

REFERAAT

Blauwdruk voor een hand-eczeemspreekuur: ‘handig’ of niet?

A.C.M. Kunkeler¹, G.L. Van Rooijen²

¹ Dermatoloog, Erasmus MC,

² Arts-assistent in opleiding tot dermatoloog, Erasmus MC

Correspondentieadres:

Drs A.C.M. Kunkeler

Erasmus MC

Poli dermatologie

Burg. s'Jacobplein 51

3015 CA Rotterdam

E-mail: a.kunkeler@erasmusmc.nl

Handeczeem is een veelvoorkomende huidaandoening, met een puntprevalentie van 4% bij volwassenen in de algemene populatie, een eenjaarsprevalentie tot 10% en een incidentie van 5 per 1000 personen per jaar. Het kan in verschillende vormen optreden met klinische kenmerken van roodheid, infiltratie, schilfering, oedeem, vesikels, hyperkeratose, raghaden en erosies.^{1,3} Histopathologisch onderzoek toont hyperkeratose, spongiose van de epidermis en een lymfocytair ontstekingsinfiltraat in de dermis.^{1,3}

Ernstig handeczeem zorgt voor een functiegebrek van de handen, zowel op het werk als bij dagelijkse activiteiten en sociale interacties. Dit kan leiden tot gevoelens van schaamte, lage eigenwaarde, terugtrekking, sociale angsten en fobieën. Handeczeem is ook geassocieerd met hevige jeuk, dat kan leiden tot slapeloosheid en stress.^{1,3}

Handeczeem kan variëren van mild tot chronisch ernstig eczeem, waarbij zelfs langdurige uitval van de arbeidsparticipatie kan optreden. Beroepsgerelateerde huidaandoeningen staan al jaren boven aan de lijst van beroepsgebonden ziektes.^{2,4} Hoogrisicoberoepen voor het ontwikkelen van handeczeem zijn: kapper, bakker, bloemist, schoonmaker, vloerenlegger, tandtechnicus, machinebankwerker, metaalwerker en medewerker gezondheidszorg.

Handeczeem kan zeer therapieresistent zijn. Gezien het vaak chronische beloop geeft het een significante verlaging van de kwaliteit van leven voor de patiënt en zijn er aanzienlijke directe (medicatie, ziekenhuisbezoeken) en indirecte (verlies aan arbeidsproductiviteit) kosten voor de samenleving.¹⁻⁸

Er is sprake van chronisch handeczeem als de aandoening langer dan drie maanden bestaat of twee keer of meer recidiveert binnen twaalf maanden ondanks adequate dermatologische behandeling en therapietrouw.^{1,2}

INDELING

Handeczeem kan worden ingedeeld volgens etiologie, lokalisatie en morfologie.^{1,3}

Etiologie (type handeczeem): irritatief, allergisch, atopisch, protein contactdermatitis, anders (pompholyx, tylootisch, etc.).

Lokalisatie: dorsaal, palmair, laterale randen vingers, vingertoppen (pulpitis), interdigitaal, polsen.

Morfologie: dyshidrotisch (acrovesiculeus), roodheid, schilfering, hyperkeratotisch-rhagadiform, nummulair.

Handeczeem kan veroorzaakt worden door irritatief of allergisch contacteczeem. De aanwezigheid van een atopische constitutie speelt hierbij ook een rol. Bij atopisch (hand)eczeem is er sprake van een filaggrine mutatie met daardoor een verhoogd transepidermaal waterverlies, een verminderde drempel voor irritantia en een toegenomen percutane absorptie. Dit geeft een verhoogd risico op zowel irritatief als allergisch contacteczeem (het laatste met name voor topische preparaten). Gemengde vormen van handeczeem komen veel voor, bijvoorbeeld een combinatie van constitutionele en exogene factoren. Contact met exogene factoren kunnen het handeczeem uitlokken dan wel verergeren.^{1,3}

Irritatief contacteczeem komt vaker voor dan allergisch contacteczeem. Omgevingsfactoren zoals lage luchtvochtigheid, hoge temperaturen, occlusie, zweten, kunnen effect hebben op de epidermale barrière en daardoor het effect van irritantia en/of allergenen versterken.^{1,3}

Niet-eczemateuze aandoeningen aan de handen of handdermatosen moeten differentiaal diagnostisch onderscheiden worden van handeczeem. De meest voorkomende zijn psoriasis vulgaris en dermatomycose, gevolgd door psoriasis pustulosa, lichen planus en scabiës.^{1,2}

ANAMNESE EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK

Bij de anamnese zijn van belang de duur van de klachten, de uitgebreidheid van het eczeem en aandacht voor specifieke blootstellingen. Onder dit laatste punt vallen vrijetijdsactiviteiten, factoren thuis en op het werk (zoals frequent handen wassen, gebruik van occlusieve handschoenen), verzorging van kinderen, medicatie en roken. Ook de aan- of afwezigheid van atopie (constitutioneel eczeem, astma, bronchitis en hooikoorts) is belangrijk om uit te vragen aangezien een atopische aanleg een hoger risico op handeczeem geeft.^{1,3}

Bij lichamenlijk onderzoek hoort een inspectie van de hele huid, met specifieke aandacht voor de inspectie van de handen en de voeten. Om vooruit- dan wel achteruitgang van het eczeem te objectiveren kan de TIS- of HECSI-score worden gebruikt (zie verder).

AANVULLEND ONDERZOEK

Als aan de klinische diagnose handeczeem wordt getwijfeld, kan aanvullend histopathologisch onderzoek worden verricht. Bij verdenking op een (co-existente) dermatomycose kunnen huidschilfers afgenomen worden voor mycologisch onderzoek (kaliloogpreparaat).^{1,3}

Als de oorzaak van het handeczeem onduidelijk is, kan verder onderzoek worden ingezet. Wanneer er een verdenking bestaat op een contactallergie zal epicutaan contactallergologisch onderzoek kunnen worden verricht.

Bij twijfel over een atopische constitutie kunnen (op indicatie) huidpriktesten dan wel een Phadiatop worden verricht met veelvoorkomende (inhalatie-/voedsel)allergenen. Hiermee kunnen type I-allergieën worden aangetoond die relevant zijn in verband met het hogere risico op en het vaak ernstigere beloop van handeczeem bij een atopische constitutie.^{1,3}

BEHANDELING

Behandeling van handeczeem is vaak lastig omdat de aandoening multifactorieel is bepaald. Uitlokkende of oorzakelijke factoren moeten waar

mogelijk vermeden worden. De behandeling moet toegespitst zijn op de soort en de ernst van het eczeem. Mild beginnend eczeem moet snel en adequaat behandeld worden om te voorkomen dat het eczeem chronisch wordt. Een compleet herstel van de epidermale barrière treedt pas weken tot maanden na genezing van handeczeem op.¹⁻⁸ Het vermijden van contact met irriterende stoffen, het invetten en beschermen van de handen moet dus lange tijd (zo niet levenslang) worden volgehouden.

Emolliëns en huidbescherming

De frequente applicatie van emolliëns vormt de onderhoudsbehandeling van het eczeem. Hierbij wordt gekozen voor zalven boven crèmes, omdat crèmes meer potentiële allergenen bevatten in de vorm van conserveermiddelen en daarnaast mild irritatieve bestanddelen kunnen bevatten. Het is echter belangrijk om rekening te houden met de individuele wensen van de patiënt: een emolliëns moet goed uit te smeren zijn, niet te dun maar ook niet te vet zijn, niet prikken of branden en niet vies ruiken. Ook moet rekening gehouden worden met eventuele specifieke contactallergieën. Ook als het eczeem verbetert of klinisch niet meer zichtbaar is, zal de onderhoudsbehandeling met emolliëns gecontinueerd moeten worden.

Zowel in de thuissituatie als op het werk is het van belang dat patiënten contact met irritatieve stoffen trachten te vermijden. Ook het frequent wassen van de handen moet worden ontraden. Het dragen van handschoenen is nuttig ter bescherming tegen irritatieve factoren. Echter, het langdurig dragen van handschoenen moet worden afgeraden omdat het occlusieve effect hiervan juist handeczeem kan bevorderen.

De handen kunnen extra beschermd worden met katoenen handschoenen. Deze kunnen eventueel in andere beschermende handschoenen worden gedragen, maar ook in de nacht, zodat het emolliëns goed in de huid kan trekken in plaats van in het beddengoed.

Lokale therapie

Een tot twee keer daags lokale corticosteroiden (klasse III of IV) zijn de eerste keus medicamenteuze behandeling van handeczeem.^{1,7} De precieze sterkte van het corticosteroid en de duur van de behandeling hangen af van de ernst en het soort eczeem. Ook de keus voor de basis van het corticosteroidpreparaat (crème of zalf) hangt af van het soort eczeem. In principe wordt bij nattend, acuut eczeem bij voorkeur behandeld met een crème en bij droog, gelichenificeerd eczeem met een zalf. Als het eczeem verbetert kan een onderhoudsbehandeling gegeven worden van twee tot drie maal per week. Soms kan een onderhoudsbehandeling met een minder sterk corticosteroid bereikt worden. Behandeling met topische corticosteroiden moet altijd gecombineerd worden met het gebruik van emolliëns. Indien topische corticosteroiden een goede verbetering hebben

gegeven maar er een onderhoudsbehandeling nodig is, kan soms worden overgegaan op topicale pimecrolimus of tacrolimus (calcineurine inhibitoren). Deze middelen worden veel toegepast bij de behandeling van atopisch eczeem, maar er is beperkte informatie beschikbaar over de effectiviteit bij de behandeling van handeczeem. Bijwerkingen zijn een tijdelijk brandend gevoel aan de huid en gevoeligheid voor UV-licht. Voordeel is dat er geen atrofie van de huid optreedt.

Bij proefdruk nagekomen noot van de redactie:

Bij een 100% irritatieve contactdermatitis worden lokale corticosteroiden overigens afgeraden omdat er geen allergische component bij zit en deze middelen de regeneratie van de beschadigde huid remmen.⁹ En bij mensen die abusievelijk wekenlang dagelijks met klasse IV-corticosteroiden zijn behandeld is vaak sprake van tachyfylaxie en in dat geval kan een 'ouderwets' koolteerpreparaat (bijv. 3-5% pix lithantracis of 10% liq. carbonis detergens) toch nog uitkomst bieden.¹⁰

Lichttherapie

Handeczeem kan behandeld worden met lokale UVB- of PUVA-lichttherapie. Bijwerkingen zijn verbranding van de huid, pijn en oedeem. Lokale PUVA-behandeling vindt bij voorkeur plaats met psoraleengel. Als er behandeld wordt met psoraleentabletten kunnen er na inname hiervan klachten van misselijkheid optreden. Deze therapieën zijn arbeidsintensief, patiënten moeten twee tot drie maal per week naar het ziekenhuis komen voor een belichting.

Orale therapie

Alitretinoïne, een oraal retinoïd, wordt gebruikt voor ernstig chronisch handeczeem, met name de hyperkeratotische vorm, maar is inmiddels ook geregistreerd als eerste keus bij acrovesiculeus handeczeem. Bijwerkingen zijn droge huid en verhogingen van lipiden in het bloed. Daarnaast is een zwangerschapspreventieprogramma noodzakelijk. Acitretine is niet geregistreerd voor de behandeling van handeczeem. Uit een studie is een beperkte werking op hyperkeratotisch handeczeem aangetoond.²

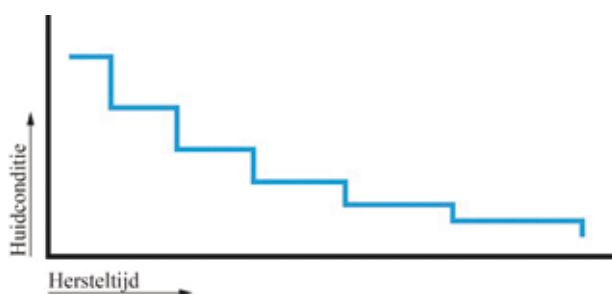
Orale corticosteroiden kunnen kortdurend gebruikt worden voor exacerbaties van ernstig handeczeem, met name bij acrovesiculeus eczeem.

Immunosuppressiva worden gebruikt als bovenstaande therapieën falen of niet geschikt zijn als behandeling. Cyclosporine wordt het meest gebruikt, vooral bij acrovesiculeus handeczeem. Bijwerkingen zijn hypertensie, verminderde nierfunctie en problemen door immuunsuppressie. Andere therapieën zijn azathioprine, mycofenolaat mofetil en methotrexaat.¹⁻⁴

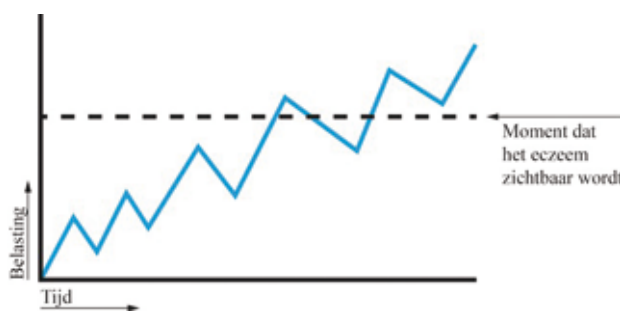
Eventuele secundaire infectie van het eczeem (geïmpetiginiseerd eczeem) moet snel en adequaat behandeld worden, vaak met breed spectrum orale antibiotica.

DE OPZET VAN EEN HANDECZEEMSPREEKUR

Indien aanwezig kunnen patiënten verwezen worden naar een gespecialiseerd handeczeemspreekuur. Het doel van dit spreekuur is om uitleg te geven over handeczeem (oorzaken, uitlokkende en in stand houdende factoren), kennis over handeczeem over te dragen aan de patiënt, specifieke informatie te geven over handbescherming, emolliëns en handschoenen. Er wordt ingegaan op de oorzaken, risicofactoren (bijvoorbeeld atopische constitutie) en in stand houdende factoren van handeczeem zoals, ortho-ergische (het gebruik/de belasting van de handen) en contactallergische factoren. Indien nodig en



Figuur 1. Belasting van de handen in de tijd.



Figuur 2. Verminderde belastbaarheid van de handen in de tijd.

mogelijk vindt overleg plaats met de bedrijfsarts van de patiënt of met een gespecialiseerde bedrijfsarts in een multidisciplinaire setting.

Een en ander wordt toegelicht aan de hand van visuele ondersteuning (zie figuur 1, 2, 3). Patiënten krijgen geschreven informatie mee over geschikte handschoenen en adviezen met betrekking tot het verzorgen van de handen (zie tabel 1).

Gradatie van het handeczeem vindt plaats bij aanvang van therapie en na enkele weken behandeling door middel van de *Three Item Severity score* (TIS) of de *Hand Eczema Severity Index* (HECSI) en door middel van fotografische vastlegging.⁶ Bij de TIS worden drie klinische verschijnselen gescoord op een schaal van 0-3 (roodheid, oedeem, excoriaties). Per onderdeel wordt de meest representatieve laesie genomen (totaalscore 0-9). Bij de HECSI worden zes klinische verschijnselen gescoord op een schaal

van 0-3 (roodheid, induratie/papels, vesikels, fissuren, schilfering en oedeem). Er wordt gescoord (totaalscore 0-360) in vijf verschillende locaties op beide handen (vingertoppen, vingers, palmaire zijde handen, dorsale zijde handen en polsen).

De ernst van het eczeem voor de patiënt wordt beoordeeld aan de hand van een *Visual Analogue Score* (VAS) waarbij gevraagd wordt een cijfer te geven (0-10) voor klachten van respectievelijk pijn, jeuk en branderigheid in de afgelopen periode en een *Numeric Rating Scale* (NRS; schaal 0-10), waarin gevraagd wordt naar de impact die de aandoening heeft op het dagelijks functioneren van de patiënt in de afgelopen week. De arts beoordeelt de ernst van de aandoening aan de hand van een *Physician Global Assessment* (PGA; schaal 0-5).

Lokale en/of orale therapieën worden opgestart of aangepast.

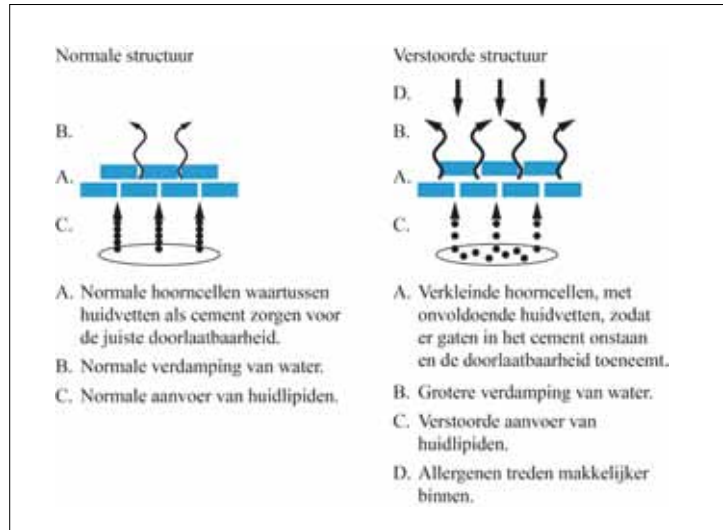
Controle vindt plaats na 4-6 weken. Hierbij wordt geëvalueerd hoe het nu gaat, of er een verbetering van het eczeem is bereikt, of de emolliens en handschoenen bevallen en of de ingestelde therapie succesvol is. Daarnaast is het belangrijk te informeren of het lukt om de voorgestelde adviezen en behandelingen ook daadwerkelijk uit te voeren, zowel thuis als eventueel op het werk. Waar nodig worden uitleg en voorlichting herhaald. Er worden opnieuw TIS/HECSI- en VAS-scores afgenomen en er vindt wederom fotografische vastlegging van het eczeem plaats.

DISCUSSIE

Vroege interventie is belangrijk bij handeczeem omdat het de neiging heeft om chronisch te worden. In de meeste gevallen wordt het handeczeem veroorzaakt door een combinatie van irritatieve en endogene factoren zoals een atopische constitutie, maar ook contactallergische factoren moeten waar nodig onderzocht worden. Het vermijden van irritantia en allergenen, frequente applicatie van emolliens en het gebruik van topicale corticosteroiden vormen de eerstekeusbehandeling.

Behandeling kost veel tijd en leidt soms tot frustratie bij patiënt en behandelaar, omdat het eczeem vaak moeilijk onder controle te krijgen is en snel recideert, ondanks ingestelde therapieën en adviezen. Een handeczeemspreekuur kost meer tijd per patiënt, maar een voordeel is betere en uitgebreidere voorlichting aan de patiënt, toegespitst op diens persoonlijke omstandigheden, hetgeen de therapeutrouw bevordert en uiteindelijk de kwaliteit van leven bevordert.^{4,7,8}

In een academische setting kan het spreekuur worden gedaan door een assistent in opleiding, bijvoorbeeld als onderdeel van de allergiestage of de inflammatoireaandoeningen-/eczeemstage, onder supervisie van een stafid. In een perifere praktijk



Figuur 3. Verminderde huidbarrière bij eczeemhuid ten opzichte van gezonde huid.

Tabel 1. Adviezen met betrekking tot bescherming van de handen.

Draag handschoenen gedurende nat werk
Handschoenen moeten waar nodig gedragen worden, maar gedurende een zo kort mogelijke tijd achter elkaar
Handschoenen moeten intact, schoon en droog aan de binnenzijde zijn
Als handschoenen langer dan 10 minuten achter elkaar gedragen worden, moeten er katoenen handschoenen onder gedragen worden
Was de handen met lauwwarm water en droog de handen goed af
Als de handen niet zichtbaar vuil zijn, was ze dan met alcoholoplossingen in plaats van met zeep
Draag geen ringen op het werk
Gebruik emolliens zo vaak als mogelijk, zowel op het werk als thuis en vooral voor het slapen gaan
Emolliens moeten over de hele hand aangebracht worden, niet alleen op eczeemplekken
Bescherm de handen met handschoenen ook tijdens huishoudelijk werk en bij kou buiten

kan een groot deel van de uitleg, informatie en scores uitgevoerd worden door een (dermatologie)verpleegkundige of nurse practitioner, onder supervisie van een dermatoloog.

Een bijkomend voordeel van een handeczeemspreekuur is dat er specifieke kennis over verschillende vormen van handeczeem wordt verkregen, dat er veel ervaring met diverse behandelingen wordt opgedaan en dat hiermee een infrastructuur voor wetenschappelijk onderzoek wordt gelegd.

LITERATUUR

1. Coenraads PJ, Hand Eczema. *N Engl J Med* 2012;367:1829-37.
2. Diepgen TL, Anderson KE, Chosidow O, et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014, e1- 22.
3. Diepgen TL, Agner T, Aberer W, et al., Management of chronic hand eczema. *Contact Dermatitis* 2007;57:204-10.
4. Rustemeyer T, Waard-van der Spek FB de, Coenraads PJ, et al. Richtlijn Contacteczeem NVDV 2012:1-84.
5. Christoffers WA. Hand Eczema: interventions and contact allergies, proefschrift, nov 2014 (chapter 2: Coenraads PJ et al, Cochrane review: Interventions for hand eczema, Cochrane Database of Systematic Reviews June 2014; chapter 3: Christoffers WA et al, Evidence based dermatology- Hand eczema, Evidence Based Dermatology, 3rd edition, August 2014, chapter 22, 117-26)
6. Gils RF van. Integrated care for hand eczema: A cost-effectiveness study, proefschrift, okt 2012 (chapter 2: van Gils RF et al, Effectiveness of prevention programmes for hand dermatitis: a systematic review of the literature, *Contact Dermatitis*, 64, 63-73; chapter 3: van Gils RF et al, Integrated, multidisciplinary care for hand eczema: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study, *BMC Public Health* 2009, 9:438)
7. Jungbauer FHWA, Piebenga WP, Berge EE ten, et al. Contacteczeem. Preventie, behandeling en begeleiding door de bedrijfsarts, NVAB richtlijn 2006:1-44.
8. Werkhoven A van, Rustemeyer T. Werken met handeczeem volgens de huidige richtlijnen. *TBV* 2015;23:313-6.
9. Levin C, Zhai H, Bashir S, Chew AL, Anigbogu A, Stern R, et al. Efficacy of corticosteroids in acute experimental irritant contact dermatitis? *Skin Res Technol.* 2001;7:214-8.
10. Valk PG van der, Snater E, Verbeek-Gijsbers W, Duller P, van de Kerkhof PC. Out-patient treatment of atopic dermatitis with crude coal tar. *Dermatology.* 1996;193:41-4.

SAMENVATTING

In dit artikel geven wij uitleg over handeczeem, over het nut van een handeczeemspreekuur en geven we tips hoe zo'n spreekuur in zowel een academische als een perifere setting opgezet en uitgevoerd kan worden.

TREFWOORDEN

handeczeem – handeczeemspreekuur – perifere/academische setting

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen

SUMMARY

In this article we will present information about hand eczema, about the usefulness of a hand eczema outpatient clinic and we will give tips about setting up and running such a clinic, both in an academic and in a peripheral setting.

KEYWORDS

handeczema – handeczema outpatient clinic – peripheral/academic setting