire granulatie, n (%)	0 (0,0)	15 (2,5)	-
Vrijhuidtransplantaat, n (%)	3 (11,1)	68 (11,5)	-
Plastieken			
Rotatieplastiek, n (%)	6 (22,2)	103 (17,4)	-
Schuifplastiek, n (%)	9 (33,3)	168 (28,4)	-
Transpositieplastiek, n (%)	3 (11,1)	55 (9,3)	-

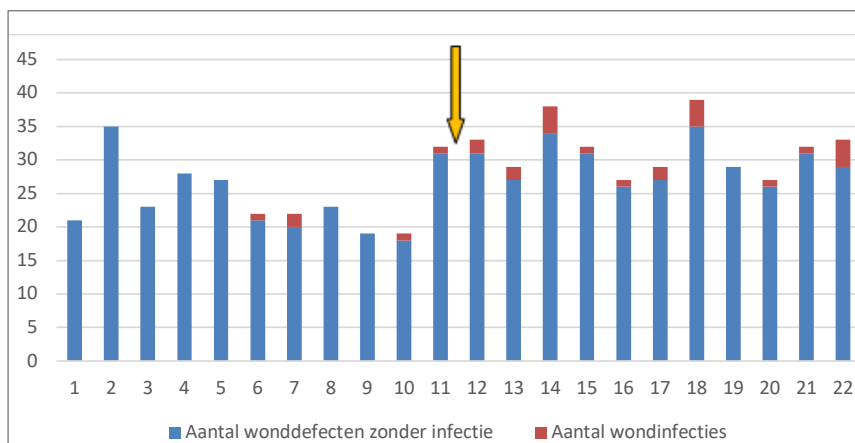
De data zijn gepresenteerd als mediaan [IQR] of n (%). Tumorgrootte en defectgrootte zijn gemeten in millimeters.

*Tevens pre- en retro-auriculair. Missing values in de wondinfectie groep: type groeiwijze BCC, n=1. Missing values in de geen wondinfectiegroep: roken, n=11; antistolling, n=1; type groeiwijze BCC, n=2; aantal rondes, n=1.

Tabel 4. Onderverdeling wondinfecties per ziekenhuis

Ziekenhuis	Periode 1, n (%)	Periode 2, n (%)	Vershil, n (%)
ZGT	4 (4/95 = 4,2%)	6 (6/112 = 5,4%)	+2 (+1,2%)
DZ	1 (1/57 = 1,8%)	4 (4/50 = 8,0%)	+3 (+6,2%)
IDC	0 (0/119 = 0%)	12 (12/186 = 6,5%)	+12 (+6,5%)

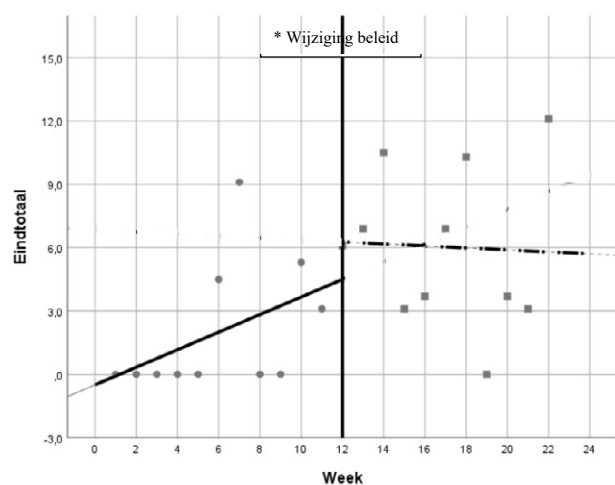
Gebruikte afkortingen: ZGT = Ziekenhuisgroep Twente, DZ = Deventer Ziekenhuis, IDC = Isala Dermatologisch Centrum.



Figuur 2. Wondinfecties over de studieweken. X-as: meetmomenten in weken, Y-as: cumulatief aantal wonddefecten van Ziekenhuisgroep Twente, Deventer Ziekenhuis en Isala Dermatologisch Centrum. Blauw: wonddefecten zonder infectie, rood: wonddefecten met infectie, gele pijl: wijziging beleid.

wondinfecties per week toegenomen met 1,8% (95% betrouwbaarheidsinterval (BI) -4,08 – 7,63). Dit was niet statistisch significant ($p = 0,56$). De hellingshoek gaat van 0,42 in de eerste periode naar -0,05 in de tweede periode. Door de wijziging van het beleid veranderde de hellingshoek met -0,46%, ook dit was niet statistisch significant ($p = 0,34$) (figuur 3).

Vervolgens werd van elk ziekenhuis apart inzichtelijk gemaakt in welke weken de wondinfecties voorkwamen. Gezien in het IDC het grootste verschil werd gevonden in wondinfecties tussen beide periodes werd voor alleen dit centrum opnieuw een ITS analyse verricht. Echter werd ook hier geen statistisch significant verschil gevonden.



Figuur 3. Deze interrupted time serie analyse laat de relatie zien tussen het percentage wondinfecties over de tijd in weken van alle drie de ziekenhuizen. *Aan het einde van de 11e week werd het beleid gewijzigd. ● = 11 meetmomenten in de eerste periode ■ = 11 meetmomenten in de tweede periode.

DISCUSSIE

Vanwege gebrek aan onderzoek in Nederland omtrent antibiotica-profylaxe bij MMC werd deze pilotstudie verricht om een eerste indruk te krijgen. Er lijkt hierbij een trend te zijn dat het niet standaard toepassen van antibioticaprofylaxe bij MMC, behoudens de hoog-risico-patiënt, leidt tot meer wondinfecties, echter laat de ITS analyse geen statistisch significant verschil zien.

In de eerste periode trad bij 1,8% van de wonddefecten een wondinfectie op, dit percentage is vergelijkbaar met andere studies. [2] In de tweede periode, waarbij antibioticaprofylaxe niet standaard werd toegepast, trad bij 6,3% een wondinfectie op. Dit percentage ligt hoger ten opzichte van andere studies. In een systematische review van Smith et al. (2019), waarbij 15 studies zijn geïncludeerd, wordt geconcludeerd dat de kans op een wondinfectie na MMC in de afwezigheid van antibioticaprofylaxe 2,1% (95% BI 1,4–2,7) is. [3] Dit verschil is lastig te duiden. Vanwege de heterogeniteit van de onderzoeken met groot verschil in methodes zijn de studies onderling moeilijk vergelijkbaar. Daarnaast zijn er meerdere definities van wondinfecties gebruikt. Het is denkbaar dat ons hoger gevonden percentage te maken heeft met de langere follow-up duur van 30 dagen ten opzichte van sommige andere studies. Mogelijk zijn de operatiewonden in onze studie laagdrempeliger als wondinfectie beoordeeld. Tot slot zouden de weersomstandigheden een rol kunnen hebben gespeeld, gezien de tweede periode in ZGT en DZ in een warmere periode lag.

Zoals eerder beschreven had elk centrum een eigen standaardbeleid omtrent antibiotica-profylaxe. De grootste wijziging in beleid vond plaats in het IDC, waarbij elke patiënt in de eerste periode één uur voor de operatie antibioticaprofylaxe kreeg en in de tweede periode antibioticaprofylaxe niet standaard werd toegepast. In dit centrum trad ook het grootste verschil

in aantal wondinfecties tussen beide periodes op (+6,5%). Het verschil was echter niet statistisch significant; een mogelijke verklaring hiervoor is dat het aantal metingen per week per ziekenhuis was gebaseerd op een laag aantal patiënten. Want ondanks dat er data zijn verzameld van drie verschillende centra, is het aantal observaties per meetmoment lager dan de vuistregel van 100 voor een ITS analyse. [4] Wanneer het aantal wonddefecten meer richting de vuistregel van 100 was gegaan, had de grafiek waarschijnlijk minder grote variaties laten zien en was de hellingshoek nauwkeuriger te berekenen. Bij de sub-analyse van het IDC is dit aantal observaties per meetmoment nog lager, waardoor de uitkomsten minder betrouwbaar zijn. Om uitspraken te doen over het effect van antibioticaprofylaxe op het aantal wondinfecties is daarom vervolgonderzoek nodig, bijvoorbeeld in een andere onderzoeksvorm en met een grotere steekproefgrootte.

Van de patiënten met een wondinfectie na een vrijhuidtransplantaat hadden twee van de drie patiënten geen antibioticaprofylaxe gehad, na plastieken waren dit 16 van de 18 patiënten. Rosengren et al. (2018) constateerde in een gerandomiseerde gecontroleerde dubbelblinde studie statistisch significant minder wondinfecties bij orale cefalexine in tegenstelling tot placebo bij patiënten die een plastiek als reconstructie of huidtransplantaat kregen na excisie van een huidmaligniteit op de neus of oren. [5] Hierdoor is het aannemelijk dat bij een plastiek of huidtransplantaat van de neus of oren antibioticaprofylaxe kan worden overwogen. Echter ondanks antibioticaprofylaxe trad in onze studie bij drie patiënten met een wonddefect op de neus of oor toch een wondinfectie op. Dit suggereert dat er naast antibioticaprofylaxe meerdere risico's zijn op het ontwikkelen van een wondinfectie. Wellicht spelen factoren als het hebben van een eerdere wondinfectie, reconstructiewijze, het aantal rondes, een ulcererende tumor of defectgrootte tevens een rol. [6] Meer onderzoek is nodig om de risicofactoren voor wondinfecties in kaart te brengen.

BEPERKINGEN

De studie kent een aantal beperkingen waaronder geen gezamenlijk start- en eindpunt voor de verschillende ziekenhuizen

en geen uniforme standaardbehandeling omtrent antibioticaprofylaxe in de eerste periode. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld weersomstandigheden een mogelijke rol hebben gespeeld en was er in DZ vrijwel geen verandering in beleid over beide periodes. Daarnaast had duidelijker in de methode opgenomen kunnen worden wanneer er precies sprake was van een 'hoog risico op wondinfecties' en dus het geven van antibioticaprofylaxe bij DZ. Tevens is in deze observationele studie niet goed onderzocht hoe goed het beleid in beide periodes is opgevolgd; er bestaat dus de mogelijkheid dat een aantal patiënten het verkeerde antibioticabeleid hebben gekregen. Tot slot zijn de resultaten gebaseerd op het aantal wonddefecten. Een aantal patiënten zijn in de studieperiode voor meerdere wonddefecten geïncludeerd. Wij zijn ons ervan bewust dat de resultaten op patiëntniveau enigszins zullen afwijken.

CONCLUSIE

Naar ons weten is dit de eerste multicenter studie waarbij gekeken is naar het effect van de wijziging van het antibioticaprofylaxebeleid. In deze studie lijkt er een trend te zijn dat het niet standaard toepassen van antibioticaprofylaxe bij MMC leidt tot meer wondinfecties, echter is dit verschil niet statistisch significant. Harde conclusies kunnen derhalve nog niet worden getrokken, daarvoor zal een vervolgstudie wenselijk zijn.

DANKWOORD

Speciale dank gaat uit naar alle betrokken patiënten, personeel van de verschillende ziekenhuizen en naar M.R. van de Scheur (dermatoloog Deventer Ziekenhuis).

LITERATUUR

1. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Richtlijn Infectiepreventie maatregelen bij dermatochirurgische ingrepen. NVDV 2017.
2. Merritt BG, Lee NY, Brodland DG, Zitelli JA, Cook J. The safety of Mohs surgery: a prospective multicenter cohort study. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(6):1302-1309.
3. Smith H, Borchard K, Cherian P, Vinciullo C. Systematic review and meta-analysis of surgical site infection following Mohs surgery without

SAMENVATTING

Doel: Analyseren of het niet standaard toepassen van antibioticaprofylaxe bij Mohs micrografische chirurgie (MMC) leidt tot meer wondinfecties.

Methode: In deze prospectieve observationele studie werden data verkregen uit de ziekenhuizen Ziekenhuisgroep Twente (ZGT), Deventer Ziekenhuis (DZ) en Isala dermatologisch centrum (IDC). 271 wonddefecten zijn geïncludeerd in de eerste periode van elf weken waarbij het eigen standaardbeleid omtrent antibioticaprofylaxe werd gevolgd. 348 wonddefecten zijn geïncludeerd in de tweede periode van elf weken, waarbij er uitsluitend antibioticaprofylaxe werd gegeven bij patiënten met een verwacht hoog risico op infecties. Er is een overall interrupted time series analyse en een sub-analyse per

ziekenhuis uitgevoerd naar het aantal wondinfecties.

Resultaten: Er traden in totaal 27 wondinfecties op. In de eerste periode kwam bij 1,8% van de wonddefecten binnen 30 dagen een wondinfectie voor, in de tweede periode was dit 6,3%.

Conclusie: Ondanks dat er een trend lijkt te zijn dat het niet standaard toepassen van antibiotica resulteert in meer wondinfecties, was dit verschil niet statistisch significant.

TREFWOORDEN

Antibioticaprofylaxe – Mohs micrografische chirurgie (MMC) – wondinfectie

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen

SUMMARY

Objective: To analyse whether the nonstandard application of antibiotic prophylaxis in Mohs micrographic surgery leads to more wound infections

Methods: Data for this prospective observational study were obtained by ZGT, DZ and IDC. 271 wound defects were included in the first study period of eleven weeks, at which the current hospital policy was followed. 348 wound defects were included in the second study period of eleven weeks at which they gave only prophylactic antibiotics by an expected high risk of wound infections. An overall analysis and subgroup analysis for each hospital were performed to

compare the number of wound infections.

Results: Twenty-seven wound infections occurred. In the first period a wound infection occurred by 1,8% of the wound defects within 30 days, in the second period by 6,3%.

Conclusion: There seems to be a trend that the nonstandard application of antibiotics resulted in more wound infections, however the interrupted time series analysis shows no statistically significant difference.

KEYWORDS

Prophylactic antibiotics - Mohs micrographic surgery - surgical site infection

prophylactic antibiotics. *Australas J Dermatol.* 2019 Nov;60(4):340-342.

4. Jandoc R, Burden AM, Mamdani M, Lévesque LE, Cadarette SM. Interrupted time series analysis in drug utilization research is increasing: systematic review and recommendations. *J Clin Epidemiol.* 2015 Aug;68(8):950-6.
5. Rosengren H, Heal CF, Buttner PG. Effect of a single prophylactic preoperative oral antibiotic dose on surgical site infection following complex dermatological procedures on the nose and ear: a prospective, randomised, controlled, double-blinded trial. *BMJ Open.* 2018 Apr 19;8(4):e020213.
6. Löser CR, Becker SL, Hartmann D, Kofler L, Kunte C, Müller CSL,

Schlager JG, Balakirski G. Perioperative antibiotic prophylaxis in skin surgery - Position paper of the Antibiotic Stewardship working group of the German Society for Dermatologic Surgery (DGDC), Part 1: Procedure- and patient-related risk factors. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2023 Sep;21(9):949-956.

CORRESPONDENTIEADRES

Charlotte Vrijman

E-mail: c.vrijman@zgt.nl



Kanttekeningen bij een lovenswaardige exercitie

R.R. van den Bos¹, M.J. Wiegman²

We doen het ontzettend veel in Nederland: Mohs micrografische chirurgie (MMC). En we gaan er meer en meer doen. In het net uitgekomen rapport van de IKNL knallen de cijfers je tegemoet. In 2022 was de incidentie van BCC plus PCC in Nederland 66.467, en dan is van de BCC's alleen nog maar het eerste BCC meegerekend. MMC is gelukkig niet nodig voor het overgrote merendeel van deze groep mensen, en om inflatie en overbehandeling te voorkomen, met het vizier ook op het dreigende zorginfarct, zouden we best wat strenger mogen zijn met de indicatiestelling. Maar dat is een stelling voor een andere keer.

Nu gaat het over wondinfecties en wel of geen antibiotica profylaxe rondom MMC. De meeste bevindingen komen van niet gerandomiseerd en vaak retrospectief onderzoek, percentages zijn consequent laag (1,4-2,7%) zonder profylaxe. Het infectiepercentage na MMC in het Erasmus MC en het UMCG (zonder standaard profylaxe) is vergelijkbaar laag (rond de 1-2%). Mogelijk is het daadwerkelijke percentage ietsje hoger. Sommige wondinfecties zullen wellicht niet geregistreerd worden, en andere zullen misschien niet in het eigen centrum vastgesteld worden. Maar bij zulke lage percentages in combinatie met een doorgaans milde ziektelast van een wondinfectie lijkt standaard profylaxe niet te verantwoorden. Temeer gezien de potentiële bijwerkingen bij een steeds kwetsbaar wordende populatie MMC patiënten.

Drie centra in Nederland hebben gezamenlijk gekeken naar het aantal wondinfecties na MMC bij verschillende antibiotica regimes in twee periodes en concluderen een niet significant verschil.

Allereerst een groot compliment voor de initiators en de uitvoerders van deze prospectieve multi-center studie. Het opzetten van de studie, includeren van patiënten en verzamelen en analyseren van de resultaten kost enorm veel tijd en energie. Bewonderenswaardig dat zij dit hebben gedaan! De auteurs geven zelf al enkele terechte limitaties van hun studie aan, waaronder een te laag aantal patiënten en verschillen in de seizoenen dat patiënten behandeld werden en verschillen in indicatiestelling voor antibiotica. Een serieuze kanttekening valt altijd te maken, hoe goed een design ook is uitgedacht. In dit geval is misschien de belangrijkste: hoeveel patiënten heb je nodig om verschil aan te tonen? Als je - niet denkend aan uitvoerbaarheid - aan de tekentafel een poweranalyse doet, uitgaande van een superiority design RCT op basis van de bestaande literatuur (twee armen, bijvoorbeeld controlegroep 96% succes en AB profylaxe 99% succes, een alpha van 5% en een 1-beta van 95%) dan heb je 1396 patiënten nodig om een verschil aan te kunnen tonen of te verwerpen. (Als je met de

uitkomsten uit deze studie had gerekend, dus 2% versus 6% had je nog steeds 1236 patiënten nodig gehad). Pas dan had je een antwoord kunnen krijgen op de vraag of antibiotica profylaxe tot minder wondinfecties leidt dan geen standaard profylaxe. Het voordeel van randomiseren is dat je geen bias hebt van weersomstandigheden, OK-omstandigheden, werkwijze per centrum, per arts etc. Overigens bij een non-inferiority design RCT, zelfs als je een 6% non-inferiority limit neemt, heb je ook >1000 patiënten nodig. Dit is natuurlijk een aantal dat in de praktijk niet of zeer moeilijk te halen is.

Wat je in de praktijk nu moet doen met het advies 'overweeg antibiotica profylaxe bij hoog-risico patiënten' blijft lastig. We weten al uit de literatuur, en dat blijkt ook weer uit deze studie, dat het aantal wondinfecties in de totale groep zo laag is dat standaard profylaxe voor de gehele groep eigenlijk niet te verdedigen is. Wel zou het fijn zijn om te weten welke patiënt nu een dusdanig verhoogd risico heeft dat je wel profylaxe zou willen geven. Uit een omvangrijk (n=>10,000 patiënten) database onderzoek (TriNetX, VS) is gebleken dat orgaangetransplanteerden (dus met immuunsuppressiva) 2% wondinfectie hadden na MMC versus 1% bij immuuncompetente patiënten. Dus zelfs in deze groep is het de vraag of het aangegeven is om profylaxe te geven. Het liefst zou je een predictie-model hebben waarin je operatie- en patiëntkarakteristieken kunt invoeren en op basis van het berekende risico wel of geen profylaxe geven. Tot die tijd: geen standaard profylaxe dus, zoals de auteurs ook met hun data hebben laten zien.

LITERATUUR

O'Donnell-Cappelli M, Mandel J, Elder A, Banner L, Nikbakht N. Increased risk of postoperative complications in organ transplant recipients undergoing Mohs micrographic surgery. *Dermatol Surg.* 2025;51(2):139-143.

CORRESPONDENTIEADRES

Renate van den Bos

E-mail: r.vandenbos@erasmusmc.nl

¹ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam en voorzitter van de werkgroep Mohs Micrografische Chirurgie

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen en lid van de werkgroep Mohs Micrografische Chirurgie



Richtlijn Kindermodules 2024 (samenvatting)

T.M. Nlgisang¹, E. Mendels²

In 2024 startte de NVDV met het opstellen van de richtlijn Kindermodules met als doel om kindspecifieke hoofdstukken te ontwikkelen in bestaande richtlijnen. Na een prioritering van landelijk ingebrachte vragen in de kinderdermatologie, werden vijf vragen uitgewerkt in evenzoveel modules. Deze modules bevatten aanbevelingen bij de volgende aandoeningen: vitiligo, acne vulgaris, condylomata acuminata, primaire hyperhidrosis en chronisch spontane urticaria en ze zijn elk apart verbonden aan de bestaande nationale richtlijnen. De modules bieden gestructureerde, evidence-based benaderingen en benadrukken het belang van gedeelde besluitvorming en zorg op maat voor kinderen.

1. BEHANDELING VAN VITILIGO BIJ KINDEREN

(te vinden op de Richtlijndatabase onder de Vitiligo richtlijn)

Vitiligo is een chronische pigmentstoornis met een significante psychosociale impact. De keuze voor een behandeling dient gebaseerd te zijn op de vorm van vitiligo (segmentale versus non-segmentale vitiligo), ziekteactiviteit, uitgebreidheid, locatie en behandelgoal (zie figuur 1 en figuur 2 voor de behandelalgoritmen). Gedeelde besluitvorming met het kind en/of de ouder(s)/verzorger(s) speelt hierbij een centrale rol. In sommige gevallen leidt dit proces tot een expectatief beleid. De werkgroep adviseert om, wanneer behandeling is ingezet, elke drie tot zes maanden te evalueren en de voortgang te monitoren met fotodocumentatie.

Mogelijke behandelopties

- Topicale therapie: Eerste keus is een klasse 2-3 corticosteroid of een calcineurineremmer (bij voorkeur in het gelaat en lichaamssporen). Er is vooralsnog beperkt plaats voor Ruxolitinib crème vanaf 12 jaar. Tijdens het schrijven van deze samenvatting wordt de crème in Nederland nog niet vergoed.
- Lichttherapie: Smalspectrum UVB valt te overwegen bij uitgebreide of progressieve vitiligo, met een huidsparend beleid. Er is slechts beperkt bewijs voor de veiligheid van lichttherapie bij kinderen, derhalve is voorzichtigheid geboden. De werkgroep ontraadt lichttherapie bij zeer lichte huidtypes (zoals huidtype I volgens Fitzpatrick), terwijl terughoudendheid geboden is bij lichte huidtypes (zoals huidtype II volgens Fitzpatrick). Bij donkere huidtypes kan sneller besloten worden tot lichttherapie. Vanwege het carcinogene risico op lange termijn dient men bij kinderen waar mogelijk, een 'huidsparend beleid' toe te passen. Dit houdt in dat alleen de lichaamsdelen met vitiligo worden belicht; overige delen worden bedekt met kleding. Hou bij kinderen ook rekening met het vermogen van het kind om de instructies te begrijpen, het vermogen om stil te blijven

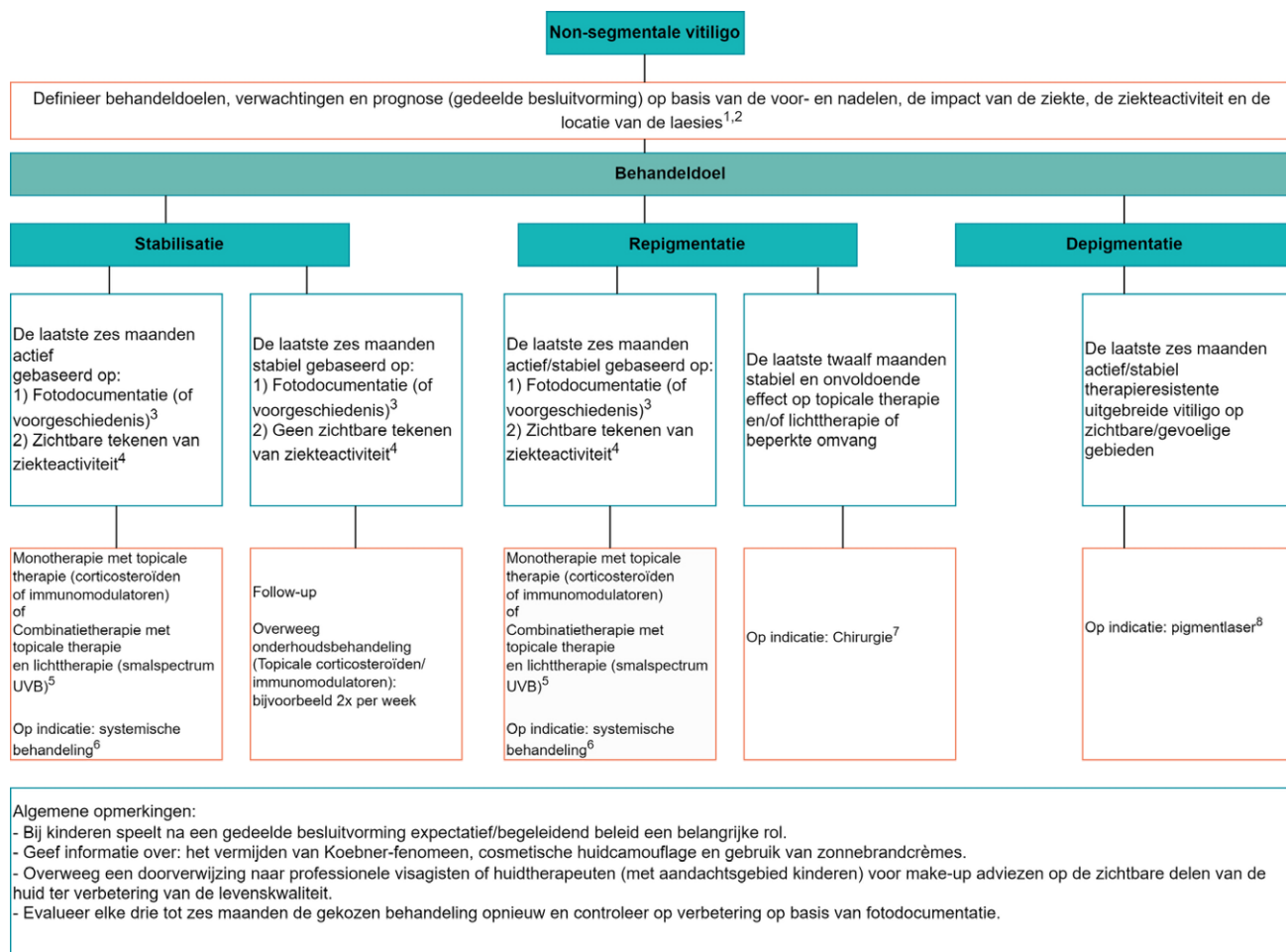
staan, mogelijk schoolverzuim en claustrofobie. In de meeste gevallen is dit het geval vanaf de leeftijd van 8 jaar en bij grote uitzondering vanaf 6 jaar.

- Combinatie behandelingen (smalspectrum UVB lichttherapie en topicale therapie met corticosteroiden of calcineurineremmers) worden over het algemeen als effectiever beschouwd dan monotherapie (lichttherapie of topicale therapie). Ook het effect wordt sneller bereikt. Het is aanmerkelijk dat dit bij kinderen ook het geval is. Bij kinderen met een donkerder huidtype (bijvoorbeeld vanaf huidtype IV volgens Fitzpatrick) kan men deze combinatietherapie al eerder overwegen. Er is geen onderzoek gedaan naar behandelprogramma's voor combinatietherapie. De werkgroep adviseert om topicale therapie toe te passen op de niet belichtingsdagen (4x per week topicale therapie, 3x per week smalspectrum UVB lichttherapie). Voor stabilisatie adviseert de werkgroep elke 3 maanden de behandeling te evalueren; voor repigmentatie kan er op indicatie afgewacht worden tot 6 maanden behandelen.
- Systemische therapie: Minipulse-therapie met dexamethason kan worden ingezet bij progressieve vitiligo.
- Chirurgie en laserbehandeling: Alleen in expertisecentra en bij stabiele vitiligo (>12 maanden).

Patiëntenvoorlichting en psychosociale ondersteuning zijn essentieel. Therapie moet realistische verwachtingen scheppen en therapietrouw bevorderen.

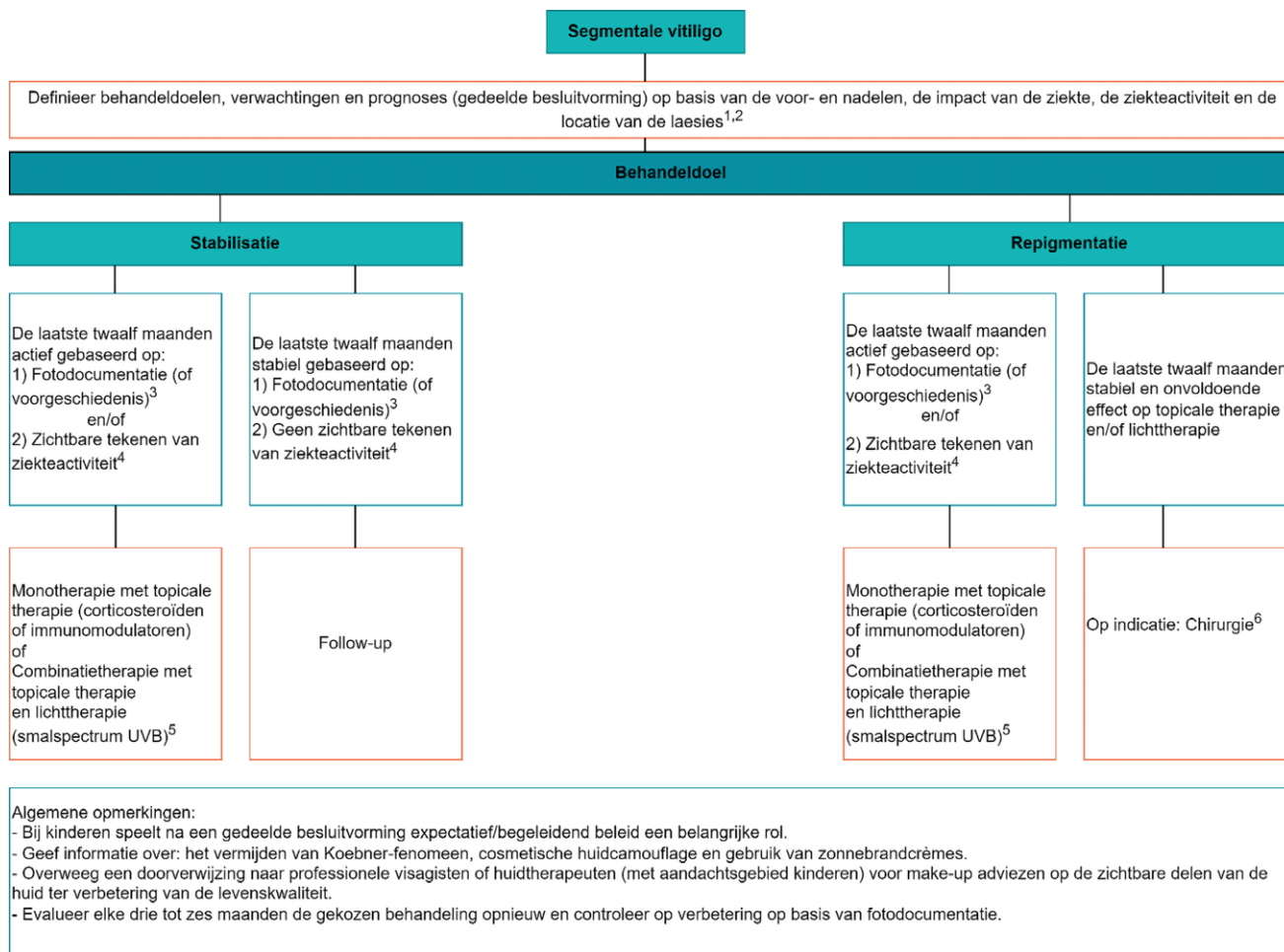
¹ Arts-onderzoeker NVDV

² Voorzitter domeingroep Kinderdermatologie NVDV en (kinder)dermatoloog Erasmus MC – Sophia Kinderziekenhuis



Figuur 1. Non-segmentale vitiligo (gebaseerd op Worldwide Expert Recommendations - Van Geel, 2023)

1. Andere aspecten voor gedeelde besluitvorming: bijvoorbeeld huidtype, ziekte duur, aanwezigheid comorbiditeiten, omvang op zichtbare/gevoelige gebieden en geografische regio.
2. Leg de relatie uit tussen de locatie en de te verwachten resultaten (van 'beste' tot 'slechtste': gezicht > andere lichaamsdelen > handen/voeten). Leg de verwachtingen en de beperkingen van de behandeling uit.
3. Actief: nieuwe laesies of toename van bestaande laesies. Stabiel: geen nieuwe laesies of geen toename van bestaande laesies.
4. Duidelijke aanwezigheid van confetti-achtige depigmentaties, gehypopigmenteerde randen/gebieden of Koebner-fenomeen (overweeg voor beoordeling: bijvoorbeeld Van Geel et al (2020) of www.vitiligo-calculator.com).
5. Zie bij de richtlijn Behandeling vitiligo bij kinderen de kopjes 'Monotherapie', 'Lichttherapie' en 'Combinatie behandeling' onder 'Professioneel perspectief' voor nadere toelichting.
6. Zie bij de richtlijn Behandeling vitiligo bij kinderen onder het kopje 'Systemische therapie' onder 'Professioneel perspectief' voor nadere toelichting.
7. De werkgroep is van mening dat deze handeling alleen uitgevoerd mag worden in een expertisecentrum waarbij procedurele comfortzorg in een kindvriendelijke setting gegeven kan worden. De voorkeur gaat uit naar een NFU erkend expertisecentrum.
8. Bij resterende pigmentatie van beperkte omvang kan pigmentlaser worden overwogen. De werkgroep is van mening dat deze handeling alleen uitgevoerd mag worden in een expertisecentrum waarbij procedurele comfortzorg in een kindvriendelijke setting te realiseren is.



Figuur 2. Segmentale vitiligo (gebaseerd op Worldwide Expert Recommendations - Van Geel, 2023)

1. Andere aspecten voor gedeelde besluitvorming: bijvoorbeeld huidtype, ziekte duur, aanwezigheid comorbiditeiten, omvang op zichtbare/ gevoelige gebieden en geografische regio.
2. Leg de relatie uit tussen de locatie en de te verwachten resultaten (van 'beste' tot 'slechtste': gezicht > andere lichaamsdelen > handen/voeten). Leg de verwachtingen en de beperkingen van de behandeling uit.
3. Actief: nieuwe laesies of toename van bestaande laesies. Stabiel: geen nieuwe laesies of geen toename van bestaande laesies.
4. Duidelijke aanwezigheid van confetti-achtige depigmentaties, gehypopigmenteerde randen/gebieden of Koebner-fenomeen (overweeg voor beoordeling: bijvoorbeeld Van Geel et al (2020) of www.vitiligo-calculator.com).
5. Zie de richtlijn Behandeling vitiligo bij kinderen de kopjes 'Monotherapie', 'Lichttherapie' en 'Combinatiebehandeling' onder 'Professioneel perspectief' voor nadere toelichting.
6. De werkgroep is van mening dat deze handeling alleen uitgevoerd mag worden in een expertisecentrum waarbij procedurele comfortzorg in een kindvriendelijke setting gegeven kan worden. De voorkeur gaat uit naar een NFU erkend expertisecentrum.

2. THERAPEUTISCHE TRAP VOOR ACNE BIJ KINDEREN < 12 JAAR

(te vinden op de Richtlijnen database onder de Acne Vulgaris richtlijn)

Acne vulgaris is een veelvoorkomende huidaandoening die doorgaans vanaf de puberteit optreedt. Bij kinderen jonger dan 12 jaar is het klinisch beeld vergelijkbaar met dat bij adolescenten en volwassenen.

De richtlijn adviseert een stapsgewijze aanpak op basis van ernst voor kinderen < 12 jaar:

- Milde tot matige acne: Eerste keus is een topicaal combinatiepreparaat (vanaf 9 jaar adapaleen/benzoylperoxide; off-label <12 jaar tretinoïne/clindamycine of benzoylperoxide/clindamycine).
- Matig-ernstige tot ernstige acne: Bij onvoldoende effect van topicale therapie, aanvulling met orale antibiotica (bijvoorbeeld erytromycine).
- Therapieresistente/matig-ernstige tot ernstige acne: Off-

label behandeling met orale isotretinoïne kan worden overwogen, met zorgvuldige monitoring van bijwerkingen.

Bij isotretinoïnegebruik luidt de aanbeveling: laboratoriummonitoring van leverwaarden en lipidenprofiel. Psychologische begeleiding is belangrijk vanwege de mogelijke impact op het zelfbeeld. Het advies voor meisjes in de vruchtbare levensfase: zwangerschapscontrole vóór en tijdens de behandeling.

Tot slot kan overwogen worden om controle uit te voeren met het oog op mogelijke afwijkingen in botvorming (bijvoorbeeld röntgenfoto's van de wervelkolom, pijpbeenderen inclusief enkels en polsen) bij gebruik van hoge doseringen isotretinoïne (>1mg/kg) én als de behandeling langer dan 12 maanden gecontinueerd moet worden. Bij gebruik van isotretinoïne in de gebruikelijke dosis < 1mg/kg acht de werkgroep dergelijke controles niet noodzakelijk.

Tabel 1. Behandelkeuzes voor kinderen (<12 jaar) met milde tot matig-ernstige en matig-ernstige tot ernstige acne

	Milde tot matig ernstige acne			Matig ernstige tot ernstige acne	Therapieresistente matig ernstige tot ernstige acne
Behandeling	Vanaf 9 jaar: - topicaal combinatiepreparaat adapaleen/benzoylperoxide, 1dd 's avonds aanbrengen.	Off-label <12 jaar: - topicaal combinatiepreparaat tretinoïne/clindamycine, 1dd 's avonds aanbrengen.	Off-label <12 jaar: - topicaal combinatiepreparaat benzoylperoxide/clindamycine, 1dd 's avonds aanbrengen.	Vanaf 9 jaar: - topicaal combinatiepreparaat adapaleen/benzoylperoxide 1dd 's avonds aanbrengen + oraal erytromycine 10-20mg/kg/dg in 2 doses (max 1000mg/dg).	Off-label <12 jaar): - oraal isotretinoïne op indicatie.
Voordelen	- Topicaal - Bevat geen antibiotica.	- Topicaal	- Topicaal	- De orale component kan effectief zijn in geval van topicaal moeilijk te bereiken plekken, zoals de rug.	- Bevat geen antibiotica. - De orale component kan effectief zijn in geval van topicaal moeilijk te bereiken plekken, zoals de rug.
Nadelen	- Kan huidirritatie en fotosensitiviteit veroorzaken. - Kan een blekende werking hebben op haar en textiel.	- Kan huidirritatie en fotosensitiviteit veroorzaken.	- Kan huidirritatie en fotosensitiviteit veroorzaken. - Kan een blekende werking hebben op haar en textiel.	- Topicaal adapaleen + topicaal benzoylperoxide kan huidirritatie en fotosensitiviteit veroorzaken. - Topicaal adapaleen + topicaal benzoylperoxide kan een blekende werking hebben op haar en textiel. - Orale antibiotica kunnen systemische bijwerkingen hebben en kunnen antimicrobiële resistentie veroorzaken. - Orale tetracyclines kunnen fotosensitiviteit veroorzaken.	- Oraal isotretinoïne kan fotosensitiviteit veroorzaken. - Gelijktijdig gebruik met tetracyclines is gecontra-indiceerd.

1. Deze dosering wijkt af van het Kinderformularium (alhier staat het middel vermeld voor andere indicaties). Dit is gebaseerd op expert opinion, waarbij een lagere dosering bij acne vulgaris wordt gebruikt omwille van het ontstekingsremmende effect. De lagere dosering is daarmee geschikter voor langdurige behandeling en kent minder bijwerkingen.

3. BELEID BIJ CONDYLOMATA ACUMINATA BIJ KINDEREN

(te vinden op de Richtlijnen database onder de Seksueel Overdraagbare Aandoeningen richtlijn)

Condylomata acuminata kunnen zowel seksueel overdraagbaar zijn als via indirect contact ontstaan. De richtlijn benadrukt het belang van een zorgvuldige afweging tussen behan-

deling en expectatief beleid, aangezien condylomata vaak spontaan verdwijnen.

Behandelopties

- Topicale therapie (off-label)
 - Podofylloxine (crème 0,15% of vloeistof 0,5%)
 - Imiquimodcrème 5%

- Sinecatechins 10% zalf
- Alternatieve opties
 - Cryotherapie bij gering aantal kleine condylomen of restlaesies. Procedurele comfortzorg wordt hierbij geadviseerd.
 - Coagulatie onder algehele anesthesie bij grote therapieresistente condylomata.

De werkgroep adviseert om bij een kind met condylomata altijd met een gespecialiseerd kinderarts in uw omgeving te overleggen, die ervaring heeft met het signaleren van seksueel misbruik. Tot 4 jaar is perinatale transmissie waarschijnlijk.

4. THERAPEUTISCHE OPTIES VOOR PRIMAIRE HYPERHIDROSIS BIJ KINDEREN

(te vinden op de Richtlijnen database onder de Idiopathische Axillaire Hyperhidrosis richtlijn)

Primaire hyperhidrosis kan het dagelijks functioneren en sociale interacties van kinderen sterk beïnvloeden. De zorgverlener dient samen met ouders én kinderen de impact op kwaliteit van leven in overweging te nemen bij de keuze van behandeling.

De richtlijn adviseert voor **gelokaliseerde hyperhidrosis**:

- Eerste keus: Aluminiumpreparaten (aluminiumchloride oplossing 20% en aluminiumhydroxychloride crème 20%/oplossing 15%)
- Tweede keus: Topicaal glycopyrronium (> 9 jaar)
- Derde keus: Iontoforese, systemische therapie (met oxybutynine vanaf 7 jaar en glycopyrronium vanaf 9 jaar) of botuline A injecties bij ernstige klachten.

De werkgroep is van mening dat systemische therapie te overwegen is bij ernstige gelokaliseerde hyperhidrosis als topische

preparaten niet effectief zijn. Vanuit de werkgroep is er een voorkeur voor oxybutynine wegens bredere ervaring en lagere kosten ten opzichte van glycopyrronium.

Bij ernstige therapieresistente gevallen kan endoscopische thoracale sympathectomie (ETS) in een expertisecentrum een optie zijn.

De richtlijn adviseert voor **gegeneraliseerde hyperhidrosis**:

- Behandeling met systemische middelen zoals oxybutynine en glycopyrronium.

5. DIAGNOSTIEK VAN CHRONISCHE SPONTANE URTICARIA BIJ KINDEREN

(te vinden op de Richtlijnen database onder de Chronisch Spontane Urticaria richtlijn)

Kenmerkend voor chronische spontane urticaria (CSU) zijn terugkerende urticaria zonder duidelijke oorzaak. Diagnostiek gebeurt primair via anamnese en lichamelijk onderzoek, met aanvullend onderzoek bij verdenking op onderliggende aandoeningen. Het onderscheid tussen CSU, Chronische induceerbare urticaria (CINDU) en andere oorzaken is cruciaal voor een gerichte behandeling.

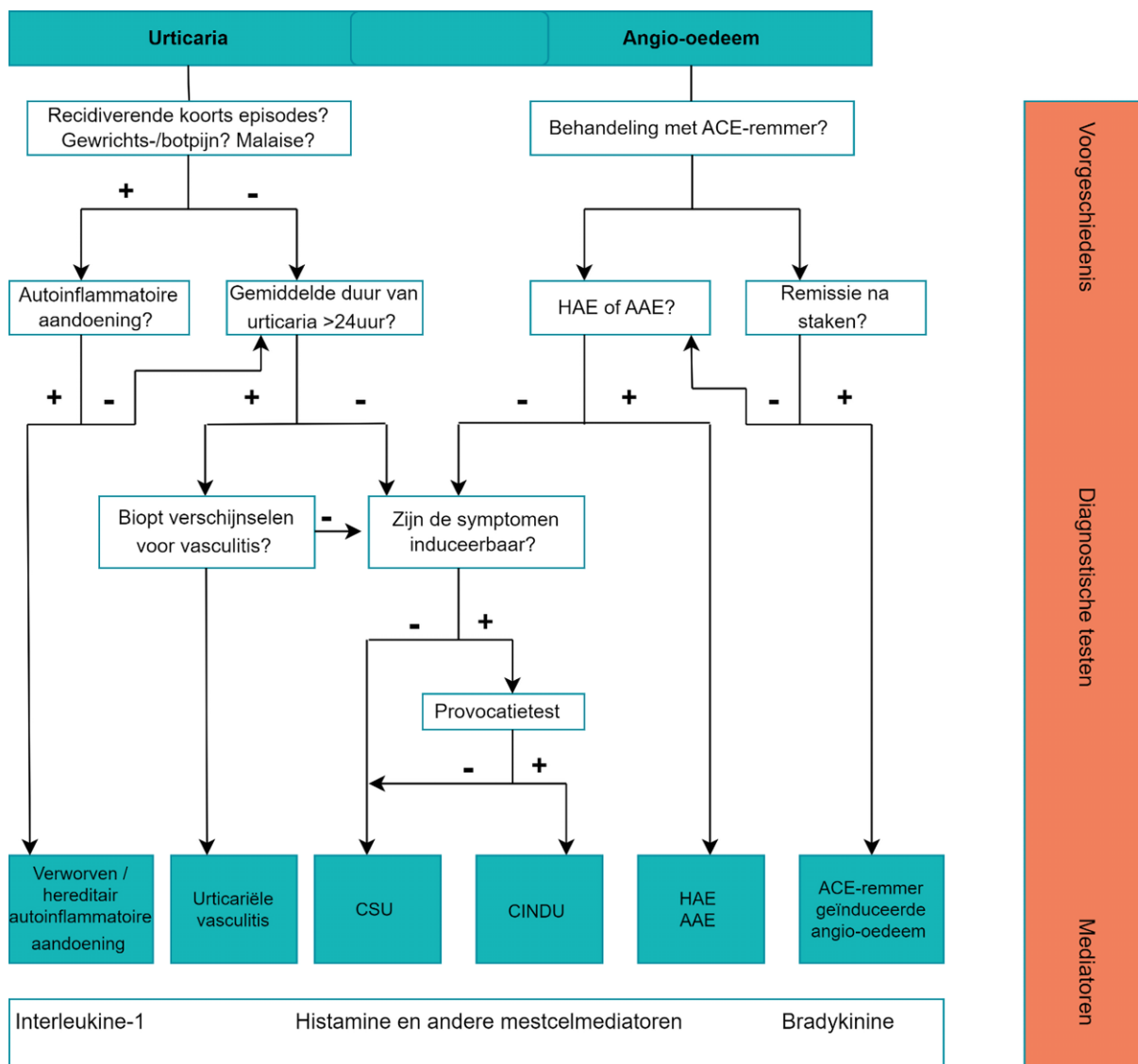
Anamnese

Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn leidend.

De werkgroep adviseert om o.b.v. anamnese onderscheid tussen CSU, CINDU en andere onderliggende ziektebeelden waarbij urticaria kunnen voorkomen (bijvoorbeeld infecties, voedselallergie, geneesmiddelenallergie, schildklieraandoening en auto-inflammatoire aandoeningen). Zie tabel 2. Verricht aanvullende diagnostiek indien geïndiceerd (zie figuur 3).

Tabel 2. Anamnese bij patiënten met verdenking chronische spontane urticaria (CSU) (gebaseerd op Zuberbier, 2022)

Anamnese	Doelstelling
Bevestiging van de diagnose	Uitsluiten of bevestigen van mogelijke diagnoses uit differentiaaldiagnose: - Onderliggend auto-inflammatoir syndroom: vraag o.a. naar herhaalde koorts episodes, spier-/bot-/gewrichtspijn, kou als uitlokkende factor, conjunctivitis, vermoeidheid en doofheid. Is er ook sprake van angio-oedeem of alleen urticaria? - Voedselallergie: vraag naar IgE-gemedieerde klachten (o.a. orale allergie klachten, urticaria, angio-oedeem (huid, mucosa), rhinoconjunctivitis, benauwdheid, acute buikpijn, braken, collaps, bloeddrukdaling) binnen 2 uur na inname van steeds dezelfde voeding. Verricht bij verdenking op type I allergie sensibilisatieonderzoek door middel van huidtesten, bloedonderzoek en/of provocatietesten. Verwijs zo nodig naar een (kinder)allergoloog. - Geneesmiddelenallergie: directe IgE-gemedieerde klachten (zie hierboven) die komen en gaan na inname van medicatie. - Chronische induceerbare urticaria (CINDU): vraag naar cofactoren en/of triggers van de urticaria (zie hieronder). Verricht op indicatie aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld: inspanningstest, ijsblokjestest etc.) ter bevestiging van CINDU. - Infecties: vraag naar (recidiverende) infecties voorafgaand of ten tijde van de urticariële klachten. Vaak viraal, maar kan ook bacterieel of parasitair. - Schildklieraandoening: vraag naar gewichtsverandering, obstipatie of diarree klachten, hartkloppingen, afbuigende groei, concentratie en gedragsveranderingen, vermoeidheid, spierpijn en menstruatie veranderingen. - Verricht op indicatie TSH, vrij T4 en anti-TPO laboratoriumonderzoek. - Vraag naar foto's van patiënt om een goed beeld te krijgen van de aard en het beloop van de klachten.
Cofactoren en triggers	Mogelijke triggers en verergerende factoren identificeren: - Triggers: warmte, koude, druk, krabben, zon, inspanning, psychosociale problemen, water, histaminerijke voeding, alcohol en infecties.
Consequenties	Aandacht voor gevolgen voor kwaliteit van leven zoals problemen met slaap, seksuele gezondheid, werk- of schoolprestaties en sociaal functioneren.
Beloop	Monitor ziekteactiviteit, ziektecontrole en impact van CSU door middel van scorelijsten (bijvoorbeeld UAS7).



Figuur 3. Diagnostische algoritme voor patiënten met urticaria en/of angio-oedeem >6 weken (overgenomen uit Zuberbier, 2022)
Afkortingen: AAE= acquired angioedema, verworven angio-oedeem vanwege C1-remmer deficiëntie. HAE= hereditair angio-oedeem.
CSU= Chronisch spontane urticaria. CINDU: Chronische induceerbare urticaria.

De werkgroep adviseert om bij verdenking op CSU de volgende laboratoriumonderzoeken uit te voeren: bloedbeeld, leukocytdifferentiatie, BSE en/of CRP, totaal IgE en TPO-antilichamen. Dit dient alleen als algemene screening voor onderliggende ziektebeelden. Voer eventueel extra aanvullende diagnostiek uit bij verdenking op specifieke ziektebeelden die naar voren komen op basis van de voorgeschiedenis, anamnese en lichamelijk onderzoek.

CONCLUSIE

De kindermodules bieden een gestructureerd kader voor de diagnostiek en behandeling toegespitst op kinderen van vijf verschillende huidaandoeningen en zijn een aanvulling op

de bestaande richtlijnen. De richtlijn benadrukt het belang van gedeelde besluitvorming met kind en ouders, waarbij de ontwikkeling van het kind een essentieel onderdeel is. Door implementatie van deze modules kunnen zorgverleners bijdragen aan een betere ziektecontrole, verhoogde therapietrouw en verbeterde kwaliteit van leven voor kinderen met een huidaandoening.

CORRESPONDENTIEADRES

Bureau NVDV

E-mail: secretariaat@nvdv.nl



De huid in gedichten voor kinderen

Het gras heeft jeuk

F. Meulenbergh

*Trek je eigen huid dan uit,
stop mij eronder in. [1]*
Bart Moeyaert

Over de functies van de huid zijn boekdelen geschreven: in handboeken, leerboeken, gezondheidsencyclopedieën, wetenschappelijke tijdschriften, folders en websites. Veelal in lange en uiterst saaie stukken. Waar die huidfuncties toch eenvoudig en beeldend zijn samen te vatten, in iets meer dan tien woorden, zo bewijst Jan Paul Schutten in een jeugdboek, bedoeld voor lezers vanaf 11 jaar: "Onze huid is pantser, airconditioning, verwarming, apotheek en alarminstallatie ineen. Welke winkel verkoopt zo iets?" [2] *En passant* waarschuwt hij de lezertjes voor al die aanstellerige wetenschappers met hun moeilijke woorden.

Schutten opent de deur naar kinderliteratuur, temeer daar Nederland beschikt over fantastische auteurs van vooral kindergedichten op hoog niveau. Prettige bijkomstigheid: Enkele jaren geleden verscheen een uitgebreid standaardwerk, een prachtig geïllustreerde uitgave van moderne Nederlandse kinderpoëzie, samengesteld door Jaap Robben. [3] Let wel: dat zijn geen gedichten óver kinderen maar gedichten vóór kinderen - van zes tot twaalf jaar - waarbij het perspectief samenvalt met dat van kinderen, zonder door de knieën te gaan. Door het kinderspectief ontstaat bij volwassenen een driedelig effect: je voelt je weer het kind dat je zelf was, plus het kind dat je nooit was én het kind dat je nog altijd bent. Een wonderlijke leeservaring.



DRUPPELS MET EEN JASJE

Schrijven voor kinderen is geen *spielerei*, het vereist vakkundigheid. Het onderscheid tussen poëzie met een grote of een kleine *p* berust nergens op. Willem Wilmink benoemt als uitdaging om voor kinderen te schrijven dat de auteur alles moet herleiden tot zijn essentie om zo concreet mogelijk te zijn: Er is een wiskundig genoeg in, alles zo eenvoudig te formuleren als het maar kan. Literatuur voor kinderen mag niet al te abstract zijn. Hij zou graag alle Nederlandse auteurs verplichten ten minste één kinderboek te schrijven. Het zou onze bellettrie eenvoudiger en daardoor vaak veel beter maken. [4]

Gedichten voor kinderen moeten daarnaast verrassend zijn, met een diepere betekenis onder de woorden en de zinnen, zo verklaart bloemlezer Jaap Robben zijn keuzes in de verantwoording. Een goed voorbeeld levert Gil vander Heyden in zijn dubbele typering van sneeuw: "Sneeuw is regen / die het koud heeft, / druppels / met een jasje aan."

De diepere betekenis die kan schuilgaan in een kindergedicht staat in een tekst van Hans Hagen, getiteld *Herfst*, waarin hij existentiële twijfels verbindt aan het lot van een bijna vallend blad:

is het blaadje
dat het langst blijft hangen
nieuwsgierig
naar wat er komen gaat
of durft het niet te vallen
bang
dat het iets achterlaat.

HARKERIG KRABBen

Wie vanuit de kinderlijke belevingswereld schrijft, stuit vrij snel op de huid. De gezond blozende huid dan wel de variant

met weeffouten of narigheid. Neem alleen al de lange titel van het gedicht van Frank Adam, *Jeuk de jeuk in jou net zoals de jeuk die jeuk in mij?*, een tekst die je niet kunt lezen zonder zelf kriebels te krijgen. Het thema jeuk werkt Edward van de Vendel uit in *Park*. Wie jeuk heeft, gaat krabben. Zo simpel is het. Hij geeft er een extra dimensie aan door krabgedrag als iets natuurlijks te presenteren in een scène met tuinlieden en een hondje, met een tot de verbeelding sprekende slotstrofe:

Zeven
Mannen met een hark
krabben zachtjes
aan het park.

Een hondje denkt: wat leuk,
ik help mee, het gras heeft jeuk –
alle perken in het rond,
modderklodders op de grond,
daarna terug, hè hè, gedaan,
baasje zullen we weer gaan?

Zeven
mannen met een schop
krabben zachtjes
op hun kop.

Van de Vendel moet een zwak hebben voor het thema huid want in de vier populaire *Superguppie*-delen duikt het thema enkele malen op, al zijn die niet allemaal opgenomen in Robbens bloemlezing. Zo ontbreekt het gedicht *Land* waarin de dichter het lichaam benoemt tot een geheim, en de huid als buitenkant van het lichaam transformeert naar een onbekend buitenland; de eigen huid als terra incognita.



Frans Meulenberg/MAS. *Babyboom* (2024)

Mijn lijf is een terrein
waar ik zelf niet kan komen.
Mijn lijf is een geheim
met een huid,
hier aan de buitenkant.
Ik kan niet bij mezelf naar binnen.
Ik ben mijn eigen
buitenland. [5]

In *Vlekje* tovert hij op een meisjes huid een roos tevoorschijn, afkomstig uit een heus 'moedervlekkendoosje':

Ik heb een vlekje op mijn been,
dat eruitziet
als een roosje.
Ik kreeg het van mijn moeder,
denk ik,
uit een moedervlekkendoosje.
Is het een stiekem bloemetje
Dat ik alleen maar ken?
(En mama dus misschien?)
Of is het een bewijsje
dat ik een lentemeisje ben?
(Wil je het even zien?) [5]

Een mens is nooit te oud voor een goed kinderboek. Zo kreeg ik als volwassene ooit van een goede vriendin *Mijn botjes zijn bekleed met deftig vel* cadeau, geschreven door Ted van Lieshout, een gedichten- en prentenboek dat nadien een plek kreeg in het kloeki verzamelboek *Hou van mij*, vol met illustraties van zijn hand en de prachtige, heupwiegende kernregels:

Mijn botjes zijn bekleed met deftig vel.
En wie de moeite neemt om het te aaien
hoort dat het praat: dankuwel, dankuwel. [6]

Weinig auteurs zijn mij tot aan de dag van vandaag zo dierbaar gebleven.

SPEELSHEID EN DENKLUST

Kinderen zijn geen kleine volwassenen. Het zijn mensen bij wie in aanleg alles aanwezig is, maar wier mogelijkheden nog niet zijn vastgelegd. Hoewel hun denken zich in de hiëroglifische fase bevindt, is dat geen reden hun denkwereld niet serieus te nemen. Welbeschouwd bezien we de wereld slechts één keer, in onze kindertijd. De rest van ons leven teren we op herinnering. En waar volwassenen nogal eens ertoe neigen het leven zinloos te achten, is voor kinderen alles juist zinvol, is alles wat ze doen en ervaren niet meer of minder dan precies dat: iets wat ze doen en ervaren. Aldus de filosoof Giorgio Agamben. [7] Hebben we voldoende respect en aandacht voor kinderen en kinderliteratuur? Een positief antwoord op die vraag is de publicatie van enkele modules kinderdermatologie als aanvulling op de richtlijnen voor de volwassenenzorg (zie pagina 11 van dit nummer). Er zijn meer voorbeelden te noemen. Zo erkent wiskundige en hoogleraar publiekscommunicatie Ionica Smeets dat ze heel graag optreedt voor een gezelschap kinderen. NRC-columnist en filosoof Stine Jensen schonk een

cadeau aan alle aanwezigen bij haar oratie als bijzonder hoogleraar publieksfilosofie aan de *Erasmus School of Philosophy*; een door haar geschreven kinder- annex kleurboek voor filosofen. Omdat filosofie kleur aan het leven geeft en het kind in de volwassene wakker houdt: "Filosofie lijkt ernstig en zwaar. Maar het draait vooral om speelsheid en denklust. [8] Een ander pregnant voorbeeld is ethicus Wendy Bos die in haar dissertatie over medisch-ethisch onderzoek bij kinderen bewust een apart hoofdstuk opnam met een samenvatting voor kinderen. [9]

Van optredens voor kinderen tot aan het zelf schrijven van een kinderboek, het zijn allemaal voorbeelden die tot navolging prikkelen. Voor wie dat niet haalbaar is, kan zich als lezer overgeven aan al die aanstekelijke en leerrijke kinderboeken. Naar mijn mening mogen Robbens bloemlezing, Van Lieshouts *Hou van mij*, de *Superguppie*-boeken van Van de Vendel alsook Wilminks *Verzamelde liedjes en gedichten* in geen enkel huishouden ontbreken. Want kinderboeken en kinderpoëzie ontgroeit je niet.

Met dank aan Wendy Bos voor het meedenken over geschikte gedichten.

LITERATUUR

1. Moeyaert B. *Siberië*. In: *Verzamel de liefde*. Querido, Amsterdam 2010.
2. Schutten JP. *Het wonder van jou en je biljoenen bewoners*. Gottmer, Alkmaar 2017.
3. Robben J (samenst.). *Heel de wereld wordt wakker - Het beste van de moderne kinderpoëzie in 333 gedichten*. Gottmer, Alkmaar 2022.
4. Wilmink W. *Schrijven voor kinderen*. In: *Handig literatuurboek - voor mensen met meer verstand dan opleiding*. Nijgh & Van Ditmar, Amsterdam 2016:432-3
5. Van de Vendel E. *Superguppie is alles*. Querido, Amsterdam 2014:111,130.
6. Van Lieshout T. *Mijn botjes zijn bekleed met deftig vel*. Leopold, Amsterdam 1990. Ook in Van Lieshout T. *Hou van mij*. Leopold, Amsterdam 2009:55.
7. Agamben G. *Idee van het proza* [vertaling: Ineke van der Burg]. Boom, Amsterdam 2019.
8. Jensen S. *Kleurboek voor filosofen*. Pepper Books, Alkmaar 2024.
9. Bos W. *Samenvatting voor kinderen*. In: Bos W. *Children in medical research - Ethical challenges* [dissertatie]. Erasmus MC, Rotterdam 2017:153-157.

CORRESPONDENTIEADRES

Frans Meulenberg

E-mail: f.meulenberg@nvdv.nl



Samen sterker: de meerwaarde van samenwerking met flankerende beroepsgroepen

A.F.S. Galimont-Collen

De dermatologische zorg komt steeds meer onder druk te staan. Krapte in de dermatologie is niet alleen een tekort aan handen maar in feite een optelsom van diverse factoren, die we in dit artikel op een rij zetten. De geschetste problemen smeken om een oplossing. Verbinding is een probaat antwoord op de druk. Die verbinding vinden we in samenwerking en netwerkzorg. Hiermee bedoelen we: tijd, verdieping, uitleg én zorgvuldige afstemming met andere disciplines. Dat impliceert het erkennen van de waarde van samenwerking - niet alleen met medische en paramedische beroepsgroepen, maar ook met professionals in de huid-, haar- en nagelverzorging. We presenteren ook tastbare resultaten van geslaagde samenwerking in de praktijk. Onze boodschap? Samenwerking is geen luxe, maar noodzaak – en het is tegelijkertijd onze grootste kans.

INLEIDING

De dermatologische zorg staat onder druk. Al geruime tijd zien we de contouren van een structureel probleem dat zich steeds scherper aftekent: de zorgvraag stijgt, maar de capaciteit daalt. Door de pensionering van ervaren collega's, beperkte instroom in de opleiding en de toename van deeltijdwerk ontstaat er een hardnekkige mismatch tussen vraag en aanbod. Dat leidt tot langere wachttijden, hogere werkdruk en minder tijd per patiënt. Daarbij komt dat ook de verwachtingen van patiënten veranderen: mensen willen begrijpelijke uitleg, regie over hun behandeling en een bredere kijk op gezondheid en kwaliteit van leven. Tegelijkertijd neemt de complexiteit van de zorg toe. Patiënten leven langer met chronische huidziekten, vaak in combinatie met andere aandoeningen. De zorgvraag wordt intensiever en langduriger. Ook zien we een toename van huidproblemen bij patiënten die behandeld worden voor kanker, diabetes of reuma. De combinatie van lichamelijke klachten, psychologische belasting en maatschappelijke impact vraagt om een zorgaanpak die verder gaat dan diagnose en behandeling alleen.

PROBLEMEN OP EEN RIJ

Onze consulten zijn kort, maar de vragen zijn vaak groot. Van het begeleiden van kinderen met eczeem en hun ouders, tot het bespreekbaar maken van schaamte bij psoriasis of haarverlies en het behandelen en uitleggen van het gevreesde K-woord, huidkanker. Dat vraagt om tijd, verdieping, uitleg én zorgvuldige afstemming met andere disciplines. Het betekent het erkennen van de waarde van samenwerking — niet alleen met medische en paramedische beroepsgroepen, maar ook met professionals in de huid-, haar- en nagelverzorging.

Zij kunnen in een oogwenk onze adviezen en behandelingen ondersteunen - of ondermijnen.

Daar komt nog een andere uitdaging bij: misinformatie. Op sociale media en in het alternatieve zorgcircuit circuleren hardnekkige fabels over hormoonzalven, zonnebrandcrèmes, voeding, supplementen en 'natuurlijke' alternatieven. Deze parallelle zorgwereld ondermijnt het vertrouwen in evidence-based behandeling en zet patiënten en zorgverleners onnodig tegenover elkaar. We zien het dagelijks terug op het spreekuur: onzekerheid, verwarring, vermijdingsgedrag, of uitsel van behandeling door tegenstrijdige adviezen. Het vraagt om een bredere, geïntegreerde aanpak.

Daarnaast verandert ook het zorglandschap zelf. Digitalisering, zelfmanagement en toenemende aandacht voor leefstijl maken dat zorg niet meer alleen binnen de muren van het ziekenhuis wordt vormgegeven.

Krapte in de dermatologie betekent dus meer dan een tekort aan handen. Het is de optelsom van stijgende zorgvraag, toenemende complexiteit, veranderende patiëntverwachtingen en een groeiende stroom misinformatie. En dat vraagt om meer dan harder werken. Het vraagt om samenwerking, visie, en het benutten van de kracht van het hele zorgnetwerk.

Zorgvraag stijgt, capaciteit daalt — verbinding als antwoord op de druk. Die verbinding vinden we in samenwerking. Niet alleen met collega-specialisten, maar juist ook met de zorgprofessionals buiten de tweede lijn: de flankerende beroepsgroepen. Juist daarom is het essentieel dat we ons netwerk verbreden.

Dermatoloog, Bravis Ziekenhuis, Roosendaal

DE OPLOSSING: VERBREDEN VAN HET NETWERK

De oplossing ligt niet alleen in het opleiden van meer dermatologen – hoe noodzakelijk dat ook moge zijn – maar vooral in het versterken van samenwerking met andere zorgprofessionals. Met name de zogenoemde flankerende beroepsgroepen spelen daarin een onmisbare rol.

Met flankerende beroepsgroepen bedoelen we zorgprofessionals die niet medisch-specialistisch zijn opgeleid, maar wél een essentiële rol spelen in het signaleren, begeleiden en soms behandelen van huidproblemen. Denk aan huidtherapeuten, podotherapeuten, pedicures, haarwerkspecialisten, schoonheidsspecialisten en (medisch) kappers. Deze professionals staan dicht bij de patiënt, zijn laagdrempelig toegankelijk, hebben veel cliëntcontacten en zien vaak als eerste veranderingen aan de huid, nagels of haren.

Juist in een tijd van krapte zijn zij onze ogen en oren in de praktijk. Ze signaleren, begeleiden, adviseren en – wanneer nodig – verwijzen gericht door. Daarmee voorkomen ze verergering van de symptomen, overbelasting van de tweede lijn én dragen ze actief bij aan preventie en gezondheidsbevordering. Door hun positie en contactfrequentie kunnen ze bovendien veel betekenen op het vlak van educatie, geruststelling en leefstijladvies.

Ook kunnen zij bijdragen aan het tegengaan van misinformatie, door op de werkvloer heldere uitleg te geven en cliënten te begeleiden naar betrouwbare bronnen. Daarmee vormen zij een cruciale schakel in de informatieketen rondom de patiënt.

Samenwerking met flankerende beroepsgroepen is niet alleen een praktische oplossing voor een capaciteitsprobleem, maar een inhoudelijke verrijking van de zorg. Het verbetert de continuïteit, verhoogt het bereik en sluit beter aan bij de leefwereld van de patiënt.

Samen met deze beroepsgroepen bouwen we aan een breder, robuuster zorgnetwerk waarin de patiënt zich gezien en gesteund voelt – niet alleen in de spreekkamer, maar juist ook daarbuiten.

TASTBARE RESULTATEN UIT SAMENWERKING

Deze samenwerking is geen abstract ideaal, maar levert inmiddels concrete resultaten op. In de afgelopen jaren hebben we op meerdere terreinen succesvolle samenwerkingen tot stand gebracht:

- Met huidtherapeuten ontwikkelen we interdisciplinaire zorgmodules voor chronische huidaandoeningen zoals eczeem, psoriasis, acne, ichthyosis en oncologische huidzorg. In deze zorgpaden staat de patiënt centraal en vullen zorgverleners elkaar aan in plaats van elkaar te dupliceren.
- Met podotherapeuten realiseerden we de zorgmodule *Preventie van voetulcera bij oncologie*, waardoor preventieve voetzorg nu onder de vergoeding valt. Ook werkten we samen aan een standaard voor de herkenning en behandeling van huid- en nagelafwijkingen aan de voeten bij mensen die een kankerbehandeling ondergaan.
- Met pedicures ontwikkelden we het landelijke protocol voor

schimmelinfecties aan de voeten – een praktische en breed gedragen richtlijn voor herkenning, begeleiding en doorverwijzing (zie pagina 26 in dit nummer).

- Haarwerkspecialisten leverden als meelezers waardevolle input voor de richtlijn *Alopecia areata*. Hun rol bij het signaleren van haarverlies én het begeleiden van mensen met haarproblemen wordt daarmee formeel erkend en versterkt.
- Met huid- en oedeemtherapeuten werken we structureel samen binnen richtlijncommissies en werkgroepen voor aandoeningen als acne, rosacea en lymfoedeem, om tot gedragen en uitvoerbare standaarden te komen.

Deze samenwerkingen leiden tot betere zorg, snellere signalering, minder onnodige verwijzingen en meer tevreden patiënten.

OPLEIDING EN BELEID OP ELKAAR AFSTEMMEN

Deze inhoudelijke samenwerking gaat hand in hand met bestuurlijke afstemming. Op landelijk niveau wordt steeds vaker gekeken hoe de opleidingen van verschillende zorgprofessionals beter op elkaar kunnen aansluiten. Dat vraagt om overleg tussen beroepsverenigingen, opleiders en beleidsmakers – en om de bereidheid om elkaar in de praktijk écht te vinden.

Wanneer zorgverleners elkaars taal spreken en elkaars rol herkennen, wordt samenwerken vanzelfsprekender. Dat is niet alleen efficiënt, maar ook essentieel voor veilige en samenhangende zorg. Zo bouwen we samen aan een netwerk van goed opgeleide zorgverleners, waarin de patiënt niet van loket naar loket wordt gestuurd, maar hulp krijgt vanuit verschillende perspectieven.

Daarnaast biedt deze gezamenlijke opleidingsvisie de kans om kennis over wetenschappelijk onderbouwde zorg en communicatie rond misinformatie al in het leertraject te integreren. Zo creëren we draagvlak én slagkracht voor de toekomst.

GEDEELDE VERANTWOORDELIJKHEID

Samenwerking gaat verder dan zorginhoud en opleiding. We hebben ook een gedeelde verantwoordelijkheid in het tegengaan van misinformatie. Van fabels over hormoonzalf tot angst voor zonnebrandcrème – desinformatie verspreidt zich razendsnel, en de schade is groot.

Tenzij we als zorgverleners – in alle disciplines – gezamenlijk optreden, blijft de patiënt kwetsbaar voor verwarring en verkeerde keuzes. Door samen één lijn te trekken in onze adviezen, elkaar te versterken in publieksvoorlichting en gezamenlijk op te treden richting media en maatschappij, kunnen we het vertrouwen in de reguliere zorg helpen herstellen.

Dit vraagt om meer dan kennis. Het vraagt om communicatie, consistentie en samenwerking – niet alleen binnen de muren van de spreekkamer, maar juist ook op platforms, beurzen, in salons, klinieken en wachtkamers.

TOT SLOT

We hebben veel bereikt, maar we zijn er nog niet. De uitdagingen in de dermatologische zorg zijn groot, maar onze

gezamenlijke inzet bewijst dat verandering mogelijk is. Samenwerking is geen luxe, maar noodzaak – en het is tegelijkertijd onze grootste kans.

We zijn al op weg. Laten we doorgaan. Niet alleen omdat het moet, maar omdat het werkt. Samen werken we aan toekomstbestendige, toegankelijke én betrouwbare dermatologische zorg, voor iedereen.

Ik heb het grote geluk gehad dat ik in de afgelopen jaren intensief heb mogen samenwerken met al deze professionals — medisch, paramedisch én zorgverleners in huid-, haar- en nagelverzorgingsberoepen. In onze community, waar we

samen casussen bespreken, heb ik ongelooflijk veel geleerd. Ik heb van dichtbij gezien hoeveel kennis, betrokkenheid en meerwaarde deze zorgverleners inbrengen. Zij zijn niet alleen een onmisbare schakel in de keten, maar ook een inspiratiebron.

CORRESPONDENTIEADRES

Annemie Galimont

E-mail: annemiegaliment@outlook.com



Het heet gordelroos

Frits Abrahams

Tot enkele jaren geleden was gordelroos voor mij de sierlijke naam van een niet al te kwalijke ziekte. Wat kon een gordel van rozen nou voor kwaad stichten? Hooguit een beetje ongemak, toch?

Ik bedacht er zelfs een ongepast grapje bij: mochten Amsterdammers zich lijdens aan grachtengordelroos noemen?

Toen haalde een briefje van een bejaarde Nederlandse pen-vriendin uit Canada mij uit mijn rozige droom. "Ik lijd aan een vreselijke rotkwaal", schreef ze, "ik voel op mijn bovenlichaam overal jeuk en stekende pijn, ik weet niet meer waar ik het zoeken moet. Het heet gordelroos."

Ik sloeg het braaf op in mijn geheugen. Ze zou toch niet overdrijven? Nee, daar leek ze me niet het type voor.

Enkele weken geleden kwam er een schok bij. Een gepensioneerd collega vertelde me telefonisch hoe ellendig hij zich de laatste tijd voelde: veel opgezwollen, rode, jeukende plekken in zijn gezicht, hij werd er tureluurs van. "Zorg dat je het niet krijgt, je weet niet wat je overkomt", waarschuwde hij. Hij vertelde ook dat er goede vaccinatie mogelijk was, hoewel erg duur. "Je moet het er voorover hebben", adviseerde hij met nadruk.

Pas toen begon ik me serieus in deze ziekte te verdiepen. Ik las beschrijvingen en aanbevelingen en zocht een uitzending op van het tv-programma *Radar* die ik gemist had. Ik had dat niet eerder gedaan omdat ik een zekere huiver heb voor informatie over ziektes die je (misschien!) zelf nog niet hebt. Zouden al die beschrijvingen je niet overdreven waakzaam kunnen maken, onnodig bang bij elk pijntje? Kun je niet beter afwachten tot de verschijnselen zich duidelijker manifesteren?

Het is een houding, besef ik steeds meer, die haaks staat op de wenselijkheid van nader onderzoek en eventueel vaccinatie. Een houding dus waarvan je erge spijt kunt krijgen, vooral op hoge leeftijd – die leeftijd van boven de zestig waar ook gordelroos het meeste onheil veroorzaakt.

Een van de helderste uiteenzettingen over gordelroos las ik op de website van de NVDV, de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. "Gordelroos wordt veroorzaakt door het varicella-zoster virus. Dit virus is ook de oorzaak van waterpokken. Wanneer een kind waterpokken heeft gehad, blijft na genezing het virus achter in het lichaam. Dit virus trekt zich terug in een zenuwknoop naast het ruggenmerg. (...) In bepaalde omstandigheden kan het virus weer actief worden. (...) Het heeft waarschijnlijk met een verminderde weerstand te maken. Echter, ook gezonde mensen kunnen het krijgen." De NVDV voegt eraan toe: "Gordelroos is ook besmettelijk voor mensen die geen waterpokken hebben gehad." Ouderen en mensen met een ernstige ziekte behoren tot de risicogroepen.

Toen ik alle informatie had verwerkt, leek de conclusie me op mijn leeftijd – 78 jaar – onontkoombaar: vaccinatie, liefst zo snel mogelijk. Ik ben niet de enige, er ontstond vooral na de uitzending van *Radar* een run op het vaccin, ook al is vaccinatie duur: twee prikken kosten samen tussen de 400 en 450 euro. Ook de Gezondheidsraad adviseert vaccinatie, des te betreurenswaardiger dat de basisverzekering het niet standaard vergoedt. Nog niet, fluisterde een deskundige mij in, want op den duur zal het vaccin aanzienlijk goedkoper worden.

"Op den duur" klinkt te traag als je oud bent.

Deze tekst verscheen eerder in NRC van 11 april 2025.

CORRESPONDENTIEADRES

Frits Abrahams

E-mail: redactie@nvdv.nl



Importdermatosen: casus 2

Je gaat het pas zien als je het door-gemaakt hebt

R.K. Horlings

Een collega-dermatoloog krijgt een foto ter beoordeling toegestuurd van een vriend die op vakantie in Oeganda een licht irriterende papulo-vesiculeuze plaque links in zijn hals heeft opgelopen (afbeelding 1). Daarnaast heeft hij lymfadenopathie in deze regio. De dermatoloog vermoedt een persisterende insectensteek, maar besluit vanwege mijn tropenervaring mij te consulteren. Ik denk het probleem te herkennen, want ik heb zelf een vergelijkbare huidafwijking doorgemaakt in de beginperiode van een tropendermatologiestage in Tanzania. Bij mij bestond het uit twee vergelijkbare rode plaques rond de volaire zijde van de elleboog. Aanvankelijk waren ook blaasjes zichtbaar, maar deze droogden in en veranderden in rode, jeukende, iets droge nummulaire plaques (afbeelding 2). De herpetiforme rangschikking kan klinisch een herpes doen vermoeden maar dit deed absoluut geen pijn. Voor de oorsprong van de klachten werd ik destijds geholpen door een (niet-dermatologische) buurman, die mij wees op het in afbeelding 3 afgebeelde beestje waarvan er een aantal rond mijn eettafel kropen.



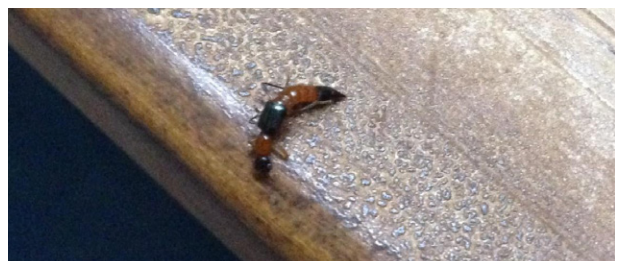
Afbeelding 1. Rode papulo-vesiculeuze plaque links in de hals.

VRAGEN

1. Wat valt op aan de distributie van de huidafwijkingen op afbeelding 2?
2. Herkent u het beestje op afbeelding 3? Op welke manier veroorzaakt dit beestje deze afwijking?
3. Hoe wordt dit verschijnsel genoemd?



Afbeelding 2. Rode schilferende restplekken op de boven- en onderarm van de auteur.



Afbeelding 3. Niet zo onschuldige huisdieren in mijn woning in Moshi, Tanzania.

Zie voor de antwoorden en toelichting pagina 41.

Afdeling dermatologie, Martini ziekenhuis Groningen en Universitair Medisch Centrum Groningen, namens de commissie Global Dermatology.



Interdisciplinair protocol voor behandeling, diagnostiek en samenwerking

Schimmelinfecties aan de voeten: professionele ondersteuning voor de voetzorg

A.F.S. Galimont¹, T. de Beer², M. Prinsen³, V. Riesebeek², C. Tonnaer², E. Wesselink²,
I. Berendsen⁴

Schimmelinfecties van de huid en nagels van de voeten behoren tot de meest voorkomende aandoeningen binnen de dermatologische praktijk. Bijna de helft van de ouderen boven de zeventig jaar heeft te maken met onychomycose. Ook tinea pedis komt frequent voor, vaak in combinatie met onderliggende risicofactoren zoals diabetes, verminderde immuniteit of een verstoorde huidbarrière. Hoewel de medische impact soms beperkt lijkt, leidt de aandoening in het dagelijks leven tot hinderlijke klachten, schaamte, recidieven en functionele beperkingen. Pedicures en medisch pedicures worden door patiënten vaak als eerste geraadpleegd voor deze problematiek, hetzij op eigen initiatief, hetzij na verwijzing door de huisarts. [1,2] ProVoet ontwikkelde recent, in samenwerking met dermatologen, huisartsen, podotherapeuten en huidtherapeuten het *Protocol Schimmelinfecties aan de voeten*. Dit multidisciplinair gedragen document biedt voor het eerst een landelijke richtlijn waarin de rol van pedicures en medisch pedicures binnen de eerstelijnszorg structureel is verankerd.

ROL VAN DE HUISARTS

De huisarts is doorgaans het eerste aanspreekpunt in de medische zorg en stelt de diagnose meestal op basis van het klinisch beeld. Bij twijfel of wanneer er sprake is van therapieresistente of uitgebreide afwijkingen, kan aanvullend onderzoek nodig zijn. Hierbij gaat de voorkeur uit naar PCR of kweek. Een KOH-preparaat is in de huisartsenpraktijk goedkoper en sneller beschikbaar, maar heeft beperkingen in sensitiviteit; bij een negatieve uitslag is alsnog een kweek of PCR nodig. De behandeling van tinea pedis bestaat meestal uit lokale toepassing van terbinafinecrème gedurende één tot twee weken. Als alternatief worden imidazoolcrèmes zoals miconazol of clotrimazol voorgeschreven. In het geval van het mocassinpatroon, waarbij er sprake is van verdikking van de hoornlaag op de voetzool en hiel, is orale behandeling geïndiceerd. Dan wordt terbinafine oraal 1 dd 250 mg gedurende twee weken geadviseerd. Bij een verminderde nierfunctie (eGFR 10–50 ml/min/1,73 m²) moet de dosering worden aangepast. Voor onychomycosen geldt dat de huisarts, na klinische inschatting en eventueel aanvullende diagnostiek, kan overgaan tot behandeling met orale antimycotica. Terbinafine (250 mg/dag, gedurende drie maanden bij teennagels) is eerste keus. Lokale middelen zoals miconazol nagellak zijn alleen zinvol bij oppervlakkige en beperkte infecties en hebben een lagere effectiviteit (ongeveer 17%). Behandeling is langdurig (drie tot twaalf maanden) en het risico op recidief is hoog (tot 50%). Als medicamenteuze behandeling niet gewenst of geïn-

diceerd is, verwijst de huisarts voor mechanische verzorging naar de pedicure. [3]

GEMIS IN DE KETENZORG

Ondanks de vermelding van de pedicure in de NHG-Standaard Dermatomycosen ontbreekt een duidelijke taakomschrijving of richtlijn die aangeeft wat de pedicure precies moet doen. Opleidingen hanteren uiteenlopende standaarden, kennisniveaus variëren, en toegang tot diagnostiek is beperkt. Dit leidt tot handelingsverlegenheid bij zowel pedicures als huisartsen, zeker wanneer patiënten geen systemische therapie wensen of hiervoor niet in aanmerking komen. [4] Om deze lacune in de ketenzorg te dichten, is door ProVoet recent, in samenwerking met dermatologen (NVDV, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie), huisartsen (NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap), podotherapeuten (NVvP, Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten) en huidtherapeuten (NVH, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten) het *Protocol Schimmelinfecties aan de voeten* ontwikkeld. De inhoud van dit protocol sluit nauw aan bij de NHG-Standaard Dermatomycosen, die als basis heeft gediend voor de richtlijn die nu specifiek op voetverzorgers is toegesneden. [5] Dit multidisciplinair gedragen document biedt voor het eerst een landelijke richtlijn waarin de rol van pedicures en medisch pedicures binnen de eerstelijnszorg structureel is verankerd. Het protocol ondersteunt voetverzorgers bij het her-

¹ Dermatoloog Bravis Ziekenhuis, Roosendaal

² Medisch pedicure

³ Pedicure

⁴ Beleidsadviseur ProVoet



kennen en professioneel beoordelen van schimmelinfecties van de huid (tinea pedis) en nagels (onychomycosen), het onderbouwen van behandelbeslissingen op basis van klinisch redeneren en risicobeoordeling, en het toepassen van een uniforme, evidence-based aanpak. Daarnaast draagt het bij aan een betere samenwerking met huisartsen en dermatologen, doordat het een gedeeld begrippenkader en duidelijke verwijstructuren biedt. [6]

Het is daarmee een uniek document in de wereld: nergens anders is de inzet van voetzorgverleners voor de diagnostiek en behandeling van dermato- en onychomycosen aan de voeten zo duidelijk en breed verankerd in een medisch protocol. Het ontwikkelen van dergelijke interdisciplinaire richtlijnen binnen de voetzorg sluit aan bij bestaande initiatieven zoals de *Zorgmodule Preventie voetulcera* [7], waarin samenwerking tussen artsen, podotherapeuten en pedicures eveneens centraal staat. Anders dan bij aandoeningen die kunnen leiden tot voetulcera, wordt de voetzorg bij onycho- en dermatomycosen echter niet vergoed, ondanks de medische impact en de rol die voetzorgverleners hierin vervullen. Dit onderstreept de noodzaak van heldere richtlijnen, passende erkenning en structurele inbedding binnen de zorgketen.

WAT DOET DE PEDICURE?

Klinisch redeneren: het hart van het protocol

Binnen het Protocol Schimmelinfecties aan de voeten staat klinisch redeneren centraal. Pedicures worden getraind om te werken volgens het RIAB-model: Risico-Inventarisatie, Analyse en Behandelplan. Dit model vormt de basis voor een gestructureerde en veilige behandeling, afgestemd op de individuele cliënt, en biedt houvast bij professioneel handelen en dossiervorming.

Via deze systematiek leren pedicures op gestructureerde wijze informatie te verzamelen en te beoordelen. De anamnese is daarbij gericht op risicofactoren, zoals diabetes, immunosup-

pressie, nageltrauma of oncologische behandeling, en op eerdere therapieën of behandelbehoeften. Het klinisch onderzoek omvat een uitvoerige beoordeling van huid en nagels, aangevuld met schoeninspectie en waar nodig een analyse van voetstand en looppatroon. Bij risicopatiënten, zoals mensen met een verminderde afweer of complexe voorgeschiedenis, wordt actief gescreend.

Deze benadering stelt voetzorgverleners in staat om onderbouwde behandelbeslissingen te nemen, rekening houdend met contra-indicaties, verwijzindicaties en cliëntwensen. Binnen het protocol zijn daarvoor ook duidelijke verwijscriteria en signaleringsafspraken opgenomen, zodat overleg of doorverwijzing tijdig en verantwoord plaatsvindt. Het RIAB-model biedt daarmee niet alleen structuur in het dagelijks handelen, maar draagt ook bij aan de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg binnen de voetzorg.

Dermatomycose

Voor de beoordeling van dermatomycosen maakt het protocol gebruik van het PROVOKE-systeem. Dit diagnostisch hulpmiddel helpt bij het onderscheiden van schimmelinfecties van aandoeningen zoals psoriasis, eczeem, pitted keratolysis en bacteriële huidinfecties. Bij tinea pedis ondersteunt het protocol de voetzorgverlener bij het herkennen van de verschillende klinische varianten, waaronder de interdigitale vorm, het mocassinpatroon en inflammatoire presentaties met roodheid, zwelling of blaasjes. Herkenning gebeurt op basis van symptomen zoals jeuk, maceratie, schilfering, geur en lokalisatie.

In geval van twijfel wordt verwezen naar de huisarts voor aanvullend onderzoek, zoals een kweek of PCR. Deze diagnostiek is vooral van belang bij therapieresistente vormen, uitgebreide afwijkingen of wanneer de voorgeschiedenis niet eenduidig is.

De behandeling van tinea pedis bestaat uit het verwijderen van schilfers en hyperkeratose (eelt), reductie van maceratie door het vermijden van warmte, vocht en wrijvingtoepassing, van lokale antischimmelmiddelen, en het geven van hygiëne- en zelfzorgadviezen. Daarbij wordt gewerkt met freestechieken die worden aangepast op locatie en huidtype. Tijdens de behandeling is er aandacht voor de beoordeling van bijkomende factoren, zoals fissuren, bijkomende infecties en voetstand, die van invloed kunnen zijn op het herstel en het risico op recidief.

Onychomycose

Bij onychomycosen vormt klinisch redeneren het vertrekpunt voor professionele beoordeling en besluitvorming. Visuele inspectie van de nagelplaat op kenmerken zoals verkleuring, verdikking, brokkeling en onycholyse wordt gecombineerd met een gestructureerde inschatting van de ernst en uitgebreidheid via de Onychomycosis Severity Index (OSI). Deze score brengt factoren in kaart zoals de locatie van de aantasting (distaal, proximaal of matrix), het percentage aangedane nageloppervlak, de aanwezigheid van subunguale hyperkeratose en eventuele gelijktijdige huidinfecties.

De OSI-score ondersteunt zowel de behandelkeuze als de communicatie met verwijzers, en maakt het mogelijk om de voortgang van de behandeling objectief te monitoren. Een

milde infectie (1–5 punten) vraagt om een andere aanpak dan een matige (6–15) of ernstige infectie (16–35 punten). Bij twijfel over de diagnose of bij uitgebreide of therapieresistente afwijkingen wordt aanvullend onderzoek aanbevolen. Dit kan via de huisarts met een kweek of PCR, of door de pedicure met een dermatofyten teststrip (FungiCheck-testkit). [8,9] Deze antigeen-gebaseerde sneltest geeft binnen een half uur een betrouwbare uitslag over de aan- of afwezigheid van dermatofyten. De test toont bij correcte afname in meer dan 90% van de gevallen de juiste uitslag en heeft een hoge sensitiviteit en specificiteit vergeleken met microscopie en kweek. De behandeling bestaat uit het mechanisch dunfrezen van de nagelplaat, het verwijderen van geïnfecteerd nagelmateriaal, en het toepassen van lokale antischimmelmiddelen, zoals miconazol nagellak (in lijn met de NHG-Standaard Dermatomycosen). Als de pedicure daartoe is opgeleid, kunnen aanvullende technieken worden ingezet, zoals lichttherapie (PACT), ureumzalf 40% of sculpture gel. Evaluatie vindt plaats op basis van herhaalde OSI-metingen, visuele beoordeling en fotodocumentatie. Binnen het protocol zijn duidelijke indicaties en contra-indicaties opgenomen voor de inzet van behandelingen. Zo wordt onderscheid gemaakt tussen oppervlakkige en diepe infecties, tussen patiënten met een normale weerstand en risicogroepen (zoals mensen met diabetes of immuunsuppressie), en tussen cosmetische en medische behandelindicaties. Contra-indicaties omvatten onder andere actieve wondjes, bekende allergieën voor gebruikte middelen, extreme verdikking met dreigende onychogryphose, of signalen van onderliggende pathologie. Deze afwegingen zijn integraal onderdeel van het klinisch redeneren en zorgen voor veilige, doelgerichte zorg.

Preventie en educatie

Naast behandeling besteedt het protocol ruime aandacht aan preventie, educatie en zelfmanagement. In alle gevallen worden cliënten actief begeleid in het voorkomen van herinfectie, met praktische adviezen over persoonlijke hygiëne, sok- en schoenverzorging, leefstijlgerelateerde risicofactoren en voetverzorging. Er is expliciete aandacht voor voorlichting over behandelduur en therapietrouw, zodat cliënten weten wat zij kunnen verwachten en welke inzet nodig is voor een succesvol resultaat. Schriftelijke instructies en ondersteunende materialen maken deel uit van de standaardzorg, en worden afgestemd op het individuele risicoprofiel van de cliënt. Therapie-evaluatie vindt plaats aan de hand van regelmatige controles, herhaalde OSI-scores en fotodocumentatie, waarmee de voortgang objectief wordt gemonitord. Deze integrale aanpak versterkt de rol van de pedicure als paramedisch zorgverlener binnen de eerstelijnszorg, met aandacht voor zowel behandeling als duurzame gedragsverandering en educatie.

BRUGFUNCTIE

Het Protocol *Schimmelinfecties aan de voeten* is een noodzakelijke aanvulling op de bestaande richtlijnen in de eerstelijnszorg. Voor het eerst zijn duidelijke en breed gedragen richtlijnen beschikbaar voor het handelen van pedicures bij dermatomycosen en onychomycosen, afgestemd op de richtlij-

nen van huisartsen en dermatologen.

Het protocol benadrukt de brugfunctie tussen medische en paramedische zorgverleners en faciliteert de samenwerking tussen huisarts, dermatoloog en voetzorgverlener. Het biedt een gedeeld begrippenkader dat regionaal overleg vereenvoudigt en helpt om de juiste keuzes te maken binnen de zorgketen. Het RIAB-formulier is ontwikkeld om observaties en behandelbeslissingen op gestructureerde wijze vast te leggen en gemakkelijk te delen met huisartsen. Pedicures leren binnen dit kader wanneer en hoe zij moeten verwijzen, met aandacht voor duidelijke signaleringsafspraken. Door het standaardiseren van communicatie, terminologie en verwijsstructuren ontstaat meer uniformiteit, transparantie en patiëntveiligheid.

Het protocol bevordert een gedeelde verantwoordelijkheid in de zorg voor deze veelvoorkomende en vaak chronische infecties. De samenwerking wordt ondersteund door gezamenlijke afspraken, gedragen protocollen en een uniform begrippenkader, wat bijdraagt aan een beter afgestemd, patiëntgericht zorgpad — van de eerste signalering tot langdurige begeleiding bij recidieven. Deze aanpak versterkt de kwaliteit, continuïteit en veiligheid van zorg, binnen én buiten de behandelkamer.

LITERATUUR

1. Haneke E. Achilles foot-screening project: background, objectives and design. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1999 Sep;12 Suppl 1:S2-5; discussion S17. PMID: 10509934.
2. Roseeuw D. Achilles foot screening project: preliminary results of patients screened by dermatologists. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1999 Sep;12 Suppl 1:S6-9; discussion S17. PMID: 10509935.
3. NHG-Standaard Dermatomycosen. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-Standaard Dermatomycosen. Versie 17 januari 2022. Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/dermatomycosen>
4. Voetenwerk, oktober 2023. Interview met dermatoloog dr. Annemie Galimont: 'Pedicure speelt cruciale rol in behandeling'
5. Voetenwerk, februari 2025. Onychomycose: kleine kwalen, groot verdriet
6. Protocol Schimmelinfecties aan de voeten (versie 1.1). Veenendaal: ProVoet. Beschikbaar via: <https://cms-provoet.tiger.ef2.builders/sites/default/files/assets/files/Protocol%20schimmelinfecties%20aan%20de%20voeten%20v.%201.0-metcovertbvweb2.pdf>
7. Zorgmodule Preventie Voetulcera 2024. Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), ProVoet, NBOT, NVOS Orthobanda. (2024). Beschikbaar via: <https://www.podotherapie.nl/zorgprofessional>
8. Tsunemi Y, Takehara K, Miura Y, Nakagami G, Sanada H, Kawashima M. Screening for tinea unguium by Dermatophyte Test Strip. *Br J Dermatol.* 2014 Feb;170(2):328-31. doi: 10.1111/bjd.12660. PMID: 24117339.
9. Tsunemi Y, Hiruma M. Clinical study of Dermatophyte Test Strip, an immunochromatographic method, to detect tinea unguium dermatophytes. *J Dermatol.* 2016 Dec;43(12):1417-1423. doi: 10.1111/1346-8138.13348. Epub 2016 Mar 19. PMID: 26992478.

CORRESPONDENTIEADRES

Annemie Galimont

E-mail: annemiegallimont@outlook.com



Geïndureerde subcutane nodi

M.J. Schaap¹, D.E.M. Tiemes²

CASUS

Een 52-jarige vrouw met het Ehlers-Danlos syndroom en een voorgeschiedenis van coronair lijden presenteerde zich op de polikliniek dermatologie met sinds zes maanden progressieve subcutane pijnloze zwellingen ter hoogte van de rechter pols. Deze namen in aantal en omvang toe, met uitbreiding naar de onderarm. De klachten bestonden uit paresthesieën en hypo-esthesie in de hand, met wisselend sensibiliteitsverlies in de digiti. Twee maanden voorafgaand aan de klachten onderging zij een dotterbehandeling via haar rechterpols. Er waren geen andere uitlokkende factoren, zoals een trauma, aquarium of tropenbezoek. Patiënte had, behalve vermoeidheid, geen andere klachten. Er waren geen B-symptomen aanwezig.

Bij lichamelijk onderzoek werd aan de dorsale ulnaire zijde van de pols een kinderhandpalmgrote subcutane nodus gepalpeerd. In het verlengde hiervan bevonden zich meerdere vaste subcutane nodi, zowel richting het MCP-gewricht als de kop van de ulna, deels confluerend tot subcutane geïndureerde lineaire plaques (afbeelding 1A en 1B). Er was hooguit mild



Afbeelding 1A.

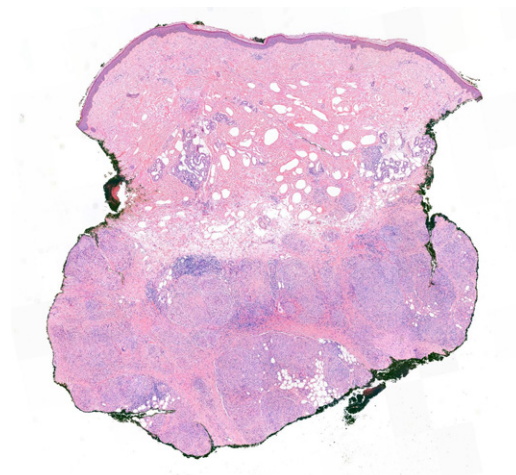


Afbeelding 1B.

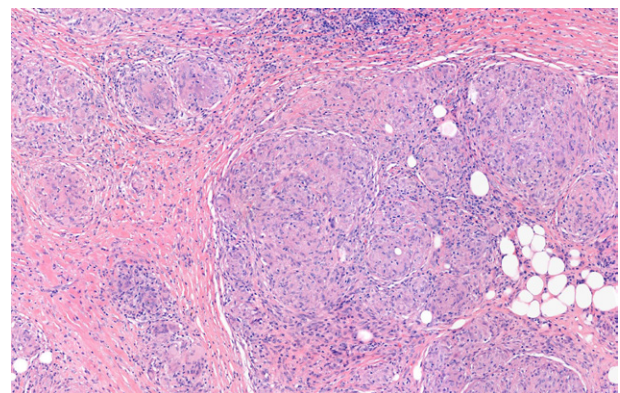
erytheem, geen groove sign of cobblestone-aspect, en geen axillaire of cervicale lymfadenopathie. Een eerder afgenomen huidbiopt werd gereviseerd (afbeelding 2A en 2B). Aanvullend werden kweekbiopten, uitgebreid laboratoriumonderzoek en een X-Thorax aangevraagd.

WAT IS UW DIAGNOSE?

- Reactie op vreemd lichaamsmateriaal na percutane coronaire interventie (dotteren).
- (Subcutane) sarcoidose.
- Mycobacteriële infectie.
- Eosinofiele fasciïtis.



Afbeelding 2A.



Afbeelding 2B.

Zie voor de antwoorden en toelichting pagina 42.

¹ Aios dermatologie, Radboudumc, Nijmegen

² Dermatoloog, Radboudumc, Nijmegen



Fenomeen van Meyerson: een case report

B.W.B. Sweers¹, W.R. Veldkamp²

Een 24-jarige man presenteert zich met vrij acuut ontstane jeuk en branderigheid aan alle moedervlekken, waarbij de huisarts dacht aan een maligne oorsprong of een relatie met een middag golfen. Bij histologisch onderzoek bleek er sprake van het fenomeen van Meyerson, een zeldzaam en weinig beschreven eczematuze reactie op benigne naevi.

CASUS

Op de polikliniek dermatologie werd een 24-jarige man gezien met een blanco dermatologische voorgeschiedenis. De patiënt werd verwezen vanwege acuut ontstane jeuk en branderigheid aan alle moedervlekken op het gehele lichaam. De klachten bestonden reeds vier dagen en ontstonden aanvankelijk alleen bij de moedervlekken op de romp en in de nek. Bij presentatie waren de jeukklachten afgenomen en had patiënt geen koorts of andere symptomen ervaren. De patiënt vermeldde dat hij drie weken eerder, tijdens het golfen, met zijn hand door struiken was gegaan, wat toen uitslag op de hand had veroorzaakt; hiervan waren nog enkele littekens zichtbaar. De patiënt, wonend in een studentenhuus en werkzaam in de IT-sector, had behalve hooikoorts geen relevante medische voorgeschiedenis, gebruikte geen medicatie en had geen bekende allergieën.

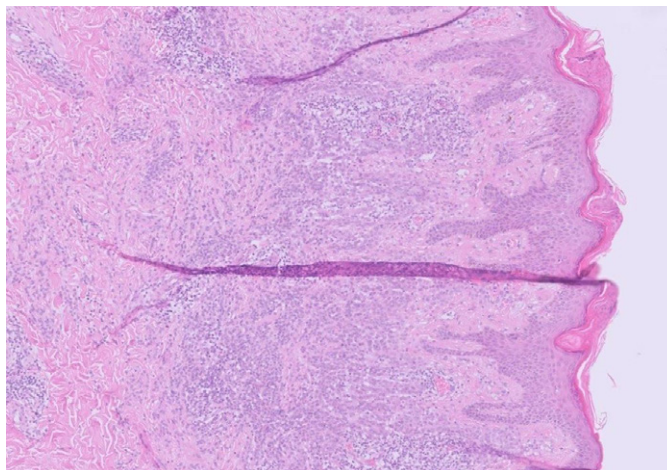
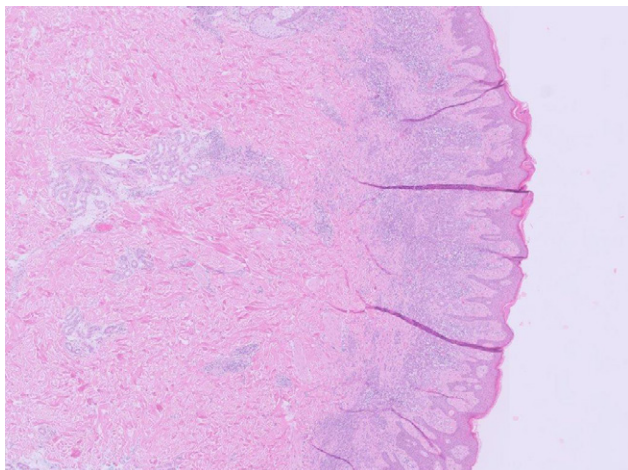
Wij zagen multipale lenticulaire bruin-erythemateuze papels met deels een papillomateus aspect, sommigen met centraal een crust, verspreid over het lichaam, alwaar patiënt van aangaf dat hier altijd al moedervlekken gezeten hadden (afbeelding 1 en 2). Dermatoscopisch onderzoek van enkele laesies toonde een wisselend pigmentnetwerk en globules. Er was geen sprake van positief dermografisme, hoewel de huid subjectief als geheel gevoelig werd ervaren. Een in toto inspectie van de huid bracht geen voor cutane (pre)maligne verdachte afwijkingen aan het licht. Differentiaal diagnostisch werd, naast het fenomeen van Meyerson, aan pityriasis lichenoides et varioliformis acuta, insectenbeten, beginnende psoriasis guttata, pityriasis lichenoides chronica en papuleus eczeem gedacht. De diagnose urticaria pigmentosa werd niet overwogen gezien het voorkomen van de huidafwijkingen beperkt bleef tot naevi.



Afbeelding 1 en 2. Lateraal aanzicht schouder links; bruin-erythemateuze solitaire verheven papel met bij dermatoscopie een wat papillomateus aspect.

¹ Ten tijde van casus senior-coassistent Bernhoven, Uden

² Dermatoloog Bernhoven, Uden



Afbeelding 3 en 4. De histologische doorsnede van een 8 millimeter excisiebiopt laat meerlagig plaveiselepitheel met focaal hyperparakeratose en neutrofielen zien, mogelijk door krabartefacten. In de onderliggende dermis werden nesten, rijtjes en losse nevoïde cellen aangetroffen, die basaal uitrijpen. Daarnaast werd enige spongiose en lymfocyttaire infiltratie waargenomen.

Er werd een 8 mm excisiebiopt afgenomen van een laesie op de linker bovenarm. Histopathologisch onderzoek toonde meerlagig plaveiselepitheel met focale hyperparakeratose en neutrofiele granulocyten, passend bij krabartefacten. In de dermis werden nesten, rijtjes en solitaire nevoïde cellen met basale uitrijping aangetroffen. Daarnaast was er sprake van spongiose en een lymfocyttaire infiltratie, wat resulteerde in de diagnose van Meyersonse (eczemateuze) naevi (afbeelding 3 en 4).

De klachten verdwenen na enkele dagen spontaan zonder additionele therapie en er bleek geen residu of recidief van klachten bij follow up na zes weken.

BESPREKING

Een naevus van Meyerson is een eczemateuze reactie ter plaatse van een pre-existente naevus. Het is voor het eerst beschreven in 1971 door de Amerikaanse dermatoloog Lawrence B. Meyerson bij twee mannen rond de twintig jaar met jeukende papulosquameuze huidafwijkingen op de romp en extremiteiten, vrijwel uitsluitend gelokaliseerd op naevi. [1] Later werden de termen Meyersonse naevus, fenomeen van Meyerson of halo dermatitis gebruikt als beschrijving van deze eruptieve huidafwijking. [2] Tot op heden zijn er tientallen case reports gepubliceerd waarin Meyersonse naevi als waarschijnlijkheidsdiagnose werd gesteld. De aandoening komt het meest voor bij mannen jonger dan 25 jaar, met een man-vrouwverhouding van 3:1. [3] Er is geen duidelijke relatie met atopie. [4] Betrokkenheid van alle naevi op het lichaam is niet eerder beschreven. Ondanks dat het fenomeen vrijwel uitsluitend voorkomt bij naevi, worden ook cases beschreven van het fenomeen bij verrucae seborrhoeicae, dermatofibromen, melanomen, lentigines, keloïden, mollusca contagiosa, naevus flammeus, basaalcelcarcinomen en plaveiselcelcarcinomen. [3,5] Differentiaal diagnostisch kan naast het fenomeen van Meyerson onder andere gedacht worden aan halo naevus, nummulair eczeem en pityriasis rosea. De onderscheidende factor ten opzichte van het fenomeen van Meyerson is dat het laatste ontstaat in pre-existente huidafwijkingen.

Bij betrokkenheid van een enkele naevus, moet differentiaal diagnostisch gedacht worden aan een dysplastische naevus of een melanoom. Het fenomeen van Meyerson is benigne en self-limiting. De jeukklachten kunnen behandeld worden met topische corticosteroiden.

De pathofysiologie achter het fenomeen lijkt te berusten op een immuunreactie gericht tegen de pre-existente efflorescentie, hoewel de exacte oorzaak tot op heden onbekend is. Histologisch wordt een influx van diverse immunologische cellen en eiwitten gezien. In een reeks van case reports werden uitsluitend gepigmenteerde junctionele of samengestelde naevi gezien met epidermale spongiose, parakeratose en een perivascuair lymfocytaire inflammatoir infiltraat met verspreide eosinofielen en voornamelijk CD4+ T-lymfocyten. [4] Er wordt gesuggereerd dat het fenomeen mogelijk secundair is aan de interactie tussen CD4+ T-lymfocyten en een verhoogde expressie van het intracellulair cell adhesie molecuul 1 (ICAM-1). Expressie van ICAM-1 kan worden gestimuleerd door behandeling met interferon- α -2b en ribavirine voor respectievelijk polycythemia vera en chronische hepatitis. Er zijn enkele cases beschreven waarbij het fenomeen ontstond onder deze therapieën. [3] Tevens wijzen epidemiologische gegevens op een toename in incidentie tijdens de zomermaanden, waarbij het fenomeen van Meyerson soms wordt beschreven na ernstige zonverbranding. Blootstelling aan UV-straling kan leiden tot een verhoogde expressie van antigenen op naevuscellen, wat mogelijk een daaropvolgende immunologische reactie veroorzaakt. [4]

CONCLUSIE

Deze casus laat een bijzondere presentatie zien van het fenomeen van Meyerson door betrokkenheid van alle naevi. De relatieve onbekendheid van de diagnose kan tot onzekerheid leiden bij zowel de behandelaar als de patiënt. Het onderscheidende klinische kenmerk is de aanwezigheid van pre-existente naevi of andere huidaandoeningen op de plaats van de eczemateuze inflammatie. Bij patiënten met deze casuïstiek dient

men het Meyerson-fenomeen te overwegen. Het afnemen van een (excisie)biopsie met gerichte vraagstelling is essentieel voor het bevestigen van de diagnose, het uitsluiten van alternatieve verklaringen en/of het uitsluiten van een maligniteit bij een solitaire aangedane pre-existente efflorescentie.

LEERPUNTEN

- Het fenomeen van Meyerson blijft niet beperkt tot naevi maar wordt ook bij andere huidaandoeningen gezien.
- Het fenomeen van Meyerson is relatief zeldzaam, maar benigne en self-limiting.
- Er bestaat mogelijk een relatie met UV-straling, en medicatie gebruikt bij polycythemia vera en chronische hepatitisen.

TREFWOORDEN

Fenomeen van Meyerson - naevus van Meyerson - eczematuze naevus - halo dermatitis

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen

LITERATUUR

1. Meyerson LB. A peculiar papulosquamous eruption involving pigmented nevi. *Archives of Dermatology*. 1971 May 1;103(5):510.
2. Balato A, Lembo S, Cirillo T, Megna M, Napolitano M, Balato N. Meyerson phenomenon around aevis: resolution after sun exposure? *Acta Dermato Venereologica*. 2011;91(3):352-3.
3. Loh J, Kenny P. Meyerson Phenomenon. *Journal of cutaneous medicine and surgery*. 2010 Jan 1;14(1):30-2.
4. Cook-Norris RH, Zic JA, Boyd AS. Meyerson's naevus: a clinical and histopathological study of 11 cases. *The Australasian Journal of Dermatology*. 2008 Nov 1;49(4):191-5.
5. Hofer T. Meyerson phenomenon within a nevus flammeus. The different eczematous reactions within port-wine stains. *Dermatology*. 2002;205(2):180-183

CORRESPONDENTIEADRES

Bart Smeers

E-mail: bart.smeers@live.nl

Wendelien Veldkamp

E-mail: w.veldkamp@bernhoven.nl



Jambo Daktari

K-P de Roos

Dit voorjaar heb ik in twee weken weer verschillende poli's meegelopen met jonge en relatief onervaren dermatologen in Zanzibar. Dat deed ik als bestuurslid van de Stichting Sint Peregrinus samen met collega bestuurslid Pierre van Neer die er zelfs negen weken verbleef. Het begon tien jaar geleden als ondersteuning van drie basisartsen die probeerden dermatologisch zorg te leveren aan zo'n anderhalf miljoen inwoners. Inmiddels zijn er - door de overheid gestimuleerd - acht dermatologen in evenveel districtsziekenhuizen met een EPD, en dat is nog steeds heel weinig als je dat met Nederland vergelijkt. Maar wat mij steeds weer opvalt, is de rust en gelatenheid van iedereen in dat deel van de wereld. Poli's worden in alle rust gedaan en patiënten krijgen geduldig uitleg over hun diagnose. Ook is het niet vreemd wanneer een eerdere patiënt - zonder kloppen - de spreekkamer binnenkomt om nog wat te vragen, meestal over het net opgehaalde medicijn.

WACHTEN ALS KUNST

De inwoners van de eilandenarchipel hebben wachten tot kunst verheven. Wanneer je 's ochtends door de wachtkamer loopt, een open patio waaroverheen een zeil gespannen is tegen de zon, is die al bijna vol en liggen er verschillende patiënten op de harde banken te slapen. Allemaal in afwachting van de dokter. Voor een westerling zoals ik een vreemd beeld, maar normaal voor Afrika. Vooral vreemd als je hoort dat sommigen er al sinds vier uur 's ochtends zijn om als eerste aan de beurt te zijn. Er wordt immers niet op afspraak gewerkt maar op volgorde van binnenkomst. Iedereen wacht geduldig zijn of haar beurt af en ook de kinderen zijn bewonderenswaardig geduldig en rustig.



Laatste vergadering met vijf van de acht dermatologen.

Dermatoloog, Erasmus MC, Rotterdam



Het Rock Restaurant aan het Michamvi Pingwe strand in Zanzibar.

We kennen allemaal het lied *Hakuna matata* uit de beroemde Disney tekenfilm *The Lion King* uit 1993. Het betekent vrij vertaald: 'maak je geen zorgen'. En hoewel Disney de twee woorden in 2003 als handelsmerk liet registreren, waardoor deze in Amerika niet zonder toestemming gebruikt mogen worden, wordt het door bijna iedereen in Afrika regelmatig gebezigd. Terug in Nederland valt op hoezeer wij onder de bolcom mentaliteit gebukt gaan: 'vanavond besteld morgen in huis'. Wanneer er stroomuitval is in Nederland worden direct Kamervragen gesteld, terwijl in Zanzibar dat dagelijkse kost is. Ziekenhuizen laten daarom uit voorzorg het EPD draaien op een noodaggregaat. Kort na een eerder bezoek aan Zanzibar liep ik tijdens een druk spreekuur in Nederland een kamer binnen met daarin een controlepatiënt die op zijn horloge keek en zei: 'de vorige keer liep u ook al vijf minuten uit'.

Wij leven in een tijd waarin de klok belangrijker is dan wat wij doen en het lijkt wel alsof wij verslaafd zijn geraakt aan druk zijn. Ik zag in Afrika weinig 'mindfulness coaches' of 'burnout preventiebureaus'. Kennelijk hebben wij die tegenwoordig nodig om tot rust te komen maar volgens mij is de beste oplossing gewoon een weekje poli meelopen in Zanzibar. Dat is zinnig en zonnig ...

NB: Jambo Daktari betekent 'hallo dokter' in het Swahili.

CORRESPONDENTIEADRES

Kees-Peter de Roos

E-mail: k.deroos@erasmusmc.nl



Persisterende proctitis: een onverwachte oorzaak

S.A.S. van der Bent¹, H. Snijders², H.J.C. de Vries³

Een patiënt met aanhoudende anale klachten zonder duidelijke oorzaak blijkt uiteindelijk klachtenvrij na behandeling van *Mycoplasma genitalium*. Deze casus illustreert de diagnostische uitdagingen bij een persisterende proctitis en benadrukt het belang van het overwegen van minder gebruikelijke verwekkers bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) met een atypisch beloop.

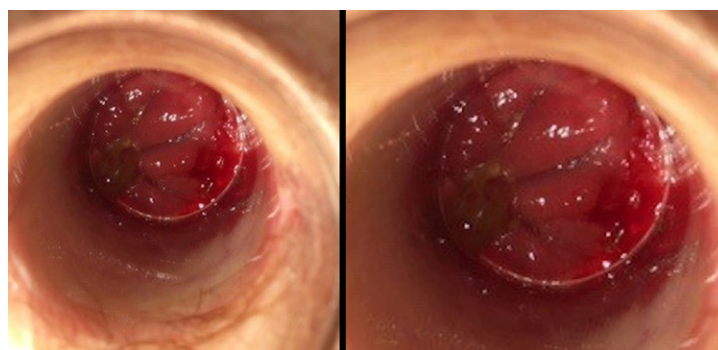
CASUS

Een man in de veertig, seksueel actief als MSM, presenteerde zich met een klachtenpatroon van persisterend anaal slijmverlies dat maandenlang aanhield. De klachten ontwikkelden zich na een eerder behandelde anale gonorroe-infectie. Sindsdien was er continue sprake van slijmafscheiding en tevens intermitterend rectaal bloedverlies, zonder toename of andere alarmsymptomen. Opvallend was het ontbreken van pijn, jeuk of loze aandrang. Hij maakte geen gebruik van anale douches, speeltjes of stimulerende middelen. De defecatie vond tweemaal daags plaats, incidenteel onder lichte persdrang, zonder dat deze langer dan vijf minuten duurde. De ontlastingsconsistentie varieerde van Bristol type 1 tot 4, en de patiënt had een adequate vochtinname van meer dan twee liter per dag.

In de medische voorgeschiedenis was sprake van astma, waarvoor hij inhalatiemedicatie gebruikte, alsook pre-expositieprofylaxe (PrEP) ter preventie van hiv.

Een eerder uitgevoerde colonoscopie door de MDL-arts toonde geen afwijkingen. De klachten werden derhalve door de MDL-arts geduid als uiting van het prikkelbare darmsyndroom (PDS). Meerdere SOA-testen na de behandeling van gonorroe waren negatief, inclusief testen op chlamydia, gonorroe, hiv en syfilis.

Bij lichamelijk onderzoek werden periaanaal geen afwijkingen geconstateerd. Rectaal toucher leverde geen weerstanden op, en er werd geen verhoogde spanning van de anale sfincter of de musculus levator ani waargenomen, alsook geen dorsale rekpain. Van dyssynergie, een gestoorde samenwerking van de bekkenbodemspieren tijdens defecatie, was bij lichamelijk onderzoek geen sprake. Tijdens proctoscopie viel een geïrriteerd slijmvlies op met milde bloedingsneiging en duidelijke slijmvorming (figuur 1).



Figuur 1. Proctoscopisch beeld: geïrriteerd slijmvlies met oppervlakkige bloedingen.

Aanvullend onderzoek toonde een negatieve PCR op HSV, VZV, chlamydia en gonorroe in intra-anaal afgenomen materiaal. Het eerste bipt, genomen intra-anaal op 7–8 uur, vertoonde naast normaal colonslijmvlies ook een fragment granulatieweefsel, mogelijk passend bij een ontstekingspoliep. Een tweede bipt, verkregen van de squamocolumnaire overgang, toonde colonslijmvlies met tekenen van actieve erosieve ontsteking zonder granulomen. Het aanwezige plaveiselepitheel vertoonde reactieve veranderingen en was losliggend, zonder dysplasie.

Een aanvullende PCR-test op *Mycoplasma genitalium* bleek positief. Hierop werd gestart met azitromycine volgens het standaardregime (dag 1: 500 mg, gevolgd door 250 mg gedurende vier dagen). Deze behandeling leidde echter niet tot klinische verbetering. Een proefbehandeling met mesalazinezetpillen (1 g 1dd rectaal, gedurende twee weken) gaf eveneens geen resultaat. Een endoanale echografie, uitgevoerd ter uitsluiting van fistelvorming of abcedering, toonde geen afwijkingen.

¹ Dermatoloog-proctoloog, afdeling Dermatologie, Alrijne Ziekenhuis, Leiden en DC Klinieken, locatie Lairesse, Amsterdam

² Chirurg-proctoloog, Proctos Kliniek, Amsterdam

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Amsterdam UMC, Amsterdam

Als vervolg werd een kuur met moxifloxacin (400 mg eenmaal daags gedurende zeven dagen) geïnitieerd. Deze behandeling resulteerde in volledige remissie van de klachten. Bij follow-up in de daaropvolgende maanden bleef patiënt klachtenvrij.

BESCHOUWING

Deze casus illustreert het diagnostische dilemma dat zich kan voordoen bij persisterende anale klachten met specifieke inflammatoire bevindingen. De initiële differentiaaldiagnose omvatte proctitis als gevolg van chlamydia, gonorroe of herpes simplex, inflammatoire darmziekten (zoals colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn), PDS, fistelvorming en postinfectieuze inflammatie.

De uiteindelijke respons op behandeling voor *Mycoplasma genitalium* suggereert dat deze bacterie een causale rol heeft gespeeld in het klachtenpatroon. Hoewel *M. genitalium* algemeen bekend staat als veroorzaker van urethritis en cervicitis, is de pathogeniteit bij rectale infecties onderwerp van lopend onderzoek. Vooral bij MSM wordt rectale kolonisatie frequent vaak aangetroffen, vaak asymptomatisch. [1,2] Diverse studies suggereren echter dat *M. genitalium* ook geassocieerd kan zijn met proctitis-achtige klachten en mucosale ontsteking. [2,3] De multidisciplinaire richtlijn SOA adviseert alleen diagnostiek ter uitsluiting van *M. genitalium* infecties bij mannen met niet verklaarde (chlamydia en gonorroe-negatieve) urethritis klachten. [4]

De ineffectiviteit van azitromycine in dit geval past binnen de context van het toenemende probleem van antimicrobiële resistentie: wereldwijd is er een stijging van de macrolide-resistente *M. genitalium*-stammen waargenomen. [5,6]. Dit verklaart de toenemende voorkeur voor moxifloxacin als effectieve tweede lijnsbehandeling, zoals ook in deze casus het geval bleek te zijn.

De bevindingen in het histologisch onderzoek zijn niet specifiek voor een bepaalde inflammatoire aandoening, maar zijn consistent met chronische mucosale irritatie. De inflammatoire poliep kan in dit licht als een secundair fenomeen worden beschouwd.

Hoewel asymptomatisch dragerschap van *M. genitalium* bij MSM voorkomt, benadrukt deze casus het belang van het opnemen van deze verwekker in de diagnostische overwegingen, met name bij therapieresistente proctitis-achtige klachten zonder andere duidelijke verklaring.

CONCLUSIE

Mycoplasma genitalium is een zelden overwogen, maar potentieel relevante verwekker bij persisterende anale klachten, vooral bij MSM. Bij het uitblijven van effect van standaardtherapieën en de afwezigheid van klassieke SOA's of inflammatoire darmaandoeningen (IBD), kan gericht testen en behandelen van *M. genitalium* leiden tot klinisch herstel. Verdere studies naar de pathogeniteit en resistentiepatronen van deze bacterie bij rectale infecties zijn gewenst.

SAMENVATTING

Hier rapporteren wij een casus van een man, MSM, die leed aan persisterend anaal slijmverlies en intermitterend bloedverlies, ondanks negatieve vervolgtesten op gangbare seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's). Lichamelijk onderzoek en proctoscopie onthulden enkel specifieke inflammatoire afwijkingen. Uiteindelijk werd *Mycoplasma genitalium* aangetoond, waarbij behandeling met moxifloxacin leidde tot volledige remissie van symptomen. Deze casus onderstreept het belang van een uitgebreide differentiaaldiagnose en roept vragen op over de pathogeniteit van *M. genitalium* bij rectale infecties.

TREFWOORDEN

Proctitis – MSM - *Mycoplasma genitalium* – slijmverlies - moxifloxacin

KEYWORDS

Proctitis – MSM - *Mycoplasma genitalium* - mucus discharge – moxifloxacin

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen

LITERATUUR

1. Ong JJ, et al. *Mycoplasma genitalium* rectal infections in men who have sex with men – Are they pathogenic? *Sex Transm Infect.* 2016;92(6):478-481.
2. Baumann L, Cina M, Egli-Gany D, et al. Prevalence of *Mycoplasma genitalium* in different anatomical sites in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect.* 2018;94(8):544-550.
3. Read TRH, et al. The role of *Mycoplasma genitalium* in rectal infection among men who have sex with men: A review. *Curr Opin Infect Dis.* 2019;32(1):45-51.
4. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen. Richtlijndatabase; 2022. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/seksueel_overdraagbare_aandoeningen/inleiding_-_seksueel_overdraagbare_aandoeningen.html
5. Jensen JS, et al. Antimicrobial resistance in *Mycoplasma genitalium*: trends and treatment options. *Curr Opin Infect Dis.* 2017;30(1):45-52.
6. Lau A, Bradshaw CS, Lewis D, et al. The efficacy of azithromycin for the treatment of rectal *Mycoplasma genitalium*: a prospective study. *Clin Infect Dis.* 2015;60(4):463-470.

CORRESPONDENTIEADRES

Sebastiaan van der Bent

E-mail: info@tattoopoli.nl



Richtlijn Peniele intra-epitheliale neoplasie 2025 (samenvatting)

A. Kersbergen¹, C.L.M. van Hees², O.R. Brouwer³, M. Masselink¹

Peniele Intra-epitheliale Neoplasie (PeIN) is een relatief zeldzame aandoening met kans op maligne onttaarding. De NVDV ontwikkelde de richtlijn PeIN tussen 2022 en 2025, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Urologie en de Nederlandse Vereniging voor Pathologie. De richtlijn is bedoeld voor zorgverleners in de tweede en derde lijn die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met PeIN. Het dient als ondersteuning en leidraad voor dermatologen, urologen en pathologen. Daarnaast kan de richtlijn ook relevant zijn voor andere zorgprofessionals die met PeIN te maken krijgen zoals seksuologen, psychologen, verpleegkundig specialisten, physician assistants en dermatologie verpleegkundigen. De richtlijn is ontwikkeld om de zorg rondom patiënten met PeIN te standaardiseren op het gebied van pathologie, diagnostiek, behandeling, follow-up en organisatie van zorg. Deze richtlijn kan bijdragen aan betere zorg en daardoor verbetering van kwaliteit van leven voor patiënten met PeIN.

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

EPIDEMIOLOGIE EN PATHOLOGIE

Epidemiologie

PeIN is een relatief zeldzame aandoening met een stijgende incidentie. In Zweden is de incidentie gestegen van 0.88 naar 2.08 gevallen per 100.000 mannen tussen 2000 en 2019, terwijl in Denemarken de incidentie toenam van 0.87 naar 1.84 per 100.000 persoon-jaren van 1997 tot 2018. Nederland toont een vergelijkbare stijging, van 0.41 naar 1.84 gevallen per 100.000 mannen tussen 1998 en 2022. Ongeveer 75% van de PeIN-gevallen is HPV-geassocieerd, terwijl HPV-negatieve gedifferentieerde PeIN vaak voorkomt bij oudere patiënten met een voorgeschiedenis van lichen sclerosus.

De progressiekans van PeIN naar plaveiselcelcarcinoom (PCC) varieert per subtype. In Nederland is de progressiekans ongeveer 7,5%, met een hoger risico bij gedifferentieerde PeIN (9,3%) vergeleken met HPV-gerelateerde PeIN (3,5%). Hoewel de progressie naar PCC over het algemeen laag is, komen recidieven vaak voor, wat een zorgvuldige behandeling en follow-up vereist.

Pathologie: twee groepen

Vanwege de onbekendheid van PeIN is het gebruik van een uniforme classificatie belangrijk. In de meest recent gepubliceerde WHO-criteria (2022) worden er twee groepen van PeIN

onderscheiden; het HPV-geassocieerde en het HPV-negatieve, gedifferentieerde type van PeIN.

HPV-geassocieerde PeIN

HPV-geassocieerde PeIN komt voor op de glans, het prepu-tium of de penisschacht. Het ontstaat door infectie van het squameuze epitheel met hoog risico HPV-typen (met name HPV-16 (69,8%)). Histopathologisch onderscheidt men de subtypes basaloïde, warty, en zeldzamere varianten zoals pagetoid en heldercellige PeIN. Immunohistochemie toont diffuse p16 'blok' aankleuring en wildtype p53-patronen.

HPV-negatieve gedifferentieerde PeIN

Dit subtype, onafhankelijk van HPV, komt vaak voor op het prepu-tium en is geassocieerd met chronische inflammatie zoals lichen sclerosus of lichen planus. Histopathologisch wordt het gekenmerkt door acanthose, hyperkeratose, verlengde retelijsten, intra-epitheliale verhoorning en cytoplasmatische atypie. P16 is vrijwel altijd negatief, terwijl p53 over-expressie (TP53-mutaties) bij 44-62% voorkomt. Immunohistochemie, gecombineerd met een gedetailleerde histologische beoordeling, is cruciaal voor het onderscheid tussen deze subtypes en draagt bij aan een nauwkeurige diagnostiek en begeleiding van behandeling.

DIAGNOSTIEK

Een tijdige diagnose van PeIN is essentieel om progressie naar invasief peniskanker te voorkomen. Bij verdenking op PeIN is een uitgebreide en systematische aanpak van anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek vereist.

¹ Arts-onderzoeker NVDV

² Dermatoloog, Erasmus MC, voorzitter richtlijnwerkgroep

³ Uroloog, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, voorzitter richtlijnwerkgroep

Anamnese en lichamelijk onderzoek

De anamnese richt zich op het achterhalen van risicofactoren zoals HPV-infectie, roken, immuunsuppressie, of lichen sclerosus, evenals de impact van de klachten op het dagelijks leven. Tijdens het lichamelijk onderzoek worden de laesies nauwkeurig beoordeeld op locatie, omvang, morfologie, en mogelijke tekenen van invasieve groei. Er dient laagdrempelig een volledig anogenitaal onderzoek verricht te worden waarbij ook gelet wordt op andere dermatosen zoals lichen sclerosus of lichen planus. PeIN kan variëren in presentatie en wordt tot op heden klinisch vaak ingedeeld op basis van de locatie en het uiterlijk van de laesie: erytroplasie van Queyrat, morbus Bowen en bowenoïde papulose. Deze terminologie is door de WHO verlaten en dus geen officiële classificatie volgens WHO (2022). In de praktijk kan een onderscheid op basis van klinische kenmerken nog wel consequenties hebben voor therapiekeuze. Het is daarom belangrijk om deze wel te beschrijven.

- Erytroplasie van Queyrat: glanzend rode, fluweelachtige plaques op de glans penis of preputium.
- Morbus Bowen: wrachtige of hyperkeratotische plaques op de penisschacht.
- Bowenoïde papulose: kleine, multiple, bruinrode papels, vaak bij jongere mannen, meestal op de schacht.

Dermatoscopie kan een ondersteunend hulpmiddel zijn in de diagnostiek van PeIN. Typische kenmerken zijn onder andere structuurloze roze gebieden, glomerulaire of geclusterde puntvaatjes en afwezigheid van een pigmentnetwerk. Fotodocumentatie wordt aanbevolen om de laesie vast te leggen en follow-up te vergemakkelijken.

Histopathologisch onderzoek

Histopathologisch onderzoek is noodzakelijk voor de definitieve diagnose van PeIN. De richtlijn adviseert:

- Stansbiopsie bij solitaire laesies.
- Mapping biopsie bij multifocale of uitgebreide laesies om een invasieve component uit te sluiten.
- Circumcisie of radicale excisie kan overwogen worden als diagnostisch middel (en behandeling) bij sterke verdenking op PeIN van het preputium.

In het pathologieverslag dienen de volgende kenmerken worden vermeld:

- PeIN-subtype (HPV-gerelateerd of gedifferentieerd).
- P16-immunohistochemie (positief bij HPV-gerelateerde PeIN, negatief bij gedifferentieerde PeIN).
- Aanwezigheid van bijkomende inflammatoire dermatosen, zoals lichen sclerosus.

Bij twijfel over de diagnose wordt doorverwijzing naar een expertisecentrum aanbevolen.

BEHANDELING

De keuze voor behandeling moet steeds zorgvuldig worden afgestemd op de voorkeuren en situatie van de patiënt. Maak hierbij gebruik van het behandelingschema hiernaast.

Topicale therapie

Topicale therapie met 5-fluorouracil (5-FU) of imiquimod (IQ) kan als behandeling worden overwogen voor PeIN gelokaliseerd op de glans penis, het preputium, of de schacht, vanwege het niet-invasieve en weefselparende karakter. Beide middelen werken door remming van DNA-synthese of stimulatie van de immuunrespons. Begin de behandeling met 5-FU of IQ met een initieel behandelingschema van drie keer per week (maandag-woensdag-vrijdag). De smeerfrequentie kan worden aangepast op geleide van de reactie en bijwerkingen. De standaard duur van behandeling van 5-FU is 6 weken en van IQ 12 weken. Tijdens en na de behandeling wordt gebruik van indifferente therapie geadviseerd om klachten te verzachten. De effectiviteit wordt na 6-12 weken geëvalueerd. Hoewel de klinische respons bij 5-FU en IQ respectievelijk 59% en 69% bedraagt, zijn recidieven frequent (20-50%). Bij onvoldoende effect of recidief wordt geadviseerd om over te stappen op een andere therapie: lasertherapie of chirurgische excisie.

Keuze tussen 5-FU en IQ

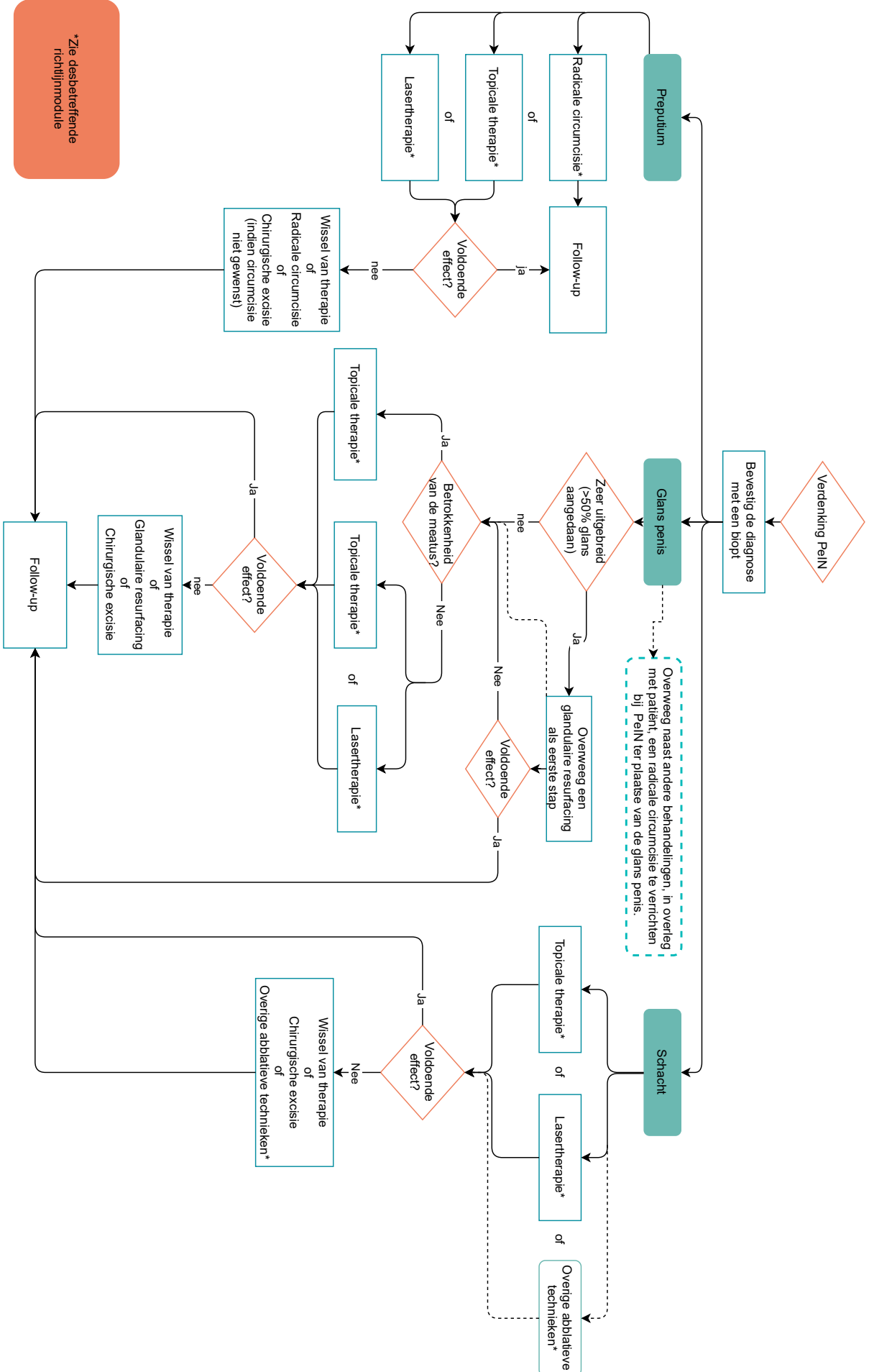
De keuze tussen 5-FU en IQ hangt af van patiëntkenmerken zoals voorkeur, tolerantie voor systemische bijwerkingen en de aanwezigheid van comorbiditeiten zoals lichen sclerosus. Imiquimod geeft aanzienlijk meer kans op systemische bijwerkingen. Theoretisch zou van imiquimod een beter effect te verwachten zijn bij HPV-geïnduceerde PeIN, maar vooralsnog is hier geen bewijs voor. Er zijn enkele case reports die reactivatie of verergering van lichen sclerosus danwel lichen planus beschrijven bij gebruik van imiquimod.

Behandeling met laser

Lasertherapie (CO₂-laser of Erbium YAG-laser) kan worden overwogen als behandeling bij PeIN gelokaliseerd op de glans penis, het preputium of de schacht. Het is een relatief laagdrempelige behandeling vanwege de minimale invasiviteit en cosmetisch acceptabele resultaten. Het wordt niet toegepast bij betrokkenheid van de meatus vanwege risico op meatusstenose. Bij PeIN die meer dan 50% van de glans penis betreft, wordt een alternatieve therapie zoals chirurgie of topicale behandeling als eerste keuze aanbevolen. Bij lasertherapie wordt gestreefd naar een macroscopisch radicale behandeling met marges van 1-2 mm, hoewel deze marges niet histopathologisch gecontroleerd kunnen worden. De behandeling wordt goed verdragen, kent weinig complicaties, en kan worden herhaald bij recidieven zonder negatieve invloed op de oncologische uitkomsten. Hoewel recidiefkansen variëren tussen 7% en 48%, kan lasertherapie effectief zijn, zowel als monotherapie of in combinatie met topicale therapie om de behandelingsduur te verkorten. De keuze voor de CO₂- of YAG-laser hangt af van lokale beschikbaarheid en ervaring. In Nederland is er meer ervaring met de CO₂-laser en deze laser geeft volgens de werkgroep (mogelijk) betere hemostase. Vanwege een gebrek aan vergelijkende studies wordt er geen harde voorkeur uitgesproken voor één van de twee lasers.

Chirurgische behandeling

Bied laagdrempelig een radicale circumcisie aan bij patiënten met PeIN gelokaliseerd uitsluitend op de voorhuid, vanwege



de hoge effectiviteit en lage recidiefkans. Voor PeIN op de glans penis wordt chirurgische behandeling (zoals lokale excisie of glans resurfacing) echter pas overwogen bij therapieresistente of uitgebreide gevallen. Bij chirurgische excisie wordt gestreefd naar macroscopisch radicale resectie met marges van 1-2 mm. Re-excisie bij microscopisch positieve snijranden is vaak niet nodig is; nabehandeling met laser- of topicale therapie is dan een alternatief.

Overige behandelingen

Cryotherapie of curettage en electrocoagulatie kunnen overwogen worden als behandelingsoptie bij patiënten met klinisch bowenoïde papulose op de schacht, wanneer standaardbehandelingen niet mogelijk of wenselijk zijn. Deze methoden zijn eenvoudig toepasbaar en kosteneffectief, maar niet geschikt voor PeIN op de glans penis of het preputium. Fotodynamische therapie (PDT) wordt niet aanbevolen voor PeIN vanwege gebrek aan wetenschappelijk bewijs.

HPV-VACCINATIE

Er zijn twee typen profylactische HPV-vaccins beschikbaar: Gardasil 9 en Cervarix. Beiden bieden bescherming tegen de ontwikkeling van HPV-gerelateerd peniscarcinoom en PeIN, welke voornamelijk geassocieerd zijn met HPV-typen 16 en 18. HPV-vaccinatie wordt aan alle jongens aangeboden in het rijksvaccinatieprogramma. Er is op dit moment niet genoeg wetenschappelijk bewijs om standaard een HPV-vaccinatie aan te raden bij patiënten die al PeIN hebben. Daarom wordt de vaccinatie momenteel niet vergoed buiten het rijksvaccinatieprogramma.

FOLLOW-UP

Controleer patiënten met PeIN 3, 6 en 12 maanden na iedere behandeling of nieuwe laesie. Hierna kan jaarlijkse controle plaatsvinden gedurende vier jaar. Er is dan dus in totaal een follow-up periode van vijf jaar als er geen nieuwe laesies zijn ontstaan. Bij een patiënt in staat tot zelfonderzoek kan de fol-

low-up periode eerder beëindigd worden, na het eerste jaar.

Belangrijke aandachtspunten follow-up:

- Voer bij ieder follow-up bezoek lichamelijk onderzoek uit en inspecteer op indicatie en bij risicogroepen de gehele anogenitale regio.
- Besteed aandacht aan seksualiteit en kwaliteit van leven.
- Adviseer regelmatig zelfonderzoek om tijdig recidieven op te sporen.
- Bij patiënten met PeIN en lichen planus of lichen sclerosus: hervat de behandeling van lichen na de behandeling van PeIN.

VOORLICHTING EN BEGELEIDING

Voorlichting en begeleiding bij patiënten met PeIN is een onmisbaar onderdeel van de behandeling. Geef iedere patiënt mondeling en schriftelijk informatie over de aandoening en behandeling. De diagnose kan leiden tot klachten zoals schaamte, angst en somberheid. Daarnaast kan PeIN de seksualiteit beïnvloeden. Bied patiënten daarom een verwijzing naar een psycholoog en/of seksuoloog aan.

ORGANISATIE VAN ZORG

Er zijn meerdere disciplines betrokken bij de zorg voor patiënten met PeIN, zoals de huisarts, medisch specialisten (dermatoloog, uroloog, patholoog), maar ook een seksuoloog, psycholoog, verpleegkundig specialist, physician assistant en een dermatologie/urologie verpleegkundige. Behandel patiënten met PeIN bij voorkeur binnen een multidisciplinair team in een centrum met voldoende expertise. Bij patiënten met therapieresistente PeIN is het belangrijk om door te verwijzen naar een expertisecentrum.

CORRESPONDENTIEADRES

Bureau NVDV

E-mail: secretariaat@nvdv.nl



Importdermatosen

Zie pagina 25 voor de vragen.

Om mijn antwoord aan de collega dermatoloog wat kracht bij te zetten, zoek ik op internet naar ondersteuning van mijn vermoeden van de diagnose. Ik stuit hierbij op de Wikipediapagina van *Paederus dermatitis* (**vraag 3**). Hierop is een afbeelding te zien van een patiënt die erg veel gelijkenissen vertoont met de vriend van de collega-dermatoloog (afbeelding 4). Dit is weliswaar geen academisch wetenschappelijk onderbouwing voor mijn diagnose, maar ook dat is soms tropendermatologie: roeien met de riemen die je hebt.

WIKIPEDIA

Paederus dermatitis

Article Talk

Paederus dermatitis, medically known as **dermatitis linearis**,^[1] is a skin irritation resulting from contact with the **hemolymph** of certain **rove beetles**, a group that belongs to the insect order Coleoptera and the genus *Paederus*.^{[2][3][4]} Other local names given to *Paederus dermatitis* include **spider-lick**, **whiplash dermatitis**,^[5] and **Nairobi fly dermatitis**.^[2]

Paederus dermatitis	
Other names	Linear dermatitis or Dermatitis linearis

Afbeelding 4. Huiduitslag in de nek, gelijkend op de huiduitslag bij afbeelding 1. Rechtsboven op de afbeelding ook een kissing/mirror lesion in de frontale hals.

Paederus dermatitis is een huidirritatie die wordt opgelopen door contact met de kortschildkever (Engels: rove beetle). In het geval van mijzelf betrof het de zogenaamde *Nairobi fly* (**vraag 2**). De *paederus* kevers hebben een blaarvormende stof, bijvoorbeeld *paederine* of *cantharidine*, in hun haemolymfe (lichaamsvloeistof van geleedpotigen) dat vrijkomt als de kever platgedrukt wordt. In mijn geval, onbewust, tussen de boven- en onderarm, wat ook de verklaring geeft voor de zogenaamde *kissing/spiegeldistributie* (**vraag 1**). Ongeveer 24-48 uur na het contact ontstaat een irritatieve contact dermatitis bestaande uit jeukende blaasjes en/of puistjes, die vervolgens na enkele dagen indrogen en doorgaans volledig genezen of met minimale postinflammatoire hyperpigmentatie. De jeuk kan uiteraard bestreden worden met een steroïdenzalf.

LITERATUUR

Ghoneim K.S. Human dermatosis caused by vesicating beetle products (Insecta), cantharidin and paederine: An overview. *World Journal of Medicine and Medical Science*. Mei 2013;1:1-26.

CORRESPONDENTIEADRES

Ruud Horlings

E-mail: ruud.horlings@mzh.nl

Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie | jaargang 35 | nummer 5 | juni 2025

41



Geïndureerde subcutane nodi

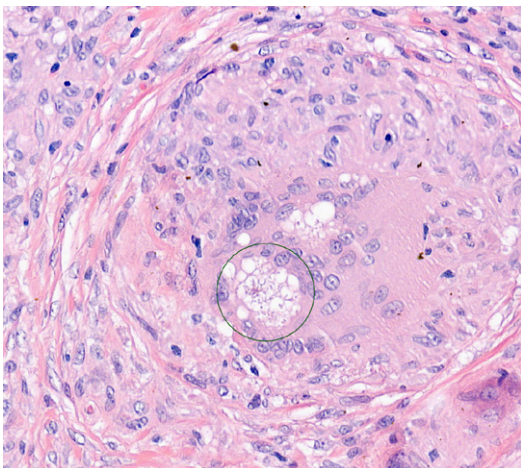
Zie pagina 29 voor de vragen.

BESPREKING

De histologie toont een normaal stratum corneum en epidermis. Ook de oppervlakkige dermis vertoont geen afwijkingen. In de diepe dermis en subcutis zijn multiële compacte, afgeronde, niet necrotiserende granulomen aanwezig. Deze granulomen bestaan uit histiocyten en meerkernige reuscellen, bijgemengd en omgeven door weinig lymfocyten. In het centrum van één granuloom werd een asteroid body aangetroffen (afbeelding 3). Er werden geen micro-organismen aangekleurd. Ook de kweekbiopten waren negatief voor onder andere mycobacteriën en schimmels/gisten. Screenend laboratoriumonderzoek liet geen afwijkingen zien in het algemeen bloedbeeld, de lever- of nierfunctie. BSE en CRP waren normaal. ANA, ANCA, anti-PR3 en anti-MPO waren negatief. ACE (angiotensine convertering enzyme) en sIL-2R (soluble IL-2 receptor) waren verhoogd, respectievelijk 93,8 U/I en 759 U/ml. De X-Thorax liet lymfadenopathie met perihilaire betrokkenheid zien.

De histologie, specifiek de naakte en niet-verkazende granulomen, zijn passend bij sarcoïdose. Ook het verhoogde ACE en sIL-2R ondersteunen deze diagnose, hoewel deze markers niet altijd verhoogd zijn en niet specifiek voor sarcoïdose. [1] Een infectieuze oorzaak werd uitgesloten via kweekbiopten, PCR en kleuringen. Er is daarnaast geen vreemd lichaamsmateriaal zichtbaar in de histologie. Tot slot past de kliniek en aanwezigheid van granulomen (in principe) niet bij een eosinofiele fasciitis.

Sarcoïdose is een granulomateuze multisysteemziekte met een grote verscheidenheid aan cutane presentaties. [2,3] In deze casus betreft het een bijzondere vorm van sarcoïdose, namelijk de subcutane variant, ook wel *Darrier and Roussy* sarcoïdose genoemd. [4] Bij deze variant bevinden de granu-



Afbeelding 3.

lomen zich subcutaan, met hooguit minimale betrokkenheid van de diepe dermis. [4,5] Deze variant werd voor het eerst beschreven in 1904 en komt voor bij slechts 1,4-6% van de patiënten met systemische sarcoïdose. Deze prevalentie is echter gebaseerd op oude literatuur, en er zijn weinig case reports beschikbaar, wat zowel de zeldzaamheid als mogelijk de onderrapportage van subcutane sarcoïdose benadrukt. [4,6,7] Subcutane sarcoïdose wordt het meest gezien bij vrouwen tussen de 50-70 jaar en heeft een symmetrische voorkeurslokalisatie ter plaatse van de extremiteiten, voornamelijk de onderarmen. Bij uitgebreidere afwijkingen komt het vaker voor dat de nodi samenvloeien tot geïndureerde lineaire afwijkingen die zich uitstrekken van de elleboog tot de hand, zoals ook gedemonstreerd in deze casus. [7]

Patiënte werd verwezen naar de longarts, alwaar pulmonale sarcoïdose werd verdacht, echter nog zonder pulmonale behandelindicatie. Er waren geen aanwijzingen voor cardiale sarcoïdose en er waren geen oogklachten. Gezien de toenemende klachten van patiënt werd gestart met prednisolon 1dd40mg, wat na twee weken al enige verbetering gaf. De prednisolon werd vervolgens over enkele weken afgebouwd tot stop, waarbij verdere verbetering optrad. Er werd tevens, als prednison-sparende therapie, gestart met methotrexaat 15mg/week in combinatie met 10mg foliumzuur/week.

LITERATUUR

1. Ramos-Casals M, Retamozo S, Sisó-Almirall A, Pérez-Alvarez R, Pallarés L, Brito-Zerón P. Clinically-useful serum biomarkers for diagnosis and prognosis of sarcoidosis. *Expert Rev Clin Immunol.* 2019;15(4):391-405.
2. Karadağ AS, Parish LC. Sarcoidosis: A great imitator. *Clin Dermatol.* 2019;37(3):240-54.
3. Wu JH, Imadojemu S, Caplan AS. The evolving landscape of cutaneous sarcoidosis: Pathogenic insight, clinical challenges, and new frontiers in therapy. *Am J Clin Dermatol.* 2022;23(4):499-514.
4. Marcoval J, Moreno A, Mañá J, Peyri J. Subcutaneous sarcoidosis. *Dermatologic Clinics.* 2008;26(4):553-6.
5. Marcoval J, Penín RM, Mañá J. Histopathological features of subcutaneous sarcoidosis. *Am J Dermatopathol.* 2020;42(4):233-43.
6. Ahmed I, Harshad SR. Subcutaneous sarcoidosis: is it a specific subset of cutaneous sarcoidosis frequently associated with systemic disease? *J Am Acad Dermatol.* 2006;54(1):55-60.
7. Marcoval J, Mañá J, Moreno A, Peyri J. Subcutaneous sarcoidosis - clinicopathological study of 10 cases. *Br J Dermatol.* 2005;153(4):790-4.

CORRESPONDENTIEADRES

Mirjam Schaap

E-mail: mirjam.schaap@radboudumc.nl



Luistervink bij het bestuur

E. Boddé

Zo moet iemand zich voelen bij een langverwachte debuutvoorstelling... Licht - of minder licht - nerveus en aarzelend onzeker. Plankenkoorts overvalt mij als ik de kamer binnenloop, en een koude rilling trekt tussen m'n schouderbladen. Spanning en een knagend stemmetje in mijn achterhoofd dat fluistert: Wat doe ik hier?

De datum is 24 mei 2024 en het toneel is de bestuurskamer van de NVDV in de Domus Medica. Hoe ik hier verzeild raakte? Als laatstejaars aios dermatologie mag ik een mentorstipendium doen bij het NVDV bestuur. Dat betekent een jaar vol vergaderen, meedenken en vooral luisteren. Veel luisteren.

INSIDE JOKES

Omringd door zeven dermatologen, ieder met een jarenlange dermatologische kennis plus bestuurlijke bagage, probeer ik alles te volgen. Ik zie het als een unieke kans om daarbij te mogen aansluiten al voelt het ook als het eerste kerstdiner bij m'n schoonfamilie. Iedereen kent elkaar door en door, er worden afkortingen gebruikt waar ik nooit eerder van hoorde en talloze inside jokes gaan langs mij heen.

Al snel blijkt: besturen in de medische wereld is vaak stropetrig. Beslissingen worden niet pijlsnel genomen, ze worden uitgesmeerd over meerdere vergaderingen, heroverwogen, al dan niet getoetst bij de achterban, en soms zelfs teruggelegd bij een commissie die het bestuur net had opgeheven. De weg naar een bestuursbesluit verloopt zelden in een rechte lijn van a naar b, en voert veel vaker langs omwegen en sluiproutes. En dat is even wennen voor wie, zoals ik, vergaderingen van het VADV bestuur gewend is. Daar nemen we binnen drie appjes een beslissing over het thema van de aios-dag, wat we bij de borrel serveren en of we het thema 'met de handen in het haar' wel of niet cringe vinden.

NVDV EN AIOS

Het ligt voor de hand te denken dat een aios weinig te zoeken heeft aan een bestuurstafel. Geen tijd, geen ervaring, geen idee waar het over gaat. Dat dacht ik ook. Maar we moeten niet vergeten dat dit de plek is, waar tussen beleidsdocumenten en kennisagenda's, ook de koers van de toekomst wordt uitgezet. Van het vak én van dermatologen. En juist daar ontbreekt nog iets. Wij. De aios.

Ik merkte al snel in dit bestuur: de 'oude garde' wil dat we meepraten. De medische wereld verandert. Maar als wij zelf als jonkies niet aan tafel zitten, blijft het muisstil vanuit onze hoek. Dan worden beslissingen niet met ons, maar voor ons genomen. En voor de goede orde, ik heb het zelf evenmin gedaan, dit is het eerste wat ik direct bijdraag aan de NVDV.

De cameraman zwenkt zijn filmtoestel terug naar die allereerste bestuursvergadering die ik bijwoonde. Al snel zat ik schuifelkontend op de stoel verzonken in gedachten, mij afvragend: Wat doe ik hier eigenlijk? Wat als ik iets zeg wat totaal niet klopt? Wat als niemand luistert? De schrik slaat mij om het hart. Terwijl mijn gedachten afdwalen, hoor ik vanuit de verte de stem van voorzitter Dirk Jan Hijnen: "En Lisa, wat denk jij ervan?" Hij neemt mij serieus!

Opluchting.

CORRESPONDENTIEADRES

Lisa Boddé

E-mail: e.bodde@erasmusmc.nl



Aantekeningen

[illegible]