



Rieke Driessen over de richtlijn Acne vulgaris

“Huidtherapeut, huisarts en dermatoloog hebben ieder een eigen rol”

F. Meulenberg | Fotografie: Anja Prischmann (Radboudumc)

De bijgestelde NVDV-richtlijn Acne vulgaris verscheen recent. Zie voor de samenvatting van die richtlijn elders in dit nummer. Richtlijnen zijn al jarenlang een ijkpunt in het kwaliteitsbeleid van de NVDV. Maar richtlijnontwikkeling is geen statisch fenomeen. De introductie van de Grade-systematiek, enkele jaren geleden, is een voorbeeld van een innovatie in richtlijnontwikkeling. Er zijn meer ontwikkelingen die de FMS op dit moment probeert vorm te geven in het rapport Richtlijnen 3.0. De nieuwe richtlijn Acne vulgaris is een exponent van die moderne aanpak: van het gebruikmaken van internationale richtlijnen als basis tot en met het expliciet opstellen van een paragraaf Organisatie van zorg, waarin de samenwerking met ander beroepsgroepen is uitgewerkt. Een vraaggesprek met de voorzitter van de richtlijnwerkgroep dr. Rieke Driessen, als dermatoloog verbonden het Radboudumc in Nijmegen.

De bijgestelde richtlijn Acne vulgaris is grotendeels gebaseerd op de recente (2021) Engelse NICE-richtlijn. Wat was de reden om daarvan gebruik te maken?

“Aanvankelijk was het idee om de EDF-richtlijn te adapteren, omdat we die in het verleden ook als basis hebben gebruikt voor de richtlijn Psoriasis richtlijn. De EDF-richtlijn acne bleek echter van onvoldoende methodologische kwaliteit om daarop verder te gaan. Van onze Duitse collega's kregen we het advies over te gaan tot een bewerking van de NICE-guideline die op dat moment nog ontwikkeld moest worden.”

BREDE BASIS

NICE staat bekend als een zeer betrouwbaar instituut op het gebied van richtlijnontwikkeling en het gebruik van gezondheidstechnologieën binnen de Engelse National Health Service (NHS). Zij stellen hun richtlijnen op een zorgvuldige manier samen, en maken daarbij gebruik van dezelfde internationaal geaccepteerde, wetenschappelijke GRADE methode die tegenwoordig ook in Nederland gangbaar is. Wij konden hiervan dankbaar gebruikmaken omdat het literatuuronderzoek dat door NICE is verricht, van zeer recente datum is, waarbij de behandeling van acne vulgaris in de volle breedte wetenschappelijk is uitgezocht. Het zou een gemiste kans geweest zijn als we hier geen gebruik van hadden gemaakt.”

Is dat de toekomst: meer gebruik maken/adapteren van buitenlandse/internationale richtlijnen? Wat zijn de voors en tegens?

“Ik zou zeggen van wel. Van oudsher maken de beroepsgroepen van ieder land eigen richtlijnen. Nu er echter goede internationale afspraken zijn over hoe dit soort richtlijnen het



beste tot stand komt, kan men veel makkelijker gebruikmaken van elkaars expertise en producten. Daarmee voorkom je mogelijk dubbelwerk, terwijl de uitkomst vaak toch in grote lijnen hetzelfde blijft. Bovendien is het een goede manier om elkaars werk kritisch te beschouwen en waar nodig aan te vullen of te verbeteren. Zou je dat periodiek doen, en in verschillende landen, dan is de tijdsinvestering per land relatief gering, terwijl de kwaliteit van de documenten steeds

Interim-directeur NVDV en wetenschapsjournalist

verder toeneemt. Die werkwijze bood ons de kans om de Nederlandse richtlijn integraal, en dus niet alleen modulair, te updaten.”

Jullie hebben als werkgroep ervoor gekozen om de grondige, uitvoerige literatuuranalyse niet opnieuw uit te voeren en om de NICE-richtlijn te adapteren naar de Nederlandse situatie. Is dat gelukt? Zijn jullie tevreden over het resultaat?

“Dat is goed gelukt, hoewel NICE de GRADE-methodiek strikter hanteert dan wij gewend zijn. In eerdere richtlijnen lieten we meewegen of het wetenschappelijk bewijs voor een bepaalde aanbeveling van goede of minder goede kwaliteit was. Ook in geval van geringe bewijslast over bepaalde thema's hebben we toch uitspraken gedaan. Voor NICE is beperkte bewijslast, bijvoorbeeld voor een bepaalde behandeling, een reden om deze behandeling geheel buiten beschouwing te laten. Dat heeft ook te maken met het NHS-systeem, waarbij van bovenaf is gereguleerd welke behandelingen en geneesmiddelen men wel of niet gaat vergoeden. Het principe in Engeland is dat de gezondheidszorg niet duurder mag worden dan die is. Als er een nieuwe behandeling bijkomt, moet men ergens anders ook iets schrappen. Wij hebben in Nederland een meer open systeem. Toch zijn wij in de richtlijn ook wat 'strenger' dan voorheen, want ook in Nederland willen we dat de uitgaven aan de gezondheidszorg niet elke jaar verder oplopen ten opzichte van andere uitgaven. Dit maakt dat er in de nieuwe richtlijn soms behandelingen ontbreken die in de oude richtlijn nog wel vermeld staan. Ter verduidelijking hebben we daar in de Nederlandse richtlijn daarom soms een extra opmerking over gemaakt.”

ISOTRETINOÏNE EN ZWANGERSCHAP

Wat zijn de belangrijkste punten waarop deze richtlijn verschilt met de oude NVDV-richtlijn?

“Het zwangerschapspreventieprogramma bij het gebruik van isotretinoïne door vrouwen in de vruchtbare levensfase was altijd al van kracht. Wat daar nu nieuw bijkomt, is de extra zwangerschapscontrole 1 maand na het staken van de behandeling. Dit is overigens niet door ons als richtlijnwerkgroep bedacht, maar komt voort uit de DHPC van de handelsvergunninghouders van isotretinoïne en andere retinoiden uit 2019. Wat ik zelf de meest opvallende verandering vind, is de aanbeveling van vaste combinaties topicale therapieën (dus twee middelen in één tube) boven topicale monotherapie. Verder komt minocycline, wat dermatologen nog veel gebruiken, in de nieuwe richtlijn vrijwel niet meer voor omdat doxycycline de voorkeur heeft.

Daarnaast hebben we een aanbeveling gedaan over het gebruik van isotretinoïne in een lagere dosering dan 0,5-1,0 mg/kg. Daar is weinig wetenschappelijk bewijs voor, maar dergelijke doseringsschema's worden in de praktijk veel gebruikt en met succes. Voor ons redenen die toch in de richtlijn op te nemen.”

Wat waren de paragrafen waarover binnen de werkgroep veel discussie was? En waarom? Zijn jullie daaruit gekomen?

“Opvallend genoeg waren we het als werkgroep meestal

redelijk eens. Soms hadden we gehoopt dat er voor bepaalde behandelingen meer wetenschappelijk bewijs zou zijn, aangezien de aanbevelingen uit de literatuur niet altijd echt overeenkwamen met onze praktijkervaring. De isotretinoïne in lage dosering, en het al dan niet handhaven van de cumulatieve dosering daarbij, is een voorbeeld hiervan. Verder gaf het feit dat we met verschillende beroepsgroepen en een patiënt aan tafel zaten vaak aanleiding tot interessante discussies. Zo benaderen huidtherapeuten de behandeling van acne vulgaris doorgaans minder wetenschappelijk, maar wel op een manier die soms beter aansluit bij de behoeften van de patiënt. Laat ik als voorbeeld noemen de adviezen rondom huidverzorging en reiniging. Het is daarom belangrijk om eenieders visie in beschouwing te nemen. Daarbij bleef het zaak om het uitgangspunt - het evidence-based karakter van de richtlijn - te bewaken.”

STAPPENPLAN EN SAMENWERKING

Deze richtlijn gaat uit van een vrij gedetailleerd stappenplan. Dat is vrij nieuw voor medisch specialisten. En wellicht een trend die doorzet. Het kan op weerstand stuiten bij mensen die richtlijnen beschouwen als 'kookboekgeneeskunde'. Het kan ook juist goed uitpakken bij mensen die graag duidelijke adviezen krijgen. Hoe denk je dat dit valt bij voorschrijvers?

“Ik vind de detaillering van de richtlijn eerlijk gezegd wel meevallen; het is namelijk ook geen echt stappenplan. Wat wel het geval is, is dat we voor verschillende maten van ernst van de aandoening verschillende therapeutische opties geven. Dat is overigens niet nieuw. Ook in bijvoorbeeld de richtlijn Psoriasis worden in geval van een bepaalde ernst van de psoriasis specifieke behandelingen geadviseerd.”

De richtlijn bevat een vrij uitgebreid advies in over huidverzorging, gebaseerd op een module uit de NICE-richtlijn van 2021. Is de situatie in Nederland wat betreft de organisatie van de zorg vergelijkbaar met de Britse situatie?

“Je merkt dat de NICE guideline is geschreven voor het gehele veld van zorgverleners betrokken bij de behandeling van acne vulgaris, en niet specifiek voor de dermatoloog. Zowel de huidtherapeut, als de huisarts en dermatoloog hebben een rol in de behandeling van acne en de begeleiding van patiënten. Dit maakt dat de tekst meer generalistisch is opgesteld, met ook zinsneden als “Verwijs naar de dermatoloog als...”. Dat kennen we niet van andere richtlijnen in de dermatologie. Aangezien men ook in Groot-Brittannië werkt met huisartsen is dat redelijk vergelijkbaar met de Nederlandse situatie. Het beroep van huidtherapeut komt in Groot-Brittannië echter niet voor. Vandaar dat de module Organisatie van zorg, die specifiek is toegespitst op de Nederlandse situatie, aan de richtlijn is toegevoegd. Ik mag wel zeggen toch dat ik hier best wel trots op ben?”

CORRESPONDENTIEADRES

Frans Meulenberg

E-mail: f.meulenberg@nvdv.nl