

Dermatologie, 30 kern-items: beleidsadviezen voor de HAIO

2006

B. Mulder, huisarts, HA-opleiding, UMCG

P.C. van Voorst Vader, dermatoloog, afd. dermatologie UMCG

Correcties

- maart 2008:

- SOA
- Melanoom

- januari 2009:

- Proctologie

- april 2009:

- Websites
- NVDV Richtlijn Dermatocorticosteroiden, kosten
- Acne

Inhoud:

	Pag.
Websites met informatie voor patiënt & arts t.a.v. huidziekten/ dermatologische therapie	3
I. Efflorescentie-leer	3
II. Dermatologische therapie met basispreparaten en lokale steroïden	5
III. Lijst van 30 items, waarvoor beleidsadviezen volgen	8
IV. Beleidsadviezen t.a.v. 30 items	
A. Rood-schilferende dermatosen	9
Eczeem, psoriasis, ecz, seb., pit. vers., mycosen, pit rosea	
B. Vesiculeuse dermatosen	15
Eczeem (acuut), herpes lab/genitalis, herpes zoster	
C. Pustuleuse dermatosen	19
Acne, rosacea, pyodermie (folliculitis, impetigo), steriele pustulose	
D. Bulleuse dermatosen	23
Auto-immuun bulleuse dermatosen, EEM	
E. Papuleuse dermatosen	24
Verruca (HPV), molluscum contagiosum, urticaria, prurigo parasitaria	
F. Erythemen	28
Erysipelas, ECM (Borreliose), Toxicodermie	
G. Fotodermatosen	31
Chronisch polymorfe lichtdermatose	
H. Pigmentstoornissen	31
Vitiligo, postinflammatoire hyper-/hypopigmentatie	
I. Haarziekten	32
Alopecia areata, alopecia androgenetica, alopecia diffusa	
J. SOA	34
Chlamydia, gonorrhoe, NSU, Condylomen, HG, scabies, lues, HIV-test	
K. Flebologie/proctologie/cutane oncologie	39
Ulcus cruris, varices, hemorrhoiden; BCC, SCC, melanoom, actinische keratose	

Websites met informatie voor patiënt & arts t.a.v. huidziekten/ dermatologische therapie

- Websites met pat. informatie t.a.v. dermatologische aandoeningen en dermatocorticosteroiden:
www.huidarts.com (klik: Huidaandoeningen, a t/m z)
www.huidinfo.nl (klik: Huidziekten a-z)
www.huidziekten.nl (klik: Patientenfolders)
- Website Ned Ver Dermatol Venereol (NVDV), patiëntenfolders:
www.huidarts.info (klik: Patientenfolders)
- Website met informatie voor artsen t.a.v. beleid bij eczeem/droge huid en schimmel/gist-infecties van huid en slijmvliezen:
www.proeftuinfarmaciegroningen.nl (klik foto omslag Groninger Transmuraal Formularium, klik eczeem of dermatomycose)
- Website met ALLE Nederlandse richtlijnen (behalve NHG-standaarden):

www.cbo.nl
- Website met richtlijn tav infectieziekten van GGD Nederland:

www.rivm.nl/cib/infectieziekten

I. Efflorescentie-leer

Basis-informatie: bronnen

- Sillevius Smitt JH et al. Dermatologie voor de eerste lijn. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2004; 7^e druk
- Starink Th.M. Dermato-venereologie voor de 1^e lijn in beeld. Zeist, Smith-Kline-Glaxo, 1998 (uitverkocht).

Efflorescentie-leer

Uitgaande van **PROVOKE** (zie boek Starink).

Plaats/Rangschikking/Omvang (aantal, grootte)/**Vorm/Omtrek** (begrenzing)/**Kleur/Efflorescenties**

Daarvan zijn het belangrijkste:

- **P** = plaats
- **O** = omvang (aantal, grootte)
- **E** = Efflorescentie

Proces-beschrijving dermatologisch onderzoek:

P) ik zie op (plaats),

O) 1 of x lesies van .. mm/cm x .. mm/cm groot (aantal, grootte)

E) kenmerken lesie volgens de efflorescentieleer: (efflorescentie)

Lijst efflorescenties en huidziekten, waarbij die efflorescentie gezien wordt

1. **Vesiculeuse dermatosen** (blaasjes/oedeem/spongiose in epidermis, epidermale infiltratie met T-lymfocyten)
 - * acuut eczeem (dauwworm; eczema dyshidroticum=acrovesiculeus eczeem)
 - * viraal (HSV/HZV): herpes simplex (gelaat/lip: herpes labialis=koortsuitslag; genitaliën: herpes genitalis)
herpes zoster (gordelroos)/varicella (waterpokken)
2. **Pustuleuse dermatosen** (pustel in epidermis, epidermaal abcesje met neutrofiele granulocyten)
 - * steriele pustel:
met name bij psoriasis pustulosa (pus intra-epidermaal) en varianten daarvan, bijv. pustulosis palmoplantaris (handpalmen en voetzolen). Ook bij pustuleuse toxicodermie (zeldzaam).
 - * niet-steriele pustel:
 - bacterie: *S. aureus* pyodermie:

- a) folliculitis door infectie met *Staphylococcus aureus* (folliculitis, oppervlakkig of diep; diepe folliculitis = furunkel = steenpuist);
- b) impetigo (kindersmet/krentenbaard): niet folliculair gebonden pyodermie; kliniek: roodheid met korstvorming.
- bacterie: *P. acnes*:
pustels t.g.v. acne-folliculitis door ontstekingsreactie op *Propionibacterium acnes*
- bacterie: Gram-neg.:
t.g.v. folliculitis door infectie met Gram-negatieve bacteriën (*E. coli*, *Pseudomonas*, e.d.)
- gist: t.g.v. folliculitis door *Pityrosporon* gist (ook oorzaak van roos en eczema seborrhoicum)

3. Rood-schilferende (erythemato-squameuse) dermatosen

- * eczema seborrhoicum/seborrhoïsche dermatitis (scalp, wenkbrauwen, neus/wang-plooi, andere plooien; "Pityrosporon-associated dermatitis", "roos plus dermatitis"; *Pityrosporon* groeit goed in olie, o.a. talgolie)
- * psoriasis (scalp, strekzijden elleboog/knieën, sacraal)
- * chronisch eczeem (constitutioneel/endogeen eczeem: o.a. knieholten, elleboogsplooien)
- * mycosen # cutane epidermale infectie door dermatofyten (bijv. *Trichophyton* en *Microsporum*), d.w.z. zogenaamde filamenteuze fungi (echte schimmels).
Kliniek: ringvormige of duidelijk begrensde rode laesies met schilferende actieve rand en een genezend centrum (ringworm)
(muco)cutane epidermale infectie door *Candida albicans* (gist). Localisatie: plooien. Bron: tr.dig. Kliniek: roodheid, al of niet nattend, met satelliet-lesies ("eilandjes voor de kust"). Collerette-achtige schilfering aan rand (satelliet)lesies. Geen centrale genezing.
- * pityriasis rosea ("huid-griep", waarschijnlijk t.g.v. humaan herpes virus (HHV) type 6 of 7, bij baby veroorzaker van exanthema subitum - cf. varicella kind/herpes zoster volwassene; symmetrisch op de romp, eerst een plaque mère 6 uitbreiding over de romp. Kliniek: rode papels tot annulaire rode lesies met collerette schilfering.
- * toxicodermie (de "aap onder de huidziekten", geneesm. kunnen o.a. rood-schilferende dermatose veroorzaken).

Ook rood-schilferende lesies mogelijk bij o.a.: Lupus erythematosus (LE), syfilis, cutane lymfomen (vroeg fase)

4. Papuleuze dermatosen (papel=circumscriptie verhevenheid, <1 cm dsn)

- * verruca vulgaris of verruca plana (epidermale papel; gewone wrat, platte wrat)
- * molluscum contagiosum (epidermale papel; "waterwrat", "dophoed-wratje"). Oorzaak: soort pokvirus, vooral bij kinderen met endogeen eczeem. Localisatie: met name knieholte en elleboogsplooi en genitaliën streek
- * lichen ruber (mengvorm: epidermale-dermale papel)
- * prurigo papel (idem): prurigo parasitaria (bijv. door insectensteek of scabies/schurft), prurigo non-parasitaria
- * urtica papel (dermale papel; kwaddel; netelroos: vluchtige verhevenheid). Bloedvatverwijding met vochtuittrekking, waardoor oedeemvorming
- * etc.etc. Er zijn nog vele andere dermatosen waarbij papels gezien worden.

5. Noduleuze dermatosen (nodus/nodulus=circumscripte tumor in de huid >1 cm dsn, in cutis en/of subcutis)

- * prurigo nodularis (sterk jeukende epidermale noduli, kan variant van endogeen eczeem zijn)
- * maligniteiten, epidermaal (BCC, SCC, nodulair melanoom); sarcoidose, erythema nodosum, cutaan lymfoom (tumor-fase), cutane metastase, etc. t.g.v. subepidermale infiltraten in cutis en/of subcutis

6. Bulleuze dermatosen (bulla=blaar)

- * bulleuze auto-immuun dermatosen: pemphigus, parapemphigus, dermatitis herpetiformis (Dühring); E.E.M.
- * brandwonden en insectenbeten
- * diabetes mellitus (benen)
- * verder bullae mogelijk bij: pompholyx (bulleus dyshidrotisch eczeem), erysipelas=wondkoorts (bullosa), impetigo (bullosa), porfyrie, herpes gestationis, epidermolysis bullosa, M. Hailey-Hailey (benigne pemphigus)

7. Erythemateuze dermatosen (rode maculae; macula=vlek, kleurverandering in niveau huid)

- o.a. naevus flammeus (wijnvlek)
- exanthemen (bij kinderziekten)
- erysipelas (wondkoorts)
- pernio (winterhanden/voeten)

acrocyanose/livedo reticularis
toxicodermie

PM Ongenoemde efflorescenties: atrofie (atrofische lesie), excoriatie, erosie, ulcus, fissuur/rhagade, litteken/keloid, comedo

II. Dermatologische therapie met basispreparaten en lokale steroïden

Locale dermatologische therapie met basispreparaten en corticosteroiden: inleiding/toelichting

Onder locale dermatologische therapie met basispreparaten verstaat men behandeling door middel van applicatie van locale therapeutica, die direct de conditie van de huid beïnvloeden. D.w.z. dat het doel van applicatie van deze middelen is dat een droge huid minder droog en een nattende huidafwijking minder nattend wordt. Daarvoor kan gebruik gemaakt worden van (combinaties van) water, poeder, vet en olie. De conditie van de huid wordt beïnvloed door datgene wat men erop appliceert, ook als men alleen deze basisbestanddelen van de locale therapie appliceert. Voorbeelden van dergelijke locale middelen zijn: A. *Indrogend*: a. Water; b. Pasta's: linimentum zinci oxidi FNA (Zinkolie FNA), unguentum zinci oxidi et solutionis calcii hydroxidi FNA (ZOK-zalf FNA); B. *Aanvettend*: a. Vetcrème: cremor vaselini cetomacrogol FNA; b. zalf: unguentum leniens FNA (koelzalf FNA); c. vetzalf: oculentum simplex FNA (alternatief: paraffine/vaseline ana); d. badolie.

Indrogen van nettende dermatose. Poeder, geapliceerd in de vorm van een pasta (bijv. Zinkolie FNA - "Sudocrème" (drogisterij) of ZOK-zalf FNA), en water hebben een drogend effect op nattende huidafwijkingen. Vette zalven en bepaalde oliën kunnen in combinatie met water een droge huid minder droog maken, enerzijds door vocht in te brengen (moisturising creams) en de epidermale hydratatie te bevorderen, anderzijds door overmatig waterdampverlies van de epidermis (skin vapour loss) tegen te gaan. Men veronderstelt dat de geapliceerde vette zalven en eventueel oliën de epidermis beter in staat stellen water vast te houden. Om de huid aan te vetten (minder droog te maken) kan men, *in volgorde van graad van vettigheid*, de volgende lokale middelen appliceren: *vetcrème, zalf en vetzalf*. Speciaal voor de droge huid zijn badoliën ontwikkeld, omdat niet elke olie een gunstig effect heeft op de droge huid.

Aanvetten droge huid (met jeuk). Voor patiënten met een (matig) droge huid en/of beperkt eczeem met klachten (jeuk) hoeft baden of douchen niet ongunstig te zijn, mits *ervoor, tijdens en/of erna* vetcrème, zalf of vetzalf geapliceerd wordt, al of niet in combinatie met *badolie tijdens het baden of douchen*. Applicatie van water alleen kan, zeker in combinatie met zeep, de epidermis dermate ontvetten, dat het waterdampverlies van de huid sterk toeneemt en de huid uitdroogt. Bij veel jeuk lijkt (vet)zalf effectiever te zijn dan badolie. Applicatie van de (vet)zalf tijdens (eventueel voor) het douchen maakt, dat de overmaat aan vet door het douchen afgespoeld wordt, hetgeen ook glibberigheid van de huid door de (vet)zalf tegengaat en toename van de jeuk door een afsluitend effect kan voorkomen. Dat kan ook bereikt worden door tijdens het douchen over de (vet)zalf een showergel (bijv Dove) te smeren. Een duidelijk advies aan de (ouders van de) patient is: tijdens het douchen vet basispreparaat en/of badolie appliceren, na het douchen het steroid.

Dermatocorticosteroiden. Een duidelijk voorbeeld van locale therapie met een specifieke stof in een basispreparaat als vehiculum is locale applicatie van *corticosteroiden*. Dan dient het basispreparaat (lotio, crème, vetcrème, zalf of vetzalf) in de eerste plaats als vehiculum van een in de huid te transporteren, aldaar werkzame stof. Een belangrijk effect van locale corticosteroidtherapie is het anti-inflammatoire effect. De sterkte van het effect varieert sterk, reden waarom men de locale steroïden indeelt in minimaal *vier klassen* (klasse I: zwakste steroïd, klasse IV: sterkste steroïd). Ook de ernst van de *locale en systemische bijwerkingen* varieert: weinig bijwerkingen bij het klasse I steroïd hydrocortison acetaat (een FNA preparaat), veel bijwerkingen bij het klasse IV steroïd clobetasol-propionaat (Dermovate®). Bij kinderen is het risico op systemische bijwerkingen (groeiremming!) groter dan bij volwassenen. Bij kinderen en volwassenen is het risico op locale bijwerkingen op het gelaat en in de plooien groter dan elders op het lichaam. Bij *intermitterend lokaal gebruik* van corticosteroiden na een loading-dose fase is de effectiviteit niet duidelijk minder dan bij dagelijks gebruik, terwijl het risico op bijwerkingen wel kleiner is.

In het Farmacotherapeutisch Kompas is de indeling wat betreft klasse II en III als volgt:

Klasse II: clobetason (Emovate®), hydrocortison butyraat (Locoid®) en triamcinolon acetonide (TCA);

Klasse III: fluticason (Cutivate®), mometason (Elocon®) en betamethasonvaleraat (Betnelan®, Celestoderm®).

In de NVDV Richtlijn Dermatocorticosteroiden (zie website www.cbo.nl) is die indeling overgenomen, al worden in Engeland, Duitsland en de V.S. andere indelingen gehanteerd. Wel is die werkgroep accoord gegaan met een aanpassing van die indeling door de Dermatologen Verenigingen in

Groningen, Drenthe en Friesland, nml. door een (midden)klasse II/III toe te voegen. Die klasse II/III bevat TCA en Locoid®, die sterker zijn dan het klasse II preparaat Emovate®, maar ook Cutivate®, dat zwakker is dan de andere Klasse III preparaten. De klasse II/III preparaten (TCA, Locoid® en Cutivate®) worden veel door huisartsen, kinderartsen en dermatologen geadviseerd als maximaal toelaatbare sterkte bij kinderen en in gelaat/plooien van volwassenen. Hydrocortison butyraat (Locoid®), dat ook in een vetcrèmebasis verkrijgbaar is, en Cutivate® zijn misschien wat veiliger wat betreft lokale bijwerkingen dan TCA. Voor crisismanagement van ernstige inflammatoire dermatosen bij kinderen kunnen kortdurend klasse III steroïden (relatief veilig, naar het schijnt, kl. III preparaat: Elocon®) gebruikt worden. Elocon® wordt veel voorgeschreven door dermatologen.

Tenslotte drie praktische adviezen om het gebruik van locale corticosteroiden in een medisch verantwoord kader te plaatsen (preventie bijwerkingen):

- Onderhoudsbehandeling* van huidafwijkingen bij kinderen en van huidafwijkingen op het gelaat en in de plooien van volwassenen: *uitsluitend klasse I en II* steroïden;
- Startfase vs onderhoudsfase*: week 1 (en eventueel 2) in startfase *dagelijks 2x/dag* applicatie op rode plekken (loading dose), daarna in onderhoudsfase 1x/dag *intermitterend* (max. 3-6 dagen/week afhankelijk van de sterkte van het steroïd);
- maximale hoeveelheid* locale steroïd therapie *per week*: volwassenen 100 gr kl. II of III, 50 gr kl. IV; kinderen 1-2 tubes à 30 gr kl. I of II.

Basispreparaten

Indrogend (nattende dermatosen):

Water (indicaties: vesiculeus hand/voet-eczeem, erosies mond/genitaal slijmvlies, ulcus cruris)

Pasta's (er weer af te halen met olie, bijv sla-olie of olijfolie):

- zinkolie FNA (linimentum zinci oxidi FNA) of Sudocrème (drogisterij)
- ZOK-zalf FNA (unguentum zinci oxidi et solutionis calcii hydroxi FNA)

Voor droge huid:

Vetcrème: cremor vaseline cetomacrogolis FNA

Zalf: unguentum leniens FNA (koelzalf FNA)

Vetzalf: oculentum simplex FNA (niet-steriel; alternatief: vaseline-paraffine, gelijke delen)

Eventueel badolie (wordt niet vergoed)

Lokale corticosteroid-therapie: Richtlijn Ned Ver Derm Ven (2001) met aanpassing vlgs oordeel dermatologen Noordelijke Regio (Gr/Dr/Fr)

Fase	Duur vd fase	Applicatie frequentie/dag	Applicatie aantal dagen/wk	Applicatie max hvh/wk
Startfase/crisis-management	1-4 wk	2 x daags #	7 dagen/wk	n.v.t.*
Onderhouds-behandeling	n.v.t.	1 x daags	kl. I ≤6 dagen/wk kl. II/III ≤4-5 dagen/wk kl IV ≤3-4 dagen/wk	Volwassenen: kl. II/III 100 gr kl. IV 50 gr; Kinderen ≤2 jr: ♣ kl. I/II 30 gr Kinderen >2 jr: ♥ kl. I/II 50-100 gr

Cutivate®/Elocon®: 1 x daags

* Cf. korte prednisonstootkuur

♣ Bij kinderen (≤ of > 2 jr) kl. III uitsluitend kortdurend voor crisismanagement

♥ Afhankelijk van het gewicht kan men de toegestane max. hvh/week verhogen

Klasse I	: Hydrocortison acetaat (=HCA) 1%
Klasse II	: Emovate® (clobetason)
Klasse II/III	: Triamcinolon acetonide (=TCA) 0,1%, Locoid® (hydrocortison butyraat), Cutivate® (fluticason). NB Max toelaatbare sterkte bij kinderen en gelaat/plooien
Klasse III	: Celestoderm®, Betnelan®, etc. NB Elocon® (mometason): “veilig” klasse III Preparaat (kan voor crisismanagement ook kortdurend bij kinderen)
Klasse IV	: Dermovate® (clobetasol)

NB Zwangerschap: klasse I t/m III relatief veilig mits beleid volgens crisis en onderhoud (en niet op buik ivm risico ontstaan striae).

Maximale hoeveelheid / week

Volwassenen: Kl II en Kl III max 100 gr/wk, kl IV max 50 gr/wk

Kinderen ≤ 2 jaar: kl I en Kl II max 30 gr/wk

Kinderen > 2 jaar: Kl I en Kl II max 50-100 gr/wk

Frequentie van applicatie

Startfase/crisismanagement: 1-4 weken 2 dd , 7 dgn per week

Onderhoudsfase: 1dd; aantal dagen/wk: kl I ≤ 6dgn/wk, kl II en III < 4-5 dgn/wk, kl IV < 3-4 dgn/wk

Kosten lokale steroïden*

Merknaam		Crème	Zalf	Klasse
HCA	FNA	0,75	0,87	I
Emovate	®	1,93	1,93	II
TCA	FNA	1,04	1,07	II/III
Locoid	®	1,53	1,84	II/III
Cutivate	®	2,18	2,30	II/III
Topicort	®	2,65	nvt	III
betamethason		1,20	1,20	III
Betnelan	®	1,20	1,20	III
Nerisona	®	1,56	nvt	III
Diprosone	®	1,88	1,83	III
Elocon	®	2,18	2,18	III
Dermovate	®	2,08	1,89	IV
Clobex	®	2,79	nvt	IV
Diprolene	®	2,49	1,82	IV

NB Daivonex®/Silkis® crème (Vit D derivaat): €4,88/€4,20 per 15 gr;

Dovobet® zalf (Daivonex®/betamethason): €1,19 per 15 gr

* Prijs (Euro) per 15 g (Farmacotherapeutisch Kompas 2009)

Non steroïden (bij eczeem): calciumneurine inhibitors

Protopic (tacrolimus) 0,1% (eventueel 0.3%) 2 dd voor gelaat (kinderen/volwassenen),

onderhoudsbehandeling 1 dd, intermitterend. Vergoeding door zorgverzekeraar als pat. ≥2 jaar.

Kosten: Tacrolimus (Protopic®) 0.1 en 0.3% zalf (topical immunomodulator): €15,31/€13,87 per 15 gr

III. Lijst van 30 items, waarvoor beleidsadviezen volgen

A. Rood-schilferende dermatosen

1. Eczeem, chronisch (zie ook vesiculeuse dermatosen) - const./endogeen eczeem; jeuk
- hand/voet-eczeem; ecz./jeuk ad
anum
2. Psoriasis
3. Eczema seborrhoicum / Pityriasis versicolor
4. Dermato-/onycho-/tricho-mycosen; mucocutane candida-infecties, intertrigo; erythrasma
5. Pityriasis rosea

B. Vesiculeuse dermatosen

- 1a. Eczeem, acuut (zie rood-schilferende dermatosen)
6. Herpes labialis/genitalis (zie ook SOA)
7. Herpes zoster (varicella)

C. Pustuleuse dermatosen (non-steriel: 8-10; steriel: 11)

8. Acne (vulgaris, conglobata, ectopica); rosacea
9. Pyodermie (oppervlakkige S. aur. folliculitis / diepe folliculitis=furunkel, non-folliculair=impetigo)
10. Pityrosporon folliculitis
11. Pustulosis palmoplantaris

D. Bulleuse dermatosen

12. Auto-immuun bulleuse dermatosen
13. Erythema exsudativum multiforme

E. Papuleuse dermatosen

14. Verruca (HPV), molluscum contagiosum
15. Urticaria
16. Prurigo parasitaria tgv vlooien/mijten, zie ook scabies (PM Culicosis/pulicosis bullosa)

F. Erythemen

17. Erysipelas
18. Erythema chronicum migrans (Borreliose)
19. Toxicodermie

G. Fotodermatosen

20. Chronisch polymorfe lichtdermatose

H. Pigmentstoornissen

21. Vitiligo
20. Postinflammatoire hyper-/hypopigmentatie

I. Haarziekten

23. Alopecia areata, alopecia androgenetica, diffuse alopecia
24. Hirsutisme

J. SOA

25. Chlamydia trachomatis infectie, gonorrhoe, non-specifieke urethritis
26. Condylomata acuminata, herpes genitalis
27. Scabies
28. Syfilis, HIV-test beleid

K. Flebologie/proctologie/oncologie

29. Ulcus cruris/varices/hemorrhoiden
30. BCC, SCC, melanoom; keratosis actinica

A. Rood-schilferende dermatosen

1. Constitutioneel (atopisch) eczeem: chronische fase (chronisch eczeem)

De term eczeem komt van het Griekse ekzein=opkoken/opbruisen. Dit refereert aan het vocht dat opbruist uit de 'eczeemputjes'. In de Angelsaksische literatuur wordt eczeem 'dermatitis' genoemd. Aetiologisch kan men bij eczeem 3 oorzaken onderscheiden:

- a) endogeen (constitutioneel/atopisch) eczeem;
- b) orthoergisch contact eczeem (synoniem: irritant dermatitis);
- c) allergisch contact eczeem.

Prevalentie constitutioneel eczeem (CE): thans is circa 20% van de bevolking in N'land atopisch (specifieke IgG antilichamen aantoonbaar tegen inhalatieallergenen). Bij circa 10% van de constitutioneel eczeem patiënten is echter geen atopie aantoonbaar (RAST: screening inhalatie allergenen; ICAT inhalatieallergenen). Als atopie is aangetoond kan men spreken over atopisch eczeem, anders is de diagnose constitutioneel eczeem.

Aetiologie: Het aantonen van atopie is voor het beleid bij CE niet essentieel, want vermijden van de huisstofmijt (door matras/kussenhoes) bij CE patiënten met ernstig eczeem en pos. RAST voor huisstofmijt wordt thans niet algemeen meer als zinvol gezien. Voedingsallergie speelt bij circa 10% van de kinderen <2 jaar met ernstig CE een rol en is zeldzaam in het 3^e en 4^e levensjaar. Bij CE kunnen vele orthoergische factoren het eczeem verergeren of irritatie veroorzaken, met name water/zeep en een lage luchtvochtigheid (droge lucht) in de omgeving zijn bekend, maar ook transpiratie, wollen kleding e.d. Een contactallergie kan door plakproeven uitgesloten worden.

Klinisch beeld: constitutioneel eczeem kan gekenmerkt worden door:

- Polymorfie, het naast en na elkaar voorkomen van verschillende primaire efflorescenties: vesikels, papels en roodheid-schilfering (naast crustae en lichenificatie);
- Jeuk (meestal).
- Verhoogd risico op secundaire infectie met bacteriën (geïmpetiginiseerd eczeem) of virussen (vooral herpes simplex virus infectie: eczema herpeticum)

Klinisch is eczeem in te delen in drie stadia: acuut (vesikels), subacuut (papels) en chronisch (rood-schilferend). De drie stadia kunnen tegelijkertijd voorkomen. Bij babies wordt het acute vesiculeuse stadium vooral in het gelaat gezien, later, ook bij volwassenen, met name op handen en voeten. In de chronische fase treedt lichenificatie op ten gevolge van krabben: de huid wordt dikker. Ook kan de huid dan rhagaden/fissuren tonen. In een rustige fase is er soms alleen maar wat roodheid en schilfering. Het beeld is dan uitgesproken monomorf.

Hand/voet-eczeem (vesiculeus/dyshidrotisch of non-vesiculeus): veelal t.g.v. endogene aanleg (aanvallen vesikels) plus orthoergische factoren, cave factor allergisch contacteczeem (anamnese!). Pompholyx is de bulleuse variant van vesiculeus hand/voet-eczeem.

Therapie: a) droge huid: aanvettende zalven/badolie; b) rode huid: lokale steroïden (kl I-III, kl IV zelden noodzakelijk); c) vesiculeus hand/voet-eczeem: waterbaden (met/zonder desinfectantia). Parameters respons therapie: klinisch beeld, eventueel totaal IgE, eo's

Indicaties verwijzing dermatoloog: a) analyse eczeem, zeker als functionele stoornissen en problemen arbeidsproces; b) zelfhulp leren voor chronische aandoening (eczeem) door ontvangst informatiepakket van dermatoloog en zo mogelijk verpleegkundig consulent voor eczeem; c) ernstige klachten.

Algemeen, oorzaken van eczeem:

- 1) endogene, aangeboren factoren (d.w.z. aanleg voor eczeem): constitutioneel/atopisch eczeem
- 2) exogene, niet-aangeboren factoren:
 - 2a. ortho-ergisch/irritatief contacteczeem (eczeem t.g.v. frequent en/of overmatig contact met uitdurende en/of irriterende factoren als water, zeep, droge lucht, etc.);

- 2b. allergisch contacteczeem (eczeem t.g.v. contactallergie voor een bepaalde stof, bijv. rubber, latex, verfstoffen, nikkel, etc.)

Constitutioneel eczeem, factoren, die de klachten kunnen verergeren:

- Uitdrogende factoren (aantal keren/wk douchen/baden en zeepgebruik; % vochtigheid lucht in woning en werkplek: hygrometer!; zwemmen/schoolzwemmen).
- Irriterende factoren (wol, eventuele andere kledingstukken; haren huisdieren; zweten e.d.)
- Voeding (bij kinderen <1-2 jr oud; koemelk, eiwit, vis, noten; gouden standaardtest: eliminatie-provocatie).
- *S. aureus* (superantigeen, ook als geen zichtbare pyodermie/impetiginisatie, met name bij uitgebreidere rode dermatitis); ther. In startfase: 0.1% triamcinolon ac. (of 1.0% hydrocortison ac.) in Fucidin®zalf of triamcinolon ac. 0.1%, tetracycline 3% in oculentum simplex FNA, op totale dermatitis gebied te appliceren. Na remissie overgaan op onderhoudsbehandeling (intermitterend) met alleen lokaal steroid.
- Huisstofmijt matras/kussen: thans (2003) niet meer als klinisch relevant beoordeeld (NEJM 2003; 349: 207, 225 & 237). Dus matras/kussenhoes thans niet (meer) geïndiceerd bij pos. test op huisstofmijt bij constitutioneel/atopisch eczeem.
- Stress

Noot: soms wordt het eczeem (mede) veroorzaakt door een contactallergie (bijv. voor een substantie in de zalf), allergie voor orale medicatie (pillen) of (zon)licht allergie.

Hand/voet-eczeem, vermijden orthoergische factoren:

1. *Uitdrogende/irriterende factoren vermijden:*

Water, zeep, ontvettende of irriterende chemicaliën, zwemmen (chloorzwembad!), wrijven en krabben, contact met sappen van groenten en fruit en winterse weeromstandigheden

2. *Advies t.a.v. handen wassen:*

Handen zo min mogelijk wassen; lauw water gebruiken en zo weinig mogelijk (huid-vriendelijke) zeep. Na het wassen invetten met basiszalf, bijv. een vetcrème (altijd ter beschikking houden).

3. *Advies t.a.v. het dragen van handschoenen:*

Bij natte werkzaamheden PVC (vinyl) handschoenen dragen en bij contact met ontvettende of irriterende stoffen (chemicaliën) nitril rubber handschoenen. Eventueel PVC handschoenen over katoenen handschoenen (dunne variant: Lohmann tg) heen. Bij droge vieze werkzaamheden katoenen handschoenen (dikkere variant: Klinion). Opties voor verbandhandschoenen: katoenen handschoenen (dun: Lohmann; dik: Klinion) of Dermasilk handschoenen/sokken (materiaal: zijde).

Behandeling, lokaal:

a) *droge huid:** vette basispreparaten (vetcrème, zalf of vetzalf voor en/of tijdens baden/douchen appliceren), badolie (ook tijdens douchen appliceren of in badwater). De handen meerdere malen per dag insmeren, ook als de droge huid niet zo droog meer lijkt. Patient adviseren basiszalf voor handeczeem altijd mee te nemen en rond het huis op verschillende plaatsen (badkamer, WC, sauna) beschikbaar te maken. Optie bij kloven/rhagaden bij hand/voet-eczeem: Locobase repair® crème (bij apotheek verkrijgbaar, niet vergoed).

b) *rode huid:* lokale steroiden (klasse I-III); alternatieven: teer, calciumneurine blokker (Protopic®zalf; met name gelaat).

c) *blaasjesfase handen/voeten:* waterbaden, bijv. 2-3 x daags gedurende 10-15 minuten, met water van een aangename temperatuur, eventueel (Robijn) wasverzachter toevoegen. Aan het water kan een desinfecterend middel worden toegevoegd (Alucet-oplossing FNA, eventueel Biotex of Oilatum Plus), wanneer de blaasjes niet meer helder zijn, maar gevuld met pus (secundaire infectie). Teveel de handen baden in water kan ongunstig zijn, omdat water niet alleen de blaasjes uitdroogt, maar ook de overige huid.

* Advies t.a.v. vette basispreparaten: *Vetcrème:* cremor vaselini cetomacrogolis FNA; *zalf:* ung. leniens FNA; *vetzalf:* oculentum simplex FNA (niet-steriel; alternatief: paraffine/vaseline ana).

Hulpmiddel bij lokale behandeling bij kinderen: verbandpak (Dermasilk). Algemene opties t.a.v. verbandmiddelen: buisverband armen/benen, verband-handschoenen/ sokken (zie hand/voet-eczeem).

Noot: crisismanagement van exacerbatie const. eczeem/hand/voet-eczeem: korte prednison kuur, naast lokale therapie.

Eczema ad anum

- Veel voorkomend bij babies en volwassenen, moeilijk bespreekbaar (iedereen terugpraten naar baby-leeftijd, waarop iedereen zeer tevreden is over goede verzorging van luiergebied/anale regio).
- Oorzaak: endogeen eczeem met irritatie factoren (ontlastingresten, irritatie door schoonmaken)
- Beleidsadviezen: “Indisch toilet” (dwz na defaecatie schoonmaken met water), daarna applicatie van vet basispreparaat (orthoergische irritatie door water tegengaan). Als rood: lokaal steroid (bij Emovatezalf®, kortdurend).

Internet informatie:

- Voor patiënten t.a.v. constitutioneel/atopisch eczeem en lokale hormoonzalf therapie: www.huidziekten.nl (atopisch eczeem, corticosteroiden); www.huidinfo.nl (constitutioneel eczeem, corticosteroiden); www.huidarts.com (atopisch eczeem).
Website Vereniging Mensen met Constitutioneel Eczeem: www.vmce.nl
- Voor artsen: www.proeftuinfarmaciegroningen.nl . klik eczeem

2. Psoriasis

Prevalentie: psoriasis is na eczeem één van de meest frequent voorkomende huid-aandoeningen: het zou in Nederland voorkomen bij 2% van de bevolking. Het komt evenveel voor bij mannen als bij vrouwen en begint vaak in de 2^e en 3^e decade (vaak postinfectieus) of in de 5^e en 6^e decade (drug-induced).

Aetiologie: de exacte oorzaak is nog onbekend, maar wel staat vast dat de ziekte ontstaat door een combinatie van erfelijke aanleg en omgevingsfactoren. Psoriasis kan beschouwd worden als een immuungemedieerde aandoening op tot nu toe nog onbekende antigenen, waarbij geactiveerde T-lymfocyten en neutrofiële granulocyten een belangrijke rol spelen. De aangedane huid toont inflammatie en er is sprake van een toegenomen proliferatiesnelheid van basale keratinocyten en een gestoorde uitrijping (differentiatie). Preventief lan griepvaccinatie overwogen worden. Geneesmiddelen, die psoriasis kunnen induceren/verergeren: o.a. beta-blokkers, lithium.

Klinisch beeld, varianten: psoriasis vulgaris, psoriasis capitis (scalp), psoriasis inversa (plooiën), psoriasis unguium (nagels), psoriasis arthropathica (met arthralgiën tot artritis).

Lab. ond.: bij 1^e visite te overwegen bij postinfectieuze exacerbatie (Streptococ?) en bij start en follow-up van systemische onderhoudstherapie

Therapie: a) lokaal (steroiden KI II-IV, Vit D derivaten); b) foto-therapie; c) systemisch. Parameters respons: kliniek.

Indicaties verwijzing dermatoloog: a) analyse oorzaak exacerbatie; b) zelfhulp leren voor chronische aandoening (psoriasis) door ontvangst informatiepakket van dermatoloog; c) ernstige klachten.

Lokale therapie (als <10% huid afwijkend):

- ontschilfering: salicylzuur 10% in bv vaselinanettecreme FNA of douchen/zwemmen
- stap 1: klasse III corticosteroiden evt. in combinatie met Vit-D derivaat, dwz calcipotriol (Daivonex®) of calcitriol (Silkis®), bijv. 3 dagen steroid en 4 dagen Daivonex®/Silkis®
- stap 2: klasse IV corticosteroid

Lokale therapie psoriasis capitis, fasen:

- stap 1: schilfers losweken met ac sal 10 %, TCA 0,1% in axungia ('s nachts onder badmuts)
- stap 2: op rode dermatitis Topicort® emulsie of Locoid® crelo (alternatief voor steroid scalp lotion in alcohol basis)

Indien >10% huid afwijkend of lesies op lastige lokaties (inversa), verwijzing dermatoloog voor:

1. Fototherapie, opties:

- UVB-kuur (2-3x/wk). Mogelijke lokaties: dermatoloog, Kuurcentrum Nieuwe Schans, Vuursteen/Groningen (kan daar ook 's avonds; via afd. dermatologie Martini Zkhs), via speciale thuiszorg-organisatie (plaatst apparatuur bij pat. thuis).
- PUVA-oraal/bad (2x/wk), eventueel. Lokatie: dermatoloog, Kuurcentrum Nieuwe Schans

2. Systemische therapie, opties:

- Fumazuur, methotrexaat (MTX), acitretine (Neostigason®), ciclosporine
- Biologicals (zeer kostbaar, wordt alleen vergoed als voorgeschreven door dermatoloog en als MTX en ciclosporin therapie niet effectief waren of onmogelijk vanwege bijwerkingen).

3a. Eczema seborrhoicum

Definitie/synoniem: Pityrosporon-associated dermatitis

Prevalentie: eczema seborrhoicum komt voor bij 2-5% van de bevolking, meer bij mannen dan bij vrouwen.

Aetiologie: men neemt aan, dat er sprake is van een Pityrosporon-geassocieerde dermatitis, waarbij genetische factoren en kolonisatie met de gist Malassezia furfur (synoniem: Pityrosporon) een rol spelen. In de puberteit, wanneer de talgklieren gaan functioneren, wordt de huid gekoloniseerd door die gist, die bij sommigen roos veroorzaakt, bij anderen ook roodheid, het seborrhoisch eczeem. Het ontstaan van de roodheid is niet afhankelijk van de hoeveelheid Pityrosporon. Seborrhoisch eczeem kan verergeren door stress en andere omgevingsfactoren; bij HIV-geïfecteerden met slechte immuniteit worden soms zeer uitgebreide afwijkingen gezien. Bij mensen met constitutioneel eczeem veroorzaakt roos/eczema seborrhoicum op de scalp vaak jeuk.

Klinisch beeld: roodheid/schilfering op scalp, met name bij voorste haargrens/op het voorhoofd, in de wenkbrauwen, bij de oren, en in de neus/wangplooi (soms in andere plooien), presternaal.

Lab. ond.: mycologisch onderzoek heeft geen toegevoegde waarde.

Therapie: antimycoticum lokaal; bij onvoldoende respons combineren met lokaal steroïd; na staken vaak recidief, frequent is onderhoudsbehandeling noodzakelijk.

Behandeling:

1. Roos (pityriasis capitis):

- anti-Pityrosporon shampoo, bijv. Roos-cure (1% ketoconazol), Head & Shoulders of Selsun. Daarmee is de jeuk bij const eczeem pat 3-6 dagen weg.

2. Eczema seborrhoicum:

- Nizoral® (2% ketoconazol) crème (gelaat), dagelijks
- Nizoral® (2% ketoconazol) scalp gel (op hoofdhuid), daarmee 2x/wk nawassen na gebruik gewone shampoo
- 1% HCA (eventueel: 1% TCA) in Nizoral® crème (als Nizoral crème onvoldoende effectief)

Noot: Daktacort® crème (miconazol + HCA) is even effectief als Nizoral® crème, omdat ketoconazol een sterker anti-Pityrosporon effect heeft dan miconazole

3b. Pityriasis versicolor

Prevalentie: onbekend.

Aetiologie: Malassezia furfur (synoniem: Pityrosporon), een gist. Dit maal op de romp, niet de scalp/het hoofd.. Het smeren van olie (zonnebrandolie!) is een predisponerende factor, omdat de gist groeit in olie.

Klinisch beeld: scherp begrensde gehypopigmenteerde druppelgrote maculae, die confluëren en zich voornamelijk op het bovenste gedeelte van romp en armen bevinden. Er is een geringe pityriasiforme (= fijne en poederachtige) schilfering, die vaak pas zichtbaar wordt na spannen van de huid (trektest: lesie horizontaal en verticaal oprekken met beide duimen). De kleur van de laesies in het actieve stadium varieert van geelbruin tot roodbruin. Het beeld is afhankelijk van de oorspronkelijke kleur van de huid. Na de actieve fase blijft bij een blanke huid rest-hypopigmentatie over, bij een donkere huid kan er al in het actieve stadium sprake zijn van hypopigmentatie, die cosmetisch zeer bezwaarlijk kan zijn.

De hypopigmentatie wordt veroorzaakt door remming van het tyrosinase in de melanocyten en blijft zoals gezegd na genezing zichtbaar (echter zonder schilfering), totdat de huid weer aan zonlicht wordt blootgesteld.

Variant klinisch beeld: Pityrosporon folliculitis

Lab. ond.: KOH-preparaat van schilfers (meat-ball/spaghetti fenomeen, dwz sporen en korte pseudo-hyphen)

Therapie: lokaal anti-mycoticum (bijv anti-roos shampoo), eventueel systemisch (itraconazol)

Therapie, opties:

Lokaal:

- Nizoral® (ketoconazol) crème of scalp gel
- Myk® (sulconazol) lotion
- Selsun® (selenium sulfide) shampoo

Noot t.a.v. lokale therapie: voor de nacht appliceren, gedurende aantal nachten, tot schilfering verdwenen is (check: trektest negatief).

Systemisch:

- Trisporal® (itraconazol) 1 dd 200 mg 7 dagen (innemen bij maaltijd)

NB Waarschuwen dat na therapie (lokaal of systemisch) hypopigmentatie overblijft (kleurt op lange termijn bij, waarbij zonlicht expositie kan helpen).

4. Mycosen/candidosis/intertrigo

Mycosen (schimmelziekten) van de huid, worden veroorzaakt door twee groepen van schimmels, nl:

- *Dermatofyten (meercellige filamenteuze organismen of hyfen), infectie van huid (dermatomycose), haren (trichomycose) en nagels (onychomycose); voeding: keratine.*
- *Gisten (eencellige organismen en pseudohyphen), met name Malassezia furfur (Pityrosporon), waardoor huidinfectie, en Candida, waardoor infectie van huid en slijmvliezen (voeding: suikers).*

Risicofactoren groei dermatofyten: schimmels zijn alom aanwezig en veroorzaken alleen een infectie als de omstandigheden daarvoor gunstig zijn. Doorgaans betreft het lokale factoren (jungle-atmosfeer), minder vaak algemene factoren. Niet elke infectie geeft klachten.

Kliniek: T. pedum (voet; interdigitaal of macassin type), T. inguinalis (liezen), T. corporis (romp), T. capitis (scalp), T. unguium (nagels)

NB T. capitis treedt met name bij kinderen op (minder zuur milieu scalp doordat talgklieren nog niet functioneren) en kan samenwerking vereisen van huisarts, dermatoloog (mycol determinatie, bron dier of mens), GGD en schoolarts.

T. unguium (onychomycose) tenen: >90% dermatofyt infectie; T. unguium vingers: slechts circa 50% dermatofyt infectie, rest pure candida infectie (bij risicofactoren als nat werk)

Mycol. ond.: KOH-preparaat en kweek. Indicatie: T. capitis, T. unguium (onychomycose) vingers en probleemgevallen.

Therapie dermatomycose: veelal lokaal; therapie trichomycose/onychomycose: systemisch. Preventie: aandachtspunt bij recidiverende infectie

Risicofactoren voor candida-overgroei:

- *Lokale factoren (jungle atmosfeer in plooiën van de huid)*
- *Breedspectrum antibioticum kuur (tetracycline, breedspectrum penicilline), waardoor verstoring kolonisatie resistentie (door anaeroben) in dikke darm*
- *Immuunsuppressie (prednison/inhalatie-steroid, chemotherapie), HIV-infectie*
- *Diabetes mellitus.*
- *Zwangerschap*

Therapie candida infectie: lokaal of systemisch.

Preventie: aandacht voor risicofactoren, met name bij rec. infectie (bijv. vingernagel)

Dermatomycose, behandeling:

- Lokaal, interdigitaal tenen of inguinaal: miconazol of ketoconazol (Nizoral®) crème; als nattend/gemacereerd (DD bacteriële overgroei): zinkolie FNA.
- Lokaal, mocassin type (voetzool, zijkantvoet): idem; als droog: Ung. Whitfield FNA ('s nachts, met sok). Alternatief, als veel jeuk: Daktacort® zalf.

Preventie: o.a. antimycotische poeder in sok en schoen (effectiviteit alle preventieve maatregelen: dubieus, behalve nieuwe schoen als schoen bron is). Eventueel: Lamisil® crème 1x/wk.

DD dermatomycose inguinaal: erythrasma (aetiologie: overgroei Corynebacterie); Wood's lamp pos. (koraalrode kleur); therapie: ung. tetracycline 3% zalf FNA of erythromycine/clindamycine acne lotion.

Onychomycose tenen, behandeling (indicatie: functionele problemen; cosmetisch, op verzoek pat):

- terbinafine (Lamisil®) 1 dd 250 mg 12 weken (1° keus, want meest effectief)
- itraconazol (Trisporal®) 2 dd 200 mg 1 wk per 4 wk, totaal 3 wk/12 wk (2° keus, minder effectief, compliance bij jonge mannen beter dan bij continue therapie). Bij maaltijd innemen!

Noot: Bij beperkte teennagelafw. is er geen verschil in effectiviteit, wel als >50% nagel afwijkend en veel nagels aangedaan. Probleemgevallen met slechte therapie respons: onycholyse (nagel ligt los), subunguale hyperkeratose >4 mm; dan consult dermatoloog overwegen.

Onychomycose vingers, verdenking: indicatie voor verwijzing naar dermatoloog (mycol ond). Ander beleid bij candidose (met nadruk op preventie, dwz water vermijden) dan bij dermatofyt infectie.

Trichomycose (T. capitis), verdenking: indicatie voor verwijzing naar dermatoloog (mycol ond etc.)
NB Microporon infectie: verminderd gevoelig voor Lamisil. Parameter duur therapie T. capitis (4-12 wk): klinisch beeld! Cave herinfectie via petten/hoeden.

Candidose, cutaan, behandeling:

- Locaal, als nattend: zinkolie FNA (eventueel over anti-candida crème heen) en verbandmiddel/gazen in plooiën
- Lokaal, niet nattend: miconazol of ketoconazol (Nizoral®) crème.
- Systemisch: itraconazol (Trisporal®) per os, 2 dd 200 mg 1 week (innemen bij maaltijd)

Internet informatie t.a.v. mycosen huid, haren nagels en cutane candidose:

www.proeftuinfarmaciegroningen.nl, klik dermatomycosen

5. Pityriasis rosea

Prevalentie: 2 per 1000, incidentie 1 per 1000 jaar; bij vrouwen iets meer dan bij mannen, vooral tussen het 10^e en 35^e levensjaar. Het wordt meer gezien in voor- en najaar.

Aetiologie: hoogstwaarschijnlijk een virale oorzaak, mogelijk humaan herpesvirus (HHV) 6 of 7. Cave andere infectieziekte, zeker bij risicogedrag (lues II, HIV) of toxicodermie.

Klinisch beeld: "tache mère" (1^e lesie), daarna denneboom configuratie romp.

Therapie: expectatief.

Advies/behandeling:

- expectatief (gaat van zelf over)
- jeuk: steroïd crème klasse I-II

B. Vesiculeuse dermatosen

1a. Eczeem, acuut (vesiculeus hand/voet-eczeem)

Algemeen: zie rood-schilferende dermatosen, ad 1 (const. eczeem).

Aetiologie vesiculeus hand/voet-eczeem (synoniemen: dyshidrotisch eczeem, acrovesiculeus eczeem): veelal endogeen bepaald (aanvallen vesikels), plus vaak orthoergische factoren (frequent handen wassen, nat werk, etc). Cave factor allergisch contacteczeem. Men veronderstelde een associatie met zweetretentie (dyshidrose); warm/vochtig weer kan een aanval provoceren. Hyperhidrosis kan ook een ongunstige factor zijn. Zelden is er sprake van een mykide (reactie op afstand via een serumfactor bij pat. met elders dermatofyt-infectie, met name Trichophyton mentagrophytes, een animale mycose, die ook direct vesikels kan veroorzaken).

Variant: pompholyx (bulleuse variant van vesiculeus hand/voet-eczeem).

Behandeling vesiculeus hand/voet-eczeem (crisis management):

- Waterbaden (aangename temperatuur) gedurende 10-15 min., meerdere malen per dag (2-4x dd). Evt. desinfectans toevoegen (als secundaire S. aureus pyodermie): Alucet oplossing FNA (sol aluminium acetotarraat FNA), Biotex, Oilatum plus.
 - 's Nachts lokaal steroïd (onder katoenen handschoenen), bijv. TCA 0,1% , tetracycline 3% in Oculentum simplex FNA of 0,1% TCA in Fucidinezalf of ung. TCA 0,1% FNA
- Noot: in noodgevallen tevens korte prednisonkuur.

6a. Herpes labialis

Aetiologie: HSV-1. Primoinfectie (1st episode) vs recidief (wisselende frequentie/pat)

Klinisch beeld: meestal op of rond de lippen ("herpes labialis"), ook andere lokaties mogelijk.

Symptomen 1st episode: prodromaal branderig gevoel in de lippen, een dag later kleine rode maculae op en/of rond de lippen, vervolgens vesikels, waarna erosies of serosanguinolente crustae. Het geheel geneest na 10-14 dagen, soms met een lichte hypo- of hyperpigmentatie. Symptomen recidief: kortere duur, minder ernstig, soms zosteriforme distributie (waarbij - anders dan bij herpes zoster- de vesikels steeds in hetzelfde stadium verkeren).

Provocerende factoren recidief: koorts, zonlicht, menstruatie, etc.

Lab. ond.: PCR HSV (met typering), eventueel serologie (IgG, IgM).

Therapie: lokaal en/of systemisch. Indicaties: 1st episode met veel klachten, recidief met klachten, frequent recidief (>6x/jaar). Als erosies mond: additioneel spoelen (antiseptisch).

Behandeling 1st episode, opties:

- expectatief (na 1 –2 weken spontane genezing), evt. zinkolie FNA
- systemisch: valaciclovir (Zelitrex®), 2 dd 500 mg dag 1-3 of 2 x 2000 mg dag 1

Behandeling recidiverende herpes labialis, opties:

- expectatief, evt. zinkolie FNA
- lokaal: Zovirax crème
- systemisch: valaciclovir (Zelitrex®), 2 dd 500 mg dag 1-3 of 2 x 2000 mg dag 1, start <6-12 uur na eerste klacht ("patient initiated treatment", patient recept meegeven)
- indien >6 recidieven/jaar: continue onderhoudsbehandeling, 1dd 500 mg Zelitrex®

6b. Herpes (ano)genitalis (HG)

Prevalentie: HG is, na condylomata acuminata, de meest voorkomende virale SOA. Over de incidentie/prevalentie in N'land bestaan geen exacte gegevens. Incidentie in gemiddelde huisartsenpraktijk Amsterdam: 1-2 per 1000 pat./jaar. In de randstedelijke SOA poliklinieken ligt de seroprevalentie op circa 30%. Veel primaire infecties verlopen subklinisch. De laatste decennia is de incidentie en prevalentie van herpes genitalis toegenomen. HSV-1 infectie geeft een gedeeltelijke kruisbescherming tegen HSV-2.

Aetiologie/transmissie: meestal HSV-2, maar het percentage genitale HSV-1 infecties neemt toe, naar men veronderstelt door toename van orogenitaal contact. Transmissie van HSV vindt vaak plaats in de asymptomatische fase. Asymptomatische virusuitscheiding treedt op in de eerste 3 mnd na de 1^{ste} episode, maar kan ook 1-2 dagen voor (en soms na) het optreden van klinische symptomen of bij een subklinisch verlopend recidief. HG is door de grotere kans op bloed-bloed contact een belangrijke risicofactor bij de transmissie van HIV-infecties en andere SOA.

Klinisch beeld: als herpes labialis, maar op de slijmvliezen ziet men snel erosies ontstaan (sneller dan op de huid). Soms ziet men alleen een rode macula of fissuurtje. Met name bij MSM kan herpes periaanaal gelokaliseerd zijn. Bij HIV-geïnfekteerden kunnen chronische HSV-erosies optreden.

Lab. diagnostiek: PCR HSV (met typering), eventueel serologie (IgG, IgM). Op indicatie is HSV-type specifieke serologie op de SOA-poli UMCG mogelijk (indicaties: atypisch klinisch beeld, discordant stel met kinderwens). Relevantie lab. diagnostiek: bij HSV-2 kans recidief binnen 1 jaar circa 80%, bij HSV-1 <15%.

Complicatie bij zwangere, indien <3 mnd voor partus besmet (1st episode): neonatale herpes (bij gebrek aan passieve transfer van antilichamen naar neonaat); dan is sectio geïndiceerd. Zie verder www.soa.nl/professionals/standaarden/internationaal: Guideline genital herpes IUSTI/WHO Europe

Therapie: systemisch, met additioneel zitbad indien pijnlijke erosies.

Behandeling, indicaties:

- 1st episode (veel klachten)
- recidief met klachten
- immuundeficiëntie
- frequente recidieven (>3-6/jaar)

Behandeling, opties bij 1st episode en recidief (al of niet bij immuundeficiëntie):

- lokaal: zitbaden/schoonspoelen, met/zonder zinkolie FNA en/of emolliens (vaseline)
- systemisch: valaciclovir (Zelitrex®) 2 dd 500mg gedurende 5 dagen, bij immuundeficiëntie langer; bij recidief: start therapie <6-12 uur na begin klachten ("patient initiated").

Continue onderhoudsbehandeling, opties:

- indien <6 recidieven/jaar: onderhoudsbehandeling gedurende bijv. 3 maanden (tijdens periode dat pat. graag klachten wil voorkomen i.v.m. bijv. examen) met Zelitrex® 1 dd 500 dd NB Deze optie wordt door artsen vaak niet genoemd bij de informatie aan patiënt!
- indien ≥6 recidieven/jaar: onderhoudsbehandeling gedurende 1 jaar met Zelitrex® 1 dd 500 mg, eventueel 1 dd 1000 mg.

7. Herpes zoster

Synoniem: gordelroos

Aetiologie: reactivering varicella-zoster virus infectie

Indicaties antivirale therapie per os:

a. ≥55 jaar oud

b. <55 jaar oud:

- 1. Lokatie trigeminus gebied (NB Herpes zoster ophthalmicus 6 consult oogarts in <3 dagen)*
- 2. Immuunincompetentie en/of disseminatie (cutaan en/of visceraal) van de herpes zoster*
- 3. Pijn acute fase met functiestoornis (slaap- en/of concentratiestoornis)*
- 4. Prodromale pijn >1 week voor het ontstaan van de huidafwijkingen*
- 5. Ramsay-Hunt syndroom (herpes zoster oticus)*

Onderzoek op onderliggende aandoeningen: niet geïndiceerd (bij pat. met immuundeficiëntie, bijv. door agressieve therapie voor M. Hodgkin, is er verhoogd risico op H. zoster, maar bij H. zoster is de kans op het vinden van een maligniteit niet zodanig verhoogd, dat routinematige screening op maligniteiten geadviseerd wordt.

Therapie: lokaal zinkolie FNA plus systemische antivirale medicatie; additioneel in acute fase epiduraal steroïd bij veel pijn (criteria: functionele problemen met werken/slapen).

Therapie:

Lokaal:

- Zinkolie FNA

Systemisch:

- Valaciclovir (Zelitrex®), 3 dd 1000 mg per os gedurende 7 dagen
- Famciclovir (Famvir®), 3 dd 500 mg per os gedurende 7 dagen

Noot: start <72 uur na begin huidafwijkingen; beide middelen lijken een (beperkt) gunstig effect te kunnen hebben op de duur van de pijn bij herpes zoster bij immunocompetente personen.

Indicaties voor i.v. aciclovir: o.a. ernstige immuunincompetentie, varicella-zoster-virus pneumonie of hepatitis, CZS complicaties zoals meningoencephalitis of dreigende dwarslaesie.

Additionele maatregel (pijnbestrijding acute fase):

- Steroïdinjectie(s) epiduraal of t.p.v. het ganglion Gasseri (ter bestrijding van ernstige pijn in de acute fase, in aanvulling op de antivirale therapie); in UMCG wordt veelal >1 injectie gegeven met interval(len) van 1 week, hetgeen meestal effectief lijkt en ook preventief lijkt te kunnen zijn t.a.v. postherpetische neuralgie (bij een recente N'landse studie, waarbij 1x steroïd gegeven werd, was het effect beperkt en was er geen preventie van postherpetische neuralgie).

Indicatie voor epidurale steroïdinjectie: ernstige pijn in acute fase (criteria: functionele problemen met werken en/of slapen).

Noot: verwijzing naar anaesthesist/pijnteam >7 dagen na het begin van de klachten kan zinvol zijn.

Bron adviezen: UMCG Richtlijn Herpes Zoster Acuta 1999 (Afd. Dermatologie en Anaesthesiologie & Kenniscentrum voor Pijn).

C. Pustuleuse dermatosen (non-steriel & steriel)

8a. Acne vulgaris, tarda, conglobata en ectopica

Acne wordt gedefinieerd als een ontsteking ter plaatse van de haarfollikel/talgklier unit met kleine (onzichtbare) haar. Deze unit komt vooral voor in het gelaat. Acne ontstaat meestal in de puberteit en is bij 85% van de mensen voor het 25e jaar verdwenen. Vanwege de frequentie van optreden (90% van de mannen en 80% van de vrouwen) kan men graad I inflammatoire acne beschouwen als een fysiologisch verschijnsel. De psychische gevolgen kunnen echter groot zijn, waarbij soms een opvallende discrepantie bestaat tussen de ernst van de afwijkingen en de beleving van de patiënt. Een patient met ernstiger (graad II en III) acne zal veelal de arts consulteren.

Aetiologie: Acne is een androgeen-gebonden aandoening. In de puberteit komt de talgproductie op gang en worden follikels gekoloniseerd met Propionibacterium acnes (P. acnes). Histologisch is er bij acne altijd sprake van comedovorming (retentie keratinocyten in uitvoergang haarfollikel), die ook klinisch zichtbaar kan worden (gesloten comedo, of, bij meer dilatatie follikelopening, open comedo). P. acnes produceert (in wisselende mate) ontstekingsmediatoren, die in wisselende mate door de follikelwand penetreren en ontsteking met neutrofiële granulocyten oproepen. T.p.v. een klinisch zichtbare comedo kan ontsteking een 'ice-pick' (uitgeponsd) litteken veroorzaken. Bij vrouwen dient men hyperandrogenisme uit te sluiten (cyclusstoornis, hirsutisme en alopecia androgenetica bij PCO syndroom). Verandering van de doorlaatbaarheid van de follikel (bijv. premenstrueel en in jungle-atmosfeer), kan de ontstekingscomponent activeren. Dat dieetmaatregelen van invloed zijn is niet bewezen, maar ook niet uitgesloten (eventueel provocatietest door patient of consult diëtiste).

Klinisch beeld: comedonen (open comedo: blackhead; gesloten comedo: whitehead), pustels (oppervlakkig abcesje), papels (dieper liggend abcesje), cysten, infiltraten (noduli).

Varianten: Acne vulgaris: a) comedonen acne, b) inflammatoire acne, c) gemengd beeld; Acne conglobata (ernstige acne met lesies romp); Acne tarda (acne na 25^e/30^e levensjaar, met name bij vrouwen); Acne ectopica (synoniem: hidradenitis suppurativa; lokatie: liezen/oksels, submamair, waar verbinding haar/talgklierfollikel met apocriene zweetklier is, waardoor diep liggende chronische ontsteking kan ontstaan; met name bij vrouwen).

Lab. ond.: niet geïndiceerd. Cave hyperandrogenisme met vrouwen met ernstige acne (consult gynaecologie).

Therapie: lokaal en systemisch (keratolytisch, anti-inflammatoir, anti-androgeen); acne ectopica: operatief ('deroofing').

Therapie acne vulgaris (min of meer vlgns NHG-standaard):

- **stap 1:** comedonen en/of inflammatoire acne: benzoylperoxide gel 5% of 10% 1 dd (kan irriteren, met name bij eczeem; aandacht voor ontkleuren kleding. Optie: Duac Acne Gel® NB Benzoylperoxide wordt niet vergoed.
- **stap 2:** comedonen acne: tretinoïne 0,05 % solutio of crème FNA 1 dd (kans op irritatie van de huid) ; inflammatoire acne: lokaal clindamycine lotion 1% FNA of erytromycine 2 dd (irriteert zelden), bij voorkeur in combinatie met benzoylperoxide, zoals in Duac Acne gel® (voorkomt resistentievorming P. acnes).

NB1 Sedert dec 2005 is adapaleen (Differin®) gel op de markt (wordt vergoed), dat zowel bij comedonen acne als bij inflammatoire acne effectief is. Dosering: 1dd appliceren (stap 1 en 2).

NB2 Sedert 2008 is Duac Acne Gel® op de markt (combinatie benzoylperoxide + clindamycine), wat een nuttige aanvulling is en mogelijk soms effectiever dan Differin gel bij inflammatoire acne (wordt vergoed)

- **stap 3:** inflammatoire acne: oraal tetracycline 2-3 dd 500 mg 2-6 maanden of doxycycline 1-2 dd 100 mg of minocycline 1-2 dd 100 mg, bij voorkeur in combinatie met lokaal benzoylperoxide.

NB Optie bij vrouwen met ernstige acne vulgaris: OAC, eventueel Diane 35, waarin oestrogeen + 2 mg anti-androgeen cyproteronacetaat (eventueel toevoegen aan Diane op dag 1-10 pilcyclus: cyproteronacetaat (Androcur®) 10-20 mg dd).

- **stap 4:** acne conglobata, acne tarda: isotretinoïne (Roaccutane®) 0,5 mg/kg/dag 4 wk, daarna 1,0 mg/kg/dag 8 wk. Lab. controle: niet geïndiceerd, tenzij klachten. NB Bij vrouwen tegenwoordig zeer streng beleid ten aanzien van preventie zwangerschap (bewustheids-verklaring vereist)!!

Algemeen: consult huidtherapeute (verzorging gelaatshuid, comedonen verwijderen). Ontstoken solitaire cyste/nodulus: intralesionaal Kenacort® 10 mg/ml.

Therapie acne conglobata: zie stap 4 bij acne vulgaris. Isotretinoïne ook overwogen bij acne tarda.

Therapie acne ectopica:

- Oppervlakkige onsteking: als bij acne vulgaris (lokale therapie en/of systemisch antibioticum)
- Dieper liggende onsteking: oraal antibioticum; eventueel resorcine 5, 10 en 15% in lanettewas crème FNA
- Fistels/crypten met exsudaat: 'deroofing' operatie (fistels etc open leggen) bij dermatoloog.

8b. Rosacea

Rosacea varianten: a) folliculitis; b) 'coupe rose' (teleangiectasiën gelaat), eventueel in combinatie met makkelijk blozen en gevoelige huid; c) rhinophym (talgklierhyperplasie neus); d) lymfe-oedeem gelaat.

Aetiologie: onbekend (rol anaeroben bij folliculitis?). Onderdeel: versterkte vaatrespons op specifieke prikkels (warmte, kruiden, etc.).

Klinisch beeld: zie rosacea varianten.

Complicatie: rosacea keratitis.

Therapie: lokaal en systemisch.

Therapie:

- Lokaal: metronidazol gel of crème 2dd
- Systemisch: tetracycline 2-3 dd 500 mg 4-8 wk
- Isotretinoïne (Roaccutane®) 0,2-0,5 mg/kg/dag, zolang als nodig.

NB Keratitis reageert op orale antibiotische therapie en isotretinoïne. Coupe rose: verwijzing naar dermatoloog voor Intense Pulsed Light (IPL/flitslamp). Rhinophym: verwijzing dermatoloog.

9. Pyodermie

9a. Folliculitis

Voornaamste oorzaken folliculitis:

- S. aureus*
- P. acnes (zie acne)*
- Gram neg. bacteriën*
- Pityrosporon (gist) folliculitis (zie pityrosporon folliculitis en pityriasis versicolor)*
- Demodex (mijt) folliculitis (bij HIV-pos. pat.)*

Varianten S. aureus folliculitis:

- Oppervlakkige S. aureus folliculitis*
- Diepe S. aureus folliculitis (furunkel/steenpuist)*

Noot: furunkulose (rec. furunkels, geen relatie met diabetes mellitus; carbunkel (negenoo):

reuzenfurunkel/conglomeraat (wel relatie met diabetes mellitus)

Therapie oppervlakkige S. aureus folliculitis:

- Desinfecterend: chloorhexidine-oplossing FNA of betadine. Eventueel: zinkolie FNA.
- Fusidinezuur (Fucidin®) crème of zalf. NB Thans weinig resistentie tegen fusidinezuur, veel resistentie tegen mupirocine.

Preventie: hyperhidrosis en microtrauma (schaafwondjes van scheren) en wrijving (door kleding) tegengaan; eventueel ontsmettende zeep.

Therapie diepe S. aureus folliculitis (furunkel):

- Balneotherapie: warm bad met badschuim (faciliteren spontane evacuatie pus)
- Natte compressen en incisie (wanneer furunkel rijp is)
- Antibioticumkuur: indicaties: a) furunkel neus/mond driehoek, dwz boven lijn mondhoek tot oor (cave sinus cavernosus thrombose); b) furunkel met alg. malaise en koorts; c) carbunkel

Furunkulose, beleid:

a) bacteriologische inventarisatie (kweken neus, keel, eventueel perianaal);

b) als MRSA: overleg met med microbioloog; als S. aureus met PCR op PVL-gen pos. (agressief faag type), dan antibiotisch beleid aan hand van resistentiebepaling.

Noot: Fe-gebrek is mogelijk risicofactor furunkulose.

Preventie: chloorhexidine sol. 1% FNA (steriel, water; eventueel Hibiscrub) 2 dd hele lichaam plus

Fucidin@zalf neus 2 dd gedurende min 1 wk (plus kleren wassen in Biotex).

NB Mupirocine (Bactroban®) neuszalf, waartegen frequent resistentie, reserveren voor MRSA.

9b. Impetigo

Definitie: non-folliculaire pyodermie. Impetigo wordt in de volksmond vaak 'krentenbaard' of 'kinderzeer' of 'kindersmet' genoemd. Het wordt meestal veroorzaakt door Staphylococcus aureus (80-100%), soms door Streptococcus pyogenes of beide. Het komt vooral voor bij jonge kinderen (met een piek rond 4-5 jaar), niet zelden in epidemietjes op school of in het gezin. Het wordt het meest gezien in nazomer en herfst. Er lijkt een dalende incidentie te zijn, mogelijk te verklaren door verbeterde hygiëne.

Klinisch beeld: de primaire efflorescentie is een klein blaasje met rode hof, dat door bijmenging van neutrofiële granulocyten snel overgaat in een pustel (niet-follikel gebonden). Deze pustel gaat stuk, waarna een nattende erosie ontstaat. Het exsudaat droogt vervolgens in tot purulente crustae met de zo kenmerkende honing-gele kleur- soms zijn de korsten roodbruin of zwart door bloedbijmenging. Door samenvloeien ontstaan grotere polycyclische erythemato-crusteuzen plekken. Soms is er centrale genezing waardoor zich annulaire laesies kunnen vormen. Er bestaat een voorkeur voor het gezicht, rond de mond: de krentenbaard. In ernstige gevallen is er sprake van koorts en regionale klierzwellen. Men zij bedacht op het optreden van acute poststreptokokkale glomerulonefritis (APGN).

Variant: impetigo bullosa (blaarvorming door S. aureus); multiple oppervlakkige S. aureus folliculitiden, die optreden in een omschreven gebied, noemt men wel impetigo Bockhart.

Complicatie: Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS), veroorzaakt door toxinen, door sommige stammen geproduceerd, die epidermolyse veroorzaken (op afstand van de infectie).

Therapie: lokaal en systemisch

Therapie:

- Lokaal: fusidinezuur (Fucidin®) zalf of crème 2dd 1-2 weken.
Noot: resistentie *S. aureus* tegen fusidinezuur (Fucidin®) is thans zeldzaam, tegen mupirocine (Bactroban®) frequent resistentie.
- Indicaties voor systemische therapie: uitgebreide laesies, alg. malaise/koorts

10. Pityrosporum folliculitis

Malassezia furfur (Pityrosporum) is vaak aan te treffen in de follikels van de seborroïsche regionen, vooral op het bovenste deel van de romp, waar het een folliculitis kan veroorzaken, met folliculaire rode papels en papulopustels. In tegenstelling tot acne bevindt het zich meer op de romp dan in het gelaat, is het beeld meer monomorf, zijn er geen comedonen en wordt vaak ook jeuk aangegeven (met name bij pat. met constitutioneel eczeem aanleg).

Lab. ond.: pus-uitstrijk op objectglas voor Gram-kleuring (gevoeliger dan kweek), ter differentiatie van S. aureus en P. acnes folliculitis.

Therapie: lokaal of systemisch.

Therapie, opties:

Lokaal:

- Nizoral® (ketoconazol) crème of scalp gel
 - Myk® (sulconazol) lotion
 - Selsun® (selenium sulfide) shampoo
- Noot t.a.v. lokale therapie: voor de nacht appliceren, gedurende aantal nachten.

Systemisch:

- Trisporal® (itraconazol) 1 dd 200 mg 7 dagen (innemen bij maaltijd)

11. Pustolosis palmantis (steriele pustuleuse dermatose)

Definitie: recidiverende steriele pustulose op handpalmen en/of voetzolen (synoniem: M. Andrews Barber). Begint veelal op middelbare leeftijd; het beloop is meestal zeer chronisch (>10jaar), met remissies en exacerbaties. Kan functionele klachten geven (voeten!).

Aetiologie: wordt beschouwd als mogelijke variant van psoriasis, maar bij de meeste patiënten zijn er uitsluitend afwijkingen op handen/voeten.

Klinisch beeld: pustels in verschillende stadia, die indrogen tot bruine maculae en kunnen confluëren, ook wel roodheid en schilfering.

Therapie: lokaal en systemisch.

Therapie:

- Lokaal: steroïden kl III en IV (cave atrofie!), afwisselen met vet basispreparaat
- Systemisch: etretinaat (Neotigason®) 25-50 mg dd. Cave stoornis lipidenmetabolisme (bij onderhoudsbehandeling) en teratogene bijwerking bij vrouw.

D. Bulleuse dermatosen

12. Auto-immuun bulleuse dermatosen

Varianten: pemphigus (intraepidermaal), pemphigoid (parapemphigus; subepidermaal), dermatitis herpetiformis (M. Duhring; subepidermaal, geassocieerd met coeliakie/glutenenteropathie).

Aetiologie: auto-immuun, soms drug-induced.

Prevalentie: vele huisartsen zullen een oudere patient met pemphigoid in hun praktijk hebben.

Klinisch beeld pemphigoid: pral gespannen blaren met/zonder (urticariële roodheid)

Therapie pemphigoid:

- **Lokaal:** kl. IV steroid
- **Systemisch:** prednison

13. Erythema exsudativum multiforme (EEM)

Aetiologie EEM: reaftief proces, soms geluxeerd door HSV-infectie

Klinisch beeld: iris/schietschijflesie (buitenste ring: roodheid, binnenring: urticarieel verheven, centrum: blaar)

Complicatie: erosies mond (voedingsprobleem)

Therapie: systemisch

Therapie:

- Prednison (symptomatische therapie, niet oorzakelijk)
- Slijmvlies mond: lidocaine gel of hydrocortison zuigtabletten

DD o.a.:

Culicosis bullosa (t.g.v. muggenstek) en pulicosis bullosa (t.g.v. vlooiënbeet).

E. Papuleuse dermatosen

14a. Verruca vulgaris

Definitie: HPV-geïnduceerde papilloom

Prevalentie: frequent, met een piek rond 12 tot 16 jaar, waarna de incidentie snel afneemt.

Aetiologie/transmissie: humaan papilloma virus (HPV). Besmetting vooral in zwembaden en gymzalen. Incubatietijd: 1 mnd - 2 jr, gemiddeld 4 mnd. Risicogroep: transplantatie pat.

Klinisch beeld: scherp begrensde, huidkleurige, papillomateuze, hyperkeratotische papels, die in grootte variëren van < 1 mm tot > 1 cm. Door confluering kunnen grote massa's ontstaan en door het Koebnerfenomeen lineaire laesies.

Klinische varianten: filiforme wrat (draadachtig verheven, met name galaat/hals); mozaikwrat (voetzool: vlakke, confluierende wratten); verruca plana: minimaal verheven papel, geen papillomatose. Twee typen voetwrat: solitaire 'doornwrat', mozaikwrat.

Lokaties verruca vulgaris en plantaris: meestal hand of vinger of voetzool (plantaris); ook subunguaal en periunguaal.

DD Verruca plantaris: clavus (eksteroog). Differentiëren door bijsnijden, waarbij in de clavus geen puntvormige bloedinkjes te zien zijn (als in wrat, door papillomatose), maar alleen een egale eeltmassa.

Therapie: expectatief (spontane remissie bij circa 50% in 2 jaar), keratolyticum + bijvijken/bijsnijden, chirurgie, chemisch/immuunstimulerend.

Therapie, opties:

Keratolyticum + bijvijken/bijsnijden

- Lokaal keratolyticum met occlusie (salicylzuurcollodium 20% FNA met pleister occlusie; alternatief: likdoornpleister, in de juiste maat) 1 dd + bijvijken/bijsnijden elke 24 uur

Noot: Occlusie is essentieel: dan makkelijker maceratie, wat makkelijker bij te vijlen/snijden is.

Noot: eventueel bij toename groei wratten Efudix® crème (cytostaticum) op wrat en daaroverheen likdoorn-pleister met bijvijken/bijsnijden elke 24 uur.

Chirurgie:

- Cryochirurgie (vloeibaar stikstof), eventueel na 'debulking' door bijsnijden
- Excochleatie (scherpe lepel)

Immuunstimulerend

- Monochloorazijnzuur, regelmatig aanstippen, bijv. elke 2 wk (cave: etsende stof!).

Noot: optie bij transplantatie patiënten: etretinaat (Neotigason®) per os, 25-50 mg dd.

14b. Molluscum contagiosum

Definitie: door een pokvirus geïnduceerde cutane lesies. Synoniemen: 'waterwratje', 'bolhoedwratje' of 'luchtpukkel'.

Prevalentie/transmissie: bij kinderen, met een piek tussen het 4e en 5e levensjaar. Niet zelden worden in gezin of op school kleine epidemietjes gezien. Bij volwassenen worden ze ook wel gezien, maar dan vooral in de genitale regio (met name bij HIV-geïnficeerden of andere oorzaak immuundeficiëntie). Besmetting via huidcontact, maar ook indirect via voorwerpen en door seksueel contact. Incubatietijd: 2-7 wk.

Klinisch beeld: glanzende, halfbolronde, huidkleurige, parelwit doorschemerende papels met een centrale delle. Uit de delle is een witte brij te drukken (besmettelijk!). In het algemeen multipel, soms confluërend, vooral op de romp, maar ook op extremiteiten, in het gelaat en anogenitaal. Auto-inoculatie is mogelijk ten gevolge van krabben, met daardoor lineaire rangschikking. De wratjes kunnen geïnfecteerd raken en vertonen dan overeenkomst met een folliculitis of furunkel. Bij 10% van de kinderen ontstaat eczeem rond de mollusca. Bij kinderen met constitutioneel eczeem kunnen de mollusca zich snel verbreiden, waarschijnlijk door het krabben. Zeldzaam zijn mollusca gigantea, met een grootte van 15-20 mm.

Therapie: expectatief, keratolyticum, chirurgie.

Therapie:

- Aanstippen met lokaal keratolyticum (salicylzuurcollodium 20% FNA); met aanstipstaafje/stokje (geeft apotheker mee, als het goed is, anders bijv. lucifer).
- Cryotherapie
- Excochleatie

Noot: Spontane remissie is mogelijk, zeker als omliggend/onderliggend eczeem behandeld wordt, met bijv. een lokaal steroid.

15. Urticaria & angio-oedeem: acuut en chronisch

Definitie: De naam is afgeleid van urtica urens, hetgeen brandnetel betekent. Urticaria (synoniemen: galbulten, netelroos) ontstaat door vasodilatatie met verhoogde vaatdoorlaatbaarheid, waardoor oppervlakkig in de dermis oedeem ontstaat. Speelt dit proces zich dieper in de dermis af, dan ontstaat een niet-pitting oedeem, dat angio-oedeem wordt genoemd. Angio-oedeem komt vooral voor in het gelaat en op de extremiteiten. De genoemde vaatreactie kan zich, met name in het kader van een anafylactische reactie, uitbreiden naar de luchtwegen (larynxoedeem en bronchospasmen), de tractus circulatorius (hypotensie, hoofdpijn en collaps) en de tractus digestivus (diarree en darmkrampen).

Indeling: acute en chronische urticaria (> 6 wk of 3 mnd). Deze indeling is vooral van praktisch belang: bij chronische urticaria zal men vaak besluiten tot verwijzen en/of het doen van verder onderzoek naar de etiologie via een zorgvuldige anamnese, oriënterend laboratoriumonderzoek, testen voor fysische urticaria en auto-immuun urticaria en eventueel het laten invullen van een vragenlijst/voedingsdagboek.

Prevalentie: ongeveer 15% van de mensen zal ooit een episode van urticaria doormaken. In de huisartsenpraktijk is de incidentie 4,3/1.000 patiënten per jaar en de prevalentie 5,0 per 1000 patiënten. Van de episodens duurt zo'n 5% langer dan 4 weken. Uiteindelijk wordt 4% van de patiënten verwezen naar de specialist; van deze patiënten houdt ongeveer 50% langer dan een jaar last. Chronische urticaria zijn zeldzaam voor het tiende en na het zestigste levensjaar. Urticaria en angio-oedeem komen in 40% van de patiënten samen voor, 50% heeft alleen urticaria en 10% alleen angio-oedeem.

Klinisch beeld: bij een aanval ontstaan in korte tijd vele urticae, die weer vervagen en gelijktijdig kunnen nieuwe laesies ontstaan. Door confluëren kunnen zich grote grillige plaques vormen. Varianten o.a.: maculair (cholinergisch), diffuse roodheid en oedeem (koude), geïndureerde zwelling met arthralgie (vertraagde druk, 6 uur na hanteren van bijv. schroevendraaier of dragen zware tas of staan op ladder).

Aetiologie urticaria:

- a. acute urticaria: voeding (mosselen, vis, paprika, e.d.), geneesmiddelen
- b. chronische urticaria:
 - fysische urticaria (cholinergisch, factitia, vertraagde druk, koude contact). Bij elke vorm min of meer typisch klinisch beeld. Bij cholinergische of inspannings-urticaria bijv. zijn de urticae fijn papuleus. Provocatie testen: dermatografie (bij factitia), warm bad/fietsen (bij cholinergische), 10 kilo test (vertraagde druk), ijsblokjes (koude contact). Relevantie: weten welke factoren urticaria provoceren.
 - medicatie: aspirine, NSAID's, penicilline e.a. NB Paracetamol toegestaan.
 - Voedingsmiddelen, al of niet geassocieerd met para-birch (fruit) en/of parabijvoet (kruiden) syndroom ("oral allergy syndrome", d.w.z. klachten in mond na inname fruit/"exercise-induced anaphylaxis", d.w.z. aanval netelroos na inspanning)
 - Infecties: o.a. wormen.
 - Auto-immuun: bij zeer chronische urticaria, uit te sluiten middels autologe serum test.

Therapie:

- Algemeen: vermijden oorzakelijke factoren
- Antihistaminica (H1 antagonist), bijv.
 1. Mizolastine (Mizollen®) 1 dd 10 mg (cave cardiale stoornissen en drug-interactie met macroliden, imidazoles en doxepin)
 2. Fexofenadine (Telfast®) 1 dd 120 mg (cave cardiale stoornissen)
 3. Levocetirizine (Xyzal®) 1 dd 5 mg (kan sedatief zijn)
 4. Desloratidine (Aerius®) 1 dd 5 mgEventueel: Acrivastine (Semprex®) 8 mg caps., Ebastine (Kestine®) 10 mg tabl.; inslapen: Hydroxyzine 10 of 25 mg tabl.

- Combinatie H1/H2-antagonist. H2-antagonisten: ranitidine (Zantac® tabl à 75 mg, 2 dd 1) of cimetidine (Tagamet® tabl à 400 mg, 2 dd 1 tabl)

NB Antihistaminica tijdens zwangerschap: zie Farmacother. Kompas, Geneesmiddelen tijdens Zwangerschap/Lactatie (ed. 2004, pag. 39). Groep A (toegestaan): clemastine (Tavegil®), dexchlorfeniramine (Polaramine®), dimetindeen (Fenistil®), promethazine.

Noot: Crismanagement: prednison.

16. Prurigo parasitaria

Definitie: huidreactie t.g.v. insectensteken

Pathogenese: huidreacties t.g.v. insectenbeten kunnen berusten op farmacologische effecten, toxische reacties, allergische reacties of de introductie van lichaamsvreemd materiaal.

Aetiologie: veel - voornamelijk dierlijke - parasieten kunnen bij gebrek aan beter voorbijgaand de mens als gastheer kiezen en daarbij het beeld van prurigo parasitaria veroorzaken. Deze afwijking komt zowel voor op de kinderleeftijd als volwassen leeftijd; met name bij kinderen kunnen heftige lokale reacties optreden.

Klinisch beeld: hevig jeukende, urticariële papels, papulovesikels of prurigopapels. Soms is er blaarvorming en secundaire impetiginisatie treedt regelmatig op. De laesies kunnen lineair of gegroepeerd gerangschikt zijn.

Lokalisatie huidafwijkingen: afhankelijk van de oorzakelijke parasiet, kan tezamen met de periode van optreden en geografische plaats belangrijke aanwijzingen geven voor de identificatie. Oogstmijten veroorzaken vaak seizoengebonden (juli-oktober) hevig jeukende laesies op plaatsen waar de kleding knelt, maar soms ook meer gegeneraliseerd, en komen vooral voor in kalkhoudende klei- en lössgebieden. Kattenvlooien zullen meestal steken in de benen tot kniehoogte. Cheyletiella mijten van kat en eventueel hond (animale scabies) veroorzaken laesies op contactplaatsen van de (dieren)verzorgers: bovenbenen, buik, armen. Bij humane scabies kan men (niet altijd) een gangetje hopen te vinden (bijv interdigitaal). Muggen veroorzaken laesies op de onbedekte delen en niet onder de kleding.

Lab. ond. (bij humane scabies): KOH-preparaat schilfers of skin-snip (eieren, mijten).

Therapie: afhankelijk aetiologie.

Therapie:

- zoveel mogelijk preventie, bijvoorbeeld Autan
- lokaal: koude compressen
- bij veel jeuk lokaal steroïd, evt. menthol 2%
- eventueel: oraal antihistaminicum

NB Kat, waarbij Cheyletiella mijt (animale scabies) infestatie vermoed wordt: proefbehandeling met anti-mijt druppels in nek kat (aantonen mijt via consult dierenarts is niet altijd eenvoudig en kostbaar).

Scabies: zie ad 26c en www.soa.nl/professionals/standaarden/NVDV/SOA_Richtlijn1997

F. Erythemen

17. Erysipelas

Definitie: erysipelas (wondroos, belroos) is een acute infectie van de dermis, die in principe gepaard gaat met hoge koorts, algemeen ziekzijn en eventueel braken.

Aetiologie: Streptococcus pyogenes, die via een porte d'entrée de huid binnendringt ('wondroos'). Soms menginfectie met S. aureus. Bij lokalisatie aan de onderbenen is de porte d'entree vaak een mycose aan de voet, een eczeem, een rhagade aan de hiel of een ulcus cruris. Het kan echter ook een onbetekenend wondje zijn geweest dat niet meer is terug te vinden. Bij lokalisatie op de zijkant van het gelaat is een otitis externa of een ragade achter het oor soms de porte d'entrée.

Klinisch beeld: scherp begrensde roodheid met uitlopers (tongen, lymfangitis) en zwelling; het rode en gezwollen gebied is pijnlijk en voelt warm en geïndureerd aan. Soms is er blaarvorming (bulleuze erysipelas) en necrose (cave necrotiserende fasciitis). Erysipelas komt vooral voor aan de onderbenen en in minder mate in het gelaat, maar kan overal gelokaliseerd zijn (bijv. in arm met lymfoedeem na mamma. operatie met lymfekliertollet).

Lab. ond.: BSE, AST/anti-DNAse (serologie: streptococcenpakket), nierfunctie. eiwit urine

Beleid, punten van aandacht: a) antibioticum kuur voortzetten tot klinisch complete remissie; b) (bed)rust adviseren tijdens kuur; c) nazorg/preventie: porte d'entrée verzorgen, lymfoedeem wegzachtelen, eventueel 6 mnd Penidural® 1.2 ME i.m./mnd

Therapie:

- feneticilline 3 dd 625 mg, bij onvoldoende reactie clindamycine 4dd 150-300 mg
Noot: kuur voortzetten tot klinisch complete remissie, tijdens kuur, zeker bij ontstoken been, (bed)rust, tot einde kuur (ernstige ziekte!).

Nazorg/preventie:

- porte d'entrée verzorgen NB Cave maceratie interdigitaal tmet mycose/bacteriële overgroei
- compressie therapie (met name locatie benen)
- Penidural® 1.2 ME i.m./mnd gedurende 6 mind (bij neiging tot recidief)

18. Erythema chronicum migrans (vroeg Borrelieose)

Definitie: Erythema (chronicum) migrans (ECM of EM; vroeg Borrelieose) is een uiting van de Lyme-ziekte, die is genoemd naar het stadje Lyme in Connecticut (VS), waar in 1975 oorzaak (tekenbeet) en gevolg (arthritis) met elkaar in verband werden gebracht. De verwekker is Borrelia burgdorferi, een spirocheet uit dezelfde familie als Treponema pallidum, en wordt overgebracht door teken. In West-Europa is dat de teek Ixodes ricinus, die voornamelijk leeft op kleine knaagdieren (de primaire gastheer), maar ook voorkomt bij vogels, grotere zoogdieren en huisdieren. Teken-beten komen meestal voor op onbedekte huid - dus vooral in de zomer - bij verblijf in het bos, eventueel tuin, en vooral duingebieden. Het percentage besmette teken is in Nederland nog vrij laag (circa 10%) en verschillend per regio. Dus is de kosten-effectiviteitsanalyse negatief t.a.v. een eventuele standaard-behandeling na elke tekenbeet.

Beloop: Borrelieose verloopt als syphilis in stadia (stadium I: vroeg gelokaliseerd: huid; stadium II, vroeg gedissemineerd: arthritis, neuroborrelieose, cutaan lymfocytoom; stadium III, laat/chronisch: arthritis, myocaditis, vorm van neuroborrelieose, acrodermatitis chronica atrophicans). Een besmetting kan echter ook asymptomatisch verlopen.

Stadium I (ECM): Ontstaat dagen tot weken na een tekenbeet; solitaire kringvormige (annulaire) rode afwijking, niet of slechts licht verheven, eventueel iets donkerder rand. De laesie breidt zich langzaam uit (tot 10-20 cm), terwijl het centrum verbleekt. Soms tevens last van geringe jeuk of branderigheid, moeheid, spierpijn, koorts en regionale lymfadenitis (bacteriaemie). Het erytheem kan soms maanden intermitterend aanwezig zijn, maar verdwijnt uiteindelijk spontaan of gaat over in acrodermatitis chronica atrophicans. ECM is een goed herkenbare en eenvoudig te behandelen aandoening.

Lab. ond.: Serologisch onderzoek op IgM en IgG antistoffen is in circa 50% van de pat. met ECM negatief.

Indicatie voor behandeling: ECM (niet: tekenbeet zonder ECM)

Behandeling:

- doxycycline 1 dd 200 mg ged 14 dagen
- kinderen: erytromycine

Informatie artsen: zie GGD protocol Lyme-Borrelieose op www.infectieziekten.info

19. Toxicodermie (geneesmiddelen-eruptie)

Definitie: reacties t.p.v. huid en slijmvliezen, die optreden door gebruik van geneesmiddelen. Uiteraard kunnen geneesmiddelen ook bijwerkingen in andere organen veroorzaken.

Aetiologie/pathogenese: vooral door penicillines, sulfapreparaten, erythromycine, ACE remmers, thiazides en NSAID's. Er kunnen verschillende mechanismen aan ten grondslag liggen, en nagenoeg elke denkbare huidafwijking kan door geneesmiddelen veroorzaakt worden. Lang niet elke reactie berust op een echte allergische reactie van type I, II, III of IV; waarschijnlijk spelen immunologische mechanismen maar bij zo'n 25% een rol. EBV en HIV infectie predisponeren tot het ontstaan van een niet-allergische drug-rash.

De belangrijkste manifestaties zijn:

- *maculeus of maculopapuleus exantheem*
- *urticaria en/of Quincke's oedeem*
- *fotodermatitis*
- *hyperpigmentatie*
- *acneiforme, eczematouse, lichenoïde of bulleuse reactie*
- *purpura, vasculitis, erythrodermie*

De ernstigste reacties met (o.a.) huidafwijkingen, waarbij risico mortaliteit het hoogst is:

- *Toxische Epidermale Necrolyse (TEN); kenmerk: epidermolyse (door necrose totale epidermis) van grote gebieden van de huid plus veelal mucosale reactie.*
- *Drug hypersensitivity syndrome (HSS), ook wel Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) genoemd; kenmerken: koorts, exantheem met (faciaal) oedeem, eosinofilie, hepatitis, lymfadenopathie.*

Beleid:

- stoppen verdachte medicament(en)
- eventueel: lokaal steroïd of antihistaminicum of prednison per os.

Noot: bij ernstige/uitgebreide reacties en zeker bij verdenking TEN of HSS/DRESS: spoedconsult dermatoloog.

Informatie:

- Stichting LAREB (informatie t.a.v. bijwerkingen geneesmiddelen): www.lareb.nl
- Mulder WMC, Meinardi MMHM, Bruynzeel DP. Guide to adverse drug reactions. Side effects in dermatology, 8th Ed, 2004. Amsterdam, Intermed Medical Publishers (aanrader voor huisartsen-groepspraktijk)

G. Fotodermatosen

20. Chronisch polymorfe lichtdermatose

Prevalentie: frequent in algemeen bevolking

Aetiologie: reactie op UVB en/of UVA licht (UVA: ook achter glas last); cave reactie op lokale/systemische medicatie.

Klinisch beeld: jeukende urticariële papels op zonbeschenen delen (vooral armen, voortschouders en benen), begint meestal 6-12 uur na blootstelling aan (veel) zon.

Beloop: in loop van lente/zomer vaak spontane afname van ernst van de klachten (harding)

Therapie/preventie: lokaal en/of systemisch steroid, fotoprotectiva, desensibilisatie (harding)

Therapie/preventie:

- Acute reactie: lokaal en/of systemisch steroid
- Preventieve opties:
 - fotoprotectiva (als ook achter glas last: ook protectie tegen UVA-licht noodzakelijk)
 - geleidelijke blootstelling aan zonlicht
 - desensibilisatie/lichtgewenningstherapie (via dermatoloog)

H. Pigmentstoornissen

21. Vitiligo

Definitie: depigmentatie door verdwijnen melanocyten.

Aetiologie: zeer waarschijnlijk auto-immuun ziekte. Kan familiair voorkomen.

Klinisch beeld: witte maculae met depigmentatie (geen hypopigmentatie), vaak in eerste instantie in plooiën (oksels, bilplooï, genitale regio, om ogen, e.d.).

Associatie: met name bij ontstaan op oudere leeftijd bij vrouwen vaak ook auto-immuun schildklier afw.

Lab. ond.: niet geïndiceerd (tenzij in bijzondere gevallen)

Therapie: lokaal steroid, UVB narrow-band fotherapie, camouflage

Therapie opties:

- Lokaal steroid (proefbehandeling met bijv. Cutivate® crème of Elocon®), gedurende max. 8-10 wk), met name effectief bij recent onstane lesies in gelaat
- Lokaal steroid (bijv. Cutivate® crème) + UVA-zonnebank/zonnehemel (thuis bij pat.)
- UVB narrow-band fotherapie (via dermatoloog; eventueel via dermatoloog en thuiszorg organisatie, die foto-therapie apparatuur thuis plaatst)
- Camouflage (bijv. met “bruin zonder zon”), adviezen via huidtherapeute polikliniek dermatologie UMCG mogelijk
- Eventueel: excimeer laser-therapie (bij St. Ned. Inst. Pigmentstoornissen, Amsterdam, via dermatoloog)

Informatie: zie websites pag. 3 (o.a. Vitiligo Pat. Vereniging) en www.cbo.nl (NVDV Richtlijn Vitiligo).

22. Postinflammatoire hyper-/hypopigmentatie

Definitie: secundaire hyper- of hypopigmentatie na dermatitis, bijv. door eczeem of psoriasis.

Klacht: cosmetisch, met name bij personen met donker huidtype

Beleid: preventie verder progressie door adequate behandeling primaire dermatitis; behandelingsmogelijkheden van secundaire hyper-/hypo-pigmentatie zijn beperkt.

Therapie:

- Lokaal steroid
- Eventueel: depigmentatie met lokaal hydrochinon (magistrale receptuur met instructie via dermatoloog, zoals ook bij melasma/chloasma).

I. Haarziekten

23. Alopecia areata, alopecia androgenetica, diffuse alopecia

Alopecia areata: auto-immuunziekte. Klinisch beeld: pleksgewijze haaruitval (in actieve fase: uitroepteken haren, dwz korte stompjes van afgebroken haren, aan rand van lesie). Risico's t.a.v. ongunstig beloop (geen spontaan herstel): uitgebreide afw. (alopecia (sub)totalis), nagelafwijkingen (putjes of schuurpapieraspect; waarschijnlijk ook t.g.v. auto-immuun proces), lange duur.

Alopecia androgenetica: androgeen-gebonden haaruitval (male pattern bij man, female pattern bij vrouw); ook bij vrouwen niet zeldzaam (midden bovenop scalp uitdunning haar), met name bij vrouw met hyperandrogenisme (cyclusstoornis, acne, hirsutisme, alopecia androgenetica, in associatie met POC syndroom).

Alopecia diffusa: reactief, t.g.v. bijv. medicatie, ernstige ziekte, chronische ontsteking, metabole stoornis, deficiënte voeding, intoxicatie, etc.; alopecia begint na interval van 4-10 weken na bijv. zware operatie.

Therapie opties/beleid:

- alopecia areata: expectatief, lokaal/intralesionaal steroid, immunocontact therapie, pruik
- alopecia androgenetica: preventie verdere progressie met anti-androgene therapie (i.o.m. gynaecoloog); uitsluiten factor diffuse alopecia
- alopecia diffusa: screening onderliggende oorzaak, waarna beleid naar bevind van zaken

Therapie opteis/beleid:

Alopecia areata:

- Expectatief
- Lokaal steroid (effectiviteit dubieus, bereikt haarwortel niet goed)
- Intralesionaal steroid: Kenacort® 10 mg/ml (indicatie: beperkt aantal lesies, spontaan herstel laat op zich wachten)
- Immunocontact-therapie (met obliagaat contactallergeen); is meest effectief, maar qua uitvoering niet eenvoudig.
- Kunsthaar (pruik); begeleiding door maatschappelijk werk polikliniek dermatologie UMCG t.a.v. psychosociale aspecten en aanschaf pruik (bona fide winkel, kostenvergoeding).

Alopecia androgenetica:

- Screening hyperandrogenisme (bij dermatoloog, in principe i.s.m. gynaecoloog)
- Preventie verdere progressie met systemisch anti-androgeen (dermatoloog, in principe i.o.m. gynaecoloog)

- Eventueel bij vrouw: lokaal minoxidil, lokaal anti-androgeen
- Eventueel bij man: lokaal minoxidil; finasteride (Propecia®) 1mg dd per os (onderhouds-behandeling; niet vergoed)

Alopecia diffusa:

- Screening (anamnese, lab. ond.) op onderliggende oorzaak
- Beleid naar bevind van zaken

24. Hirsutisme

Definitie: hypertrichose met score hoger dan afgesproken criteria (volgens Ferriman/Galway of Derksen) met/zonder cyclus stoornis en/of andere tekenen van hyperandrogenisme. NB Of er sprake is van pathologie wordt mede door de afkomst van de vrouw bepaald.

Aetiologie: uiting van hyperandrogenisme.

Lab. ond.: bij voorkeur via polikliniek gynaecologie/endocrinologie.

Therapie: systemisch anti-androgeen met/zonder epilatie (met name gelaat)

Therapie:

- Systemisch anti-androgeen
- Epilatie (met name gelaat)

J. SOA

Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA): www.soaids.nl; klik professionals/richtlijnen

Aldaar link naar of direct naar:

- [NVDV SOA Richtlijn \(regelmatig herzien, laatstelijk 2007; aparte tekst gon/urethritis man\)](#)
- [NHG Standaard SOA-consult \(dec. 2004\) en PID \(sept. 2005\)](#)
- [LCI \(GGD/RIVM\) Protocollen Infectieziekten \(o.a. SOA\)](#)
- [CBO Richtlijn SOA \(multidisciplinair, 2002\)](#)
- [Internationale SOA-Richtlijnen: Europa \(IUSTI/WHO Europe\), USA](#)

Zie ook: www.proeftuinfarmaciegroningen.nl (urineweginfecties)

Standaard SOA-onderzoek: Chlamydia, gonorrhoe, lues en, met toestemming pat., HIV; eventueel HBV (thans via landelijk GGD project bij SOA-poliklinieken). Verder op indicatie: afhankelijk anamnese en klinisch beeld.

Lab. ond. op Chlamydia en N. gon.:

a) Sneldiagnostiek (indien exsudaat aanwezig): Gram/methyleenblauw-preparaat

b) Kweek of NAAT (Nucleic Acid Amplification Test):

- NAAT (bijv. PCR): 1^e keus, vanwege het gemak bij afname (combinatie met PCR op Chlamydia trachomatis) en transport (geen tijdslimiet) en vanwege de kwaliteit van de test (zeker bij asymptomatische patiënten gevoeliger dan de kweek op N. gon.).
- Kweek (en resistentiebepaling): daarvoor is de noodzaak beperkt, indien de landelijke therapierichtlijnen worden gevolgd (dan kans op resistentie zeer beperkt; NB zie laatste herziening NVDV Richtlijn gonorrhoe). Op een aantal lokaties in Nederland wordt monitoring van de gevoeligheid van N. gon. voor antibiotica uitgevoerd (coördinatie: RIVM).

Noten t.a.v. afname monsters voor NAAT (bijv. PCR, in principe combinatietest op N. gon. en Chlamydia) en kweek (op N. gon.):

1. Afname uitstrijk (wattenstok), standaard:

- man urethra, op indicatie rectum en/of keel;
- vrouw: cervix en urethra, op indicatie rectum en/of keel.

NB Bij afname uitstrijk voor NAAT eerst lokatie schoonmaken, dan uitstrijk afnemen (van epitheel, niet van cervixslijm/exsudaat).

Alternatieven bij afname monsters voor NAAT (op N. gon. en Chlamydia):

- man urine (voorwaarde: min. 1 uur tevoren geen mictie);
- vrouw wattenstok monster diep vaginaal (2^e keus alternatieven vrouw: vulva afstrijk of 1^e urine portie; t.a.v. urine zelfde voorwaarde als bij man).

2. Transport: elk monster separaat in eigen transportmedium, maar bij afname uitstrijken voor NAAT (PCR) kunnen bij de vrouw de uitstrijken uit cervix + urethra samen in één transportmedium gepooled worden (uitstrijken rectum en keel separaat).

3. Bij symptomatische patiënten, d.w.z. patiënten met exsudaat, te overwegen: kweek op N. gon (naast PCR op N. gon. en Chlamydia); dan is resistentiebepaling mogelijk, wat therapiekeuze verruimt.

NB Bij patiënten met exsudaat (urethra man, cervix vrouw): eerst afname materiaal (exsudaat/pus) voor kweek N. gon., daarna, na schoonmaken van lokatie van afname, afname van materiaal (epitheelcellen) voor PCR Chlamydia.

Op SOA-poliklinieken wordt triage uitgevoerd t.a.v. asymptomatische patiënten met een hoog- of laag-risico profiel t.a.v. SOA. Bij laag-risico profiel kan worden gekozen voor afname door patient zelf (man: urine; vrouw: diep vaginale wattenstok (1^e keus qua sensitiviteit) of urine (2^e keus)). Bij hoog-risico profiel afname testmateriaal door arts/verpleegkundige.

25a. Chlamydia trachomatis, ongecompliceerde anogenitale infectie

Diagnose:

- PCR test (standaard: a) man: urethra; b) vrouw: cervix + urethra; op indicatie: keel, rectum); in principe in combinatie met PCR op N. gon. (zie boven)
- Alternatief bij man/vrouw: PCR op 1^e urine portie (combinatie met PCR op N. gon.); NB diep vaginale uitstrijk (kan vrouw zelf afnemen) is bij vrouw sensitiever dan urine, minder sensitief dan combinatie cervix/urethra; alternatief voor urine: vulvaire afstrijk (door vrouw zelf), ongeveer even sensitief als urine

Therapie:

- Azitromycine 1000 mg

PM Epidemiologisch beleid (partner) en adviezen t.a.v. preventie (vermijden risicogedrag). Controle test: niet geïndiceerd (tenzij op indicatie, bijv. emotionele geruststelling bij asymptomatische pat. of bij persisteren klachten).

25b. Gonorrhoe, ongecompliceerde anogenitale infectie

Diagnose:

- PCR test (standaard: a) man: urethra; b) vrouw: cervix + urethra; op indicatie: keel, rectum); in principe in combinatie met PCR op Chlamydia (zie boven)
- Alternatief bij man/vrouw: PCR op 1^e urine portie (combinatie met PCR op Chlamydia); NB diep vaginale uitstrijk (kan vrouw zelf afnemen) is bij vrouw sensitiever dan urine, minder sensitief dan combinatie cervix/urethra; alternatief voor urine: vulvaire afstrijk (door vrouw zelf), ongeveer even sensitief als urine

Therapie:

- 1^e keus: ceftriaxon 250-500 mg i.m. (bij Bipharma verkrijgbaar als flacons à 500 mg); eventueel: cefotaxim 1000 mg i.m.
 - 2e keus: cefuroxim axetil (Zinnat®) 2x 1000 mg per os (2e dosis 6 uur na 1e dosis)
- Alternatief: op geleide van de resistentiebepaling

NB Therapie voor gonorrhoe combineren met azitromycine 1000 mg (voor Chlamydia infectie, tenzij die door lab. ond. uitgesloten is).

PM Epidemiologisch beleid (partner) en adviezen t.a.v. preventie (vermijden risicogedrag). Controle test: niet geïndiceerd (tenzij op indicatie, bijv. emotionele geruststelling bij asymptomatische pat. of bij persisteren klachten).

Informatie t.a.v. antibiotisch beleid bij N. gon. infectie: zie NVDV Richtlijn Gonorrhoe en Syndromic Management Urethritis Man 2006 (www.soa.nl); zie ook de noot bij de Toelichting bij de Herziening anno 2006 van de Korte Samenvatting NVDV SOA Richtlijn (t.a.v. gonorrhoe). Samengevat: keuzecriteria zijn: a) effectiviteit; b) farmacokinetisch profiel (serumspiegel ≥ 8 uur); farmacokinetisch is van de cefalosporines ceftriaxon, i.m. toe te dienen, 1^e keus (cefixim, een oraal cefalosporine, heeft ook een goed farmacokinetisch profiel, maar is in N'land niet verkrijgbaar, behalve op sommige SOA-poliklinieken); het farmacokinetisch profiel van cefuroxim axetil, ook een oraal cefalosporine, is niet goed en de effectiviteit maar net acceptabel. Gezien de resistentie problematiek met quinolonen (ciprofloxacine) en de eerste meldingen van verminderde gevoeligheid voor cefalosporines (ceftriaxon/cefotaxim, cefixim/cefuroxim-axetil, etc.) wordt geadviseerd een patiënt met gonorrhoe, die in de 1^e lijn of elders niet met ceftriaxon i.m. behandeld kan/wil worden, naar een SOA-polikliniek te verwijzen (spoedverwijzing).

25c. Non-specifieke urethritis (non-Chlamydia/non-gonorroische urethritis)

Diagnose:

- Urine onderzoek: leukocyten in 1^e straaal-urine (eerste 20-30 cc), waarmee urethritis geobjectiveerd kan worden bij man met dysurie zonder aantoonbaar urethraal exsudaat

- Standaard diagnostiek: Chlamydia en *N. gon.* infectie uitgesloten

Therapie:

- Azitromycine 1000 mg

25d. Man met urethritis klachten: syndromic management

Diagnose:

- Standaard SOA-onderzoek (objectiveren urethritis door klinisch onderzoek of urine onderzoek op leukocyten en afname materiaal voor lab. diagnostiek op Chlamydia en *N. Gon.*)

Therapie:

- Risicofactor(en) voor *N. gon.* infectie **afwezig**:
azitromycine 1 gram per os + cefuroxim axetil (Zinnat®) 1 gram per os
Noot: indien men ervan op aan kan, dat er nog contact zal zijn met patient over de uitslag van het lab. onderzoek (met name over de uitslag van de test op *N. gon.*), kan overwogen worden alleen azitromycine te geven. Voor een eventuele gonorrhoe (laag risico) is de combinatie azitromycine en cefuroxim axetil voldoende effectief, al is cefuroxim axetil farmacokinetisch niet het eerste keus middel.
- Risicofactor(en) voor *N. gon.* infectie **aanwezig**:
azitromycine 1 gram per os + ceftriaxon 500 mg i.m. (oraal alternatief voor ceftriaxon: cefixim 400 mg per os, dat beter farmacokinetisch profiel heeft dan cefuroxim axetil, maar in N'land niet verkrijgbaar is, behalve op sommige SOA-poliklinieken).

NB Risicofactoren N. gon. infectie:

- Contact van bewezen gonorrhoe-pat.
- Exsudaat urethraal, zeker als sneldiagnostiek d.m.v. Gram-preparaat (methyleenblauw-preparaat) pos.
- Contact met persoon uit hoog-risicogroep (sex-industrie)
- MSM

26a. Condylomata acuminata

Definitie: afwijkingen in de anogenitale regio, veroorzaakt door infectie met HPV (venerische wratten).

Prevalentie/epidemiologie: 80% bij de seksueel meest actieve groep: de 17- tot 33-jarigen; de incidentie is moeilijk te schatten. De kans om ooit een anogenitale HPV-infectie te krijgen ligt mogelijk boven de 50%, maar slechts een deel de besmette personen krijgt klinisch zichtbare afwijkingen. Subklinische infecties en subklinisch dragerschap zijn dus mogelijk.

Klinisch beeld: papilloom. Variant: vlak condyloom (vaak alleen aantoonbaar met azijnzuurtest/colposcopie + PA-onderzoek). Hierbij wordt relatief frequent intra-epitheliale neoplasie aangetroffen.

Transmissie: de incubatietijd is gem. 3 mnd, kan variëren van 1-8 mnd; meestal wordt de infectie overgebracht door seksueel contact, maar niet-seksuele overdracht is mogelijk (handdoek, washandje of door auto-inoculatie). Condylomen ontstaan bij 60% van de partners van patiënten, waarbij de kans op transmissie het grootst is in de eerste 3-4 maanden na het ontstaan.

Klinisch beeld, 3 verschillende soorten laesies:

- 1. Het spitse non-hyperkeratotische type of het klassieke condyloma acuminatum, gewoonlijk multipel optredend, vooral op de slijmvliezen;*
- 2. Het hyperkeratotische verruca vulgaris type of klein-papuleuse type, op de droge aangrenzende huid van de regio anogenitalis;*
- 3. Het al dan niet zichtbare vlakke condyloom, dat histologisch vaak intra-epitheliale neoplasie laat zien. Deze vorm heeft een voorkeur voor cervix en penismucosa, maar komt ook peri-vulvair en peri-anaal voor, waarbij rood-bruine tot bruin-zwarte papels worden gezien (Bowenoïde papulose).*

Therapie: door patient (podophyllotoxine, imiquimod) of arts (cryotherapie, electrocoagulatie, excisie)

Behandelingsopties:

Door patient:

- Podofyllotoxine (Wartec® crème of Condyline® lotion), 2 dd gedurende 3 opeenvolgende dagen/wk
- Imiquimod (Aldara®) crème 5% (niet vergoed, circa €7,-/sachet); 3x/wk 1dd (ma/wo/vrij)

Door arts:

- Cryotherapie (met metalen pincet na doop in N2; bij elke pat. ander voorraadje N2 in kunststofbekertje - geen plastic - gebruiken i.v.m. preventie transmissie).
- Electrocoagulatie (cave besmetting arts: mondlap gebruiken).

Noot: bij HIV-geïnfecteerden met slechte immunusstatus kan "spontane" remissie optreden na instellen van HAART.

Algemeen: expectatief beleid is een optie (klinische spontane genezing is mogelijk). Bij grote condylomen kan debulking-excisie overwogen worden.

Informatie: www.soa.nl/professionals/richtlijnen/NVDV

26b. Herpes genitalis

Zie 6: HSV infecties (6a: herpes labialis; 6b: genitalis)

27. Scabies

Definitie/aetiologie: infestatie met Sarcoptes scabiei (humane schurftmijt).

Incubatietijd: 2-6 weken; bij herbesmetting al na 1-4 dagen klachten mogelijk.

Transmissierisico: a) hoog contactrisico: personen met langdurig of frequent huidcontact (o.a. via de handen); b) laag contactrisico: personen met weinig frequent of indirect contact met een patiënt (bijv. beddegoed).

Klinisch beeld: beeld van prurigo parasitaria (zie 16); variant: boomschors-achtige grijze hyperkeratose (scabies norvegica).

Diagnose: KOH-preparaat skin-snip/schraapsel (direct preparaat).

Indicaties voor therapie: a) positief direct preparaat of klinische verdenking (index casus en contactpersonen mét klachten); b) preventieve medebehandeling op epidemiologische gronden (contactpersonen zonder klachten).

Therapie: lokaal linaan FNA of permitrine.

Hygiënische maatregelen: wasbare kleren/beddegoed verschonen, niet-wasbare kleren e.d. min. 72 uur in vuilniszak (waarna mijten dood zijn of niet meer in staat zijn in te graven).

Diagnose:

- KOH-preparaat van skin-snip (bij voorkeur van einde gangetje) of schraapsel

Therapie/beleid:

Therapie volwassenen en kinderen (en contactpersonen) vanaf 3 jaar:

- 1e keus: linaansmeersel 1% FNA (éénmalig gedurende 8-12 uur, d.w.z. 1 nacht).
- 2e keus: permitrine 5% crème (Loxazol crème®; éénmalig gedurende 8-12 uur, d.w.z. 1 nacht).*

Noot: noodzakelijke hoeveelheid voor insmeren volwassene: linaansmeersel FNA 60-100 ml, permitrine (Loxazol®)crème 30-60 gram; voor kind: permitrine (Loxazol®)crème 4-30 gram (kind 2 mnd - 1 jr: 1/8 tube à 30 gram; kind 1-5 jr: 1/4 tube à 30 gram); linaansmeersel FNA 30-60 ml.

Therapie kinderen (en contactpersonen) jonger dan 3 jaar:

- 1e keus: permitrine 5% crème (Loxazol crème®; éénmalig gedurende 8-12 uur, d.w.z. 1 nacht).*
- 2e keus: linaansmeersel 1% FNA (éénmalig gedurende 8-12 uur, d.w.z. 1 nacht)
- 3e keus: benzylbenzooaatsmeersel FNA gedurende 24 uur (na initiële behandeling min. 2 x herhalen, elke 24 uur, dus dag 1-3)

* Peritrine 5% crème (Loxazol crème®) is duurder dan linaansmeersel 1% FNA en is in 1997 uitgesloten van vergoeding.

Aantal malen insmeren: Linaan en permitrine doden mijten en eieren. Bij zorgvuldig insmeren is dus éénmalige behandeling voldoende (NB mondelinge plus schriftelijke instructie). Bestaat er twijfel of er door patiënt zo zorgvuldig gesmeerd zal worden, dat geen enkel stukje huid behalve het hoofd onbehandeld blijft, dan kan men een tweede "zekerheidsbehandeling" adviseren.

Tijdstip 2^e behandeling: op epidemiologische gronden snel na de eerste behandeling (bijv. 's avonds de eerste keer, de volgende ochtend de tweede keer). Anderen adviseren om praktische redenen (gezinssituatie: 1x/wk bedden verschonen) de tweede behandeling één week na de eerste uit te laten voeren. Maximaal aantal behandelingen: twee.

Hygiënische maatregelen:

Ontsmetten van mogelijk besmet materiaal (lakens, dekens, dekbedovertrek, kussensloop, pyama, ondergoed, kousen/sokken, overhemd/blouse, trui, broek, jurk, sjaal, badjas, trainingspak, colbert, overjas, slossen/schoenen, handschoenen, etc., gedragen/gebruikt in de 48 uur voorafgaand aan de behandeling):

- a) wasbare kleding/beddengoed wassen bij 60°C (mijten dood bij temperatuur >50°C);
- b) niet-wasbare kleding: in gesloten plastic (vuilnis)zak bij kamertemperatuur (18-20°C) gedurende ≥48-72 uur. Noot: daarna mijten dood of zo verzwakt door gebrek aan voeding (inhoud huidcellen), dat ze zich niet meer kunnen ingraven in de huid.

Epidemiologisch beleid:

- Behandelen symptotomatische contactpersonen (één of twee keer; zie “Aantal malen insmeren”)
- Behandelen asymptomatische contact-persoon/personen (éénmalig).

Preventie recidief: zalf/hygiëne-instructie door sociaal-verpleegkundige van de GGD, met/zonder gesuperviseerd insmeren.

Epidemie in inrichting/instituut: beleid i.s.m. GGD (systemische therapie met permetrine per os overwegen; kosten: inrichting/instituut).

Informatie:

[www.soa.nl/professionals/richtlijnen/NVDV/SOA Richtlijn1997](http://www.soa.nl/professionals/richtlijnen/NVDV/SOA_Richtlijn1997) en update 2007 (NVDV Richtlijn scabies)

www.infectieziekten.info (LCI protocol scabies)

28a. Syfilis/lues

Definitie: Infectie met Treponema pallidum

Informatiebron: www.soa aids.nl; klik professionals/richtlijnen/NVDV SOA Richtlijn; klik idem Richtlijnen Internationaal: Europese SOA Richtlijn (IUSTI/WHO) Syfilis

Diagnose:

- Klinisch beeld (ulcus, exantheem o.a. palmoplantair, lymfadenopathie)
- Serologie: a) primaire screenings test: TPPA; b) bevestigingstest: FTA-abs test of EIA; c) monitoren activiteit: VDRL test

Therapie vroege syfilis (lues I en II en lues latens recens, d.w.z. <1 jaar geleden geacquireerd):

- Penidural 2.4 ME i.m. (2 x 1.2 ME) op dag 1 (injectie minder pijnlijk, indien 1.2 ME opgelost wordt in circa 2 cc fys. zout en circa 2 cc lidocaine 20 mg/ml zonder adrenaline; poeder in tempo oplossen, opzuigen en direct inspuiten, en grote naald - 23G, 1.2 mm dsn - gebruiken, anders klontering).

NB Indien syfilis bewezen: HIV-test geïndiceerd

Controle: 4 weken (reactie klinisch beeld, checken epidemiologisch beleid), 3 en 6 mnd na therapie serologische controle VDRL titer (criterium pos. respons: titer daling met min. 2 stappen).

Epidemiologisch en preventief beleid: via SOA-verpleegkundige van GGD (bespreken van contact-tracing en vermijden risicogedrag)

28b. HIV-test

HIV-test beleid: zie multidisciplinaire CBO SOA Consensus 2002 en LCI protocol HIV (nov. 2005): www.soa aids.nl; klik professionals/richtlijnen

Indicaties HIV-test (CBO 2002):

- Zwangeren in grote steden en risico-zwangeren elders
- Bezoekers SOA-poliklinieken (met name als SOA is geconstateerd)
- Risicogroepen

Definitie risicogroepen (LCI protocol nov. 2005):

- MSM
- Personen met wisselende onbeschermde heteroseksuele contacten
- I.v. drukgebruikers & partner(s)
- Personen uit HIV-endemisch gebied
- Kinderen van HIV-pos. moeders
- Ontvangers van ongecontroleerde bloedtransfusie producten

Test interpretatie: als 3 mnd na laatste risicocontact geen a.l., dan kans infectie erg klein.

NB Thans HIV-a.l./Ag test (i.p.v. alleen a.l.), waardoor kans fout neg. test kleiner.

Voorwaarde bij aanvragen test:

- Informed consent van pat. (formulier invullen, mede t.a.v. het vernemen uitslag); formulier bij GGD verkrijgbaar

Beleid bij positieve test:

- Pat. wijzen op website informatie (www.soa aids.nl) en landelijk net HIV-huisartsen
- Pat. tel. consult GGD SOA verpleegkundige adviseren i.v.m. voorlichting
- Verwijzing naar polikliniek infectieziekten van afd. interne UMCG (of ander ziekenhuis met HIV polikliniek)

K. Flebologie & Cutane oncologie

29a. Ulcus cruris

Definitie: defect van de huid met geen of geringe genezingstendens.

Prevalentie: ulcus cruris is niet zeldzaam; de incidentie stijgt met de leeftijd.

Aetiologie: a) 70-80% ulcera t.g.v. chronische veneuze insufficiëntie (CVI), veelal postthrombotisch (na DVT), minder vaak bij CVI door varicositas zonder postthrombotisch syndroom; b) arteriolaire insufficiëntie (bij diabetes mellitus en/of hypertensie); c) arteriële insufficiëntie; d) zeldzamere aandoeningen (circa 5%). Noot: combinatie van veneuse en arteriële insufficiëntie (mixed ulcerus) komt bij ouderen vaak voor; moeilijke gevallen: vaak complexe aetiologie.

Diagnostiek: dermatologisch onderzoek, flebologisch onderzoek (Doppler/Duplex), alg. onderzoek (hypertensie, diabetes, nierfunctie, voedingsdeficiëntie, etc.), eventueel bacteriologisch onderzoek of consult vaatchirurg etc.

Therapie veneus ulcus (eventueel mixed ulcerus): wondverzorging + ambulante compressie therapie.

Preventie: elastische kous.

Therapie/beleid:

Wondverzorging (wondindeling volgens zwart/geel/rood schema):

- Zwart: verwijderen eventuele necrose
- Geel: bacterie-groei bestrijden, granulatie bevorderen, wondranden beschermen met zinkolie FNA
- Rood: drooghouden van wond met verbandmiddelen
- Eventueel huidtransplantatie

Informatie t.a.v. wondverzorgingsmiddelen: NTvG 2006;

Compressietherapie:

- Niet-elastisch, 1-2 x/wk, afhankelijk van hoeveelheid oedeem en exsudaat ulcus
Noot: combineren met actieve voet-afwikkeling: kuitspierpomp gebruiken.

Preventie:

- Elastische kous

Informatie:

- www.cbo.nl (NVDV Richtlijn Ulcus Cruris Venosum)
- Ned Tijdschr Geneesk 2006; 150: 1165-72. Ubbink D et al. Lokale wond-zorg: evidence-based behandelingen en verbandmiddelen.

29b. Varices

Definitie: varices zijn abnormaal verwijde, soms slingerend verlopende venen. Te onderscheiden zijn:

- a) primaire varicositas (primaire zwakte van de venenwand met dysfunctionele kleppen), waarbij operatieve behandeling een optie is;*
- b) secundaire varicositas (post-DVT, d.w.z. postthrombotisch, kleppen verdwenen), waarbij operatieve behandeling in het algemeen gecontraïndiceerd is.*

Variant: reticulaire en Besenreiser (takkenbos) varices, vnml. van cosmetisch belang.

Klinisch beeld: stamvarices en zijtakvarices, in respectievelijk V. saphena magna of V. saphena parva en de zijtakken daarvan; Besenreiser.

Indicatie therapie: cosmetische klachten, maar ook duidelijke medische redenen, namelijk huidafwijkingen (hyperpigmentatie, atrofie blanche, etc.) en functionele klachten t.g.v. chronische veneuze insufficiëntie (CVI) en uiteindelijk het ontstaan van een ulcus cruris.

Behandelmogelijkheden:

- *conservatieve behandeling (niet elastisch compressieverband, elastische steunkous)*
- *chirurgische en/of scleroseringstherapie, na flebologisch onderzoek (Doppler, Duplex) door dermatoloog en/of vaatchirurg.*

Preventie: niet mogelijk (nieuwvorming van primaire varices blijft mogelijk).

Beleidsadvies:

- Verwijzing naar dermatoloog/fleboloog voor analyse en opstellen therapieplan, al of niet i.s.m. vaatchirurg

29c. Hemorrhoiden

Definitie: Hemorrhoiden zijn een vergroting van de plexus rectalis cranialis = superior

*Onderscheid: 1^e graad: alleen met proctoscoop zichtbaar
2^e graad: prolabereren, reponeren spontaan
3^e graad: prolabereren, manueel reponibel
4^e graad: prolabereren, niet reponibel (strangulatie)*

Klinisch beeld: d.m.v. proctoscopie te visualiseren

Indicatie therapie: bloedverlies per anum, prolaps, incontinentia alvi

Behandelmogelijkheden:

- *Barronlogatie (zuigligatuur)*
- *Sclerosering*
- *Chirurgie (PPH procedure)*

Beleidsadvies:

- Verwijzing naar dermatoloog/proctoloog voor analyse en opstellen therapieplan, al of niet i.s.m. proctologisch chirurg

30a. Basocellulair carcinoom (BCC)

Definitie: tumor uitgaand van de basale cellen van de epidermis; zeer zelden metastaserend, maar progressieve infiltratieve groei in de omgeving kan leiden tot forse destructie.

Epidemiologie: de meest voorkomende maligne huidtumor (circa 80% van cutane maligniteiten); geschat wordt dat er thans per jaar circa 25.000 nieuwe patiënten met huidkanker (BCC, SCC en melanoom) zijn en dat dat in 2020 circa 40.000/jaar zal zijn.

Risicofactoren: a) overmatige zonlichtexpositie; b) huidtype I-II (type I: na zonlichtexpositie alleen rood; type II: pas bruin na langdurige rode fase); c) immuunsuppressie (transplantatie pat.). Soms BCC op niet aan zonlicht blootgesteld gebied. NB Bij Basaalcel Naevus Syndroom (dominant erfelijk) sterk verhoogd risico op multipele BCC's, vaak al op jonge leeftijd.

Klinische effect van overmatige zonlichtexpositie bij zonlichtgevoelige huid: actinische schade, d.w.z. erythrosis interfollicularis, teleangiectasiën, hyper/hypo-pigmentatie, elastine-degeneratie ("peau citroen"), actinische keratosen, tenslotte BCC en SCC. De ernst van de actinische schade is geassocieerd met het risico op het ontstaan van BCC en SCC.

Klinische uitingsvormen:

- *Nodulair BCC: een 0,5-2 cm grote huidkleurige tumor met een glanzend parelmoerachtig randje, waarop fijne teleangiectasiën, vaak centraal ulceratie. Variant: gepigmenteerde nodulair BCC. DD dermale naevus naevocellularis kan moeilijk zijn (BCC groeit).*
- *Ulcus rodens: nodulus, waarin ulceratie overheerst. Vooral voorkomend in gelaat, neushoek en mediale ooghoek, waardoor behandeling lastig is.*
- *Cicatriserend of scleroserend basaalcelcarcinoom: sprieterige/infiltratieve groei met vorming van sclerotisch, littekenachtig stroma, waardoor de tumor vast aanvoelt en een witgele kleur vertoont (klinisch moeilijk te herkennen als BCC).*
- *Superficieel basocellulair carcinoom (synoniem: romphuidcarcinoom): zeer oppervlakkig groeiend; kan lijken op psoriasis of M. Bowen (rood-schilferend), maar er is een geïnfiltreerde rand.*

Risicofactoren voor ongunstige beloop:

- *Klinisch: lokatie in T-gebied gelaat (neus/wang-plooi, periculair) en retro-auriculair;*
- *Histologisch: sprieterige groei (i.p.v. soliede nodulair), waarbij doorgroei in de klinisch normale huid tot ver van de oorspronkelijk lesie kan optreden.*

Diagnostiek: PA-onderzoek van ponsbiopt (incisiebiopt)

Therapie opties: chirurgie (excisie, cryochirurgie), radiotherapie, photodynamische therapie.

Controle: volgens protocol; cave nieuwe lesies bij personen met forse actinische schade.

Preventie: adviezen volgen t.a.v. vermijden overmatige zonlicht expositie (KWF en NVDV pat. informatie folders).

Therapie opties:

- Excisie
- Photodynamische therapie
- Radiotherapie
- Cryochirurgie

Speciale optie: Moh's micrografische chirurgie, d.w.z. excisie met directe histologische controle durante operatione, totdat BCC radicaal verwijderd is. Indicatie: sprieterige groei in risicogebied. Organisatie: is mogelijk op aantal lokaties in N^oland, o.a. op afd. dermatologie UMCG.

Controle:

- Volgens protocol (van IKN of NVDV Richtlijn BCC; zie www.cbo.nl voor NVDV Richtlijn)
Noot: duur controle mede bepaald door hoeveelheid actinische schade (weinig schade: controle eerder dan 5 jaar na therapie BCC staken, bijv. i.o.m. pat. na 2 jaar; individualiserend beleid).

Preventie:

- Vermijden overmatige zonlicht expositie (zie KWF en NVDV pat. informatie folders)

30b. Spinozellair carcinoom (SCC), synoniem: plaveiselcel carcinoom (PCC)

Definitie: tumor uitgaand van epitheliale cellen met morfologie van stratum spinosum.

Epidemiologie: Circa 10% van de personen met huidkanker (BCC, SCC en melanoom) heeft SCC; ontstaat vanuit actinische keratose of de novo, meestal op aan zonlicht blootgestelde huid of t.p.v. oud radiotherapie gebied.

Metastaseringsrisico: klein, omdat een cutaan SCC meestal in een vroeg stadium ontdekt wordt. Bij SCC van lip en oor of bij SCC ontstaan in brandwond/röntgen-litteken is de kans op metastasering groter.

Risicofactoren:

- Overmatige zonlicht expositie (ook: overmatige hoeveelheid PUVA-therapie)
- Zonlicht gevoelig huidtype (huidtype I en II)
- Immunosuppressie (status na orgaantransplantatie; hierbij treden vaak multipale plaveiselcelcarcinomen op en spelen oncogene HPV virus typen en UV-licht een grote rol)
- Schade door andere fysische factoren: röntgenstralen, brandwond

Bijzondere vormen

- Het lipcarcinoom, in 90% van de gevallen gelokaliseerd op de onderlip
- Het sub- en peri-unguaal en voetzool carcinoom, vaak verrukeus
- Het peniscarcinoom (start als Peniele Intraepitheliale Neoplasie (PIN); synoniem: erythroplasie van Queyrat; reageert niet op lokaal steroid zoals balanitis plasmocellularis)

Klinisch beeld: nodulus/tumor, vaak met hyperkeratose/papillomatose, maar kan zich ook voordoen als een necrotisch ulcus.

Diagnose: PA-onderzoek van ponsbiopsie (incisiebiopsie)

Therapie opties: excisie, radiotherapie.

Controle: controle is noodzakelijk, ook van de regionale lymfklierstations.

Preventie: adviezen volgen t.a.v. vermijden overmatige zonlicht expositie (KWF en NVDV pat. informatie folders).

Therapie opties:

- Excisie
- Radiotherapie

Controle:

- Volgens protocol (van IKN), tot 5 jaar na therapie voor laatste SCC.

Preventie:

- Vermijden overmatige zonlicht expositie (zie KWF en NVDV pat. informatie folders)
Noot: frequentie/duur controle mede bepaald door hoeveelheid actinische schade.

30c. Melanoom

Definitie: tumor uitgaand van melanocyten/naevocellulaire cellen, meestal in dermo-epidermale junction gebied; zelden ontstaat een melanoom dermaal, op de slijmvliezen, in het oog of t.p.v. de meningen.

Precursor lesies: dysplastische naevus, congenitale naevus naevocellularis.

Epidemiologie: op alle leeftijden, met piek tussen 40 en 50 jaar; ze kunnen overal ontstaan, ook op niet aan de zon blootgestelde delen van de huid. Sinds enkele decennia is er een sterke toename van het aantal gevallen, met elke tien jaar een verdubbeling van de incidentie; thans > 2100 gevallen/jaar, waarmee het nog steeds een relatief zeldzame tumor is; toch zal bij 1 op de 100 jonge Nederlanders een melanoom ontstaan. De oorzaak van de toename wordt vooral gezocht in het veranderde zonnebad-gedrag. De toename treedt trouwens alleen op bij het blanke ras, bij negers komt melanoom nauwelijks voor.

Familiair/erfelijk melanoom: bij 5-8% van de pat. met melanoom is het melanoom familiair (meestal in kader van het dysplastisch naevus syndroom (DNS), soms zonder dat er sprake is van DNS); de patiënt is dan vaak jonger (20-40 jaar); bij familiair melanoom >1 melanoom bij circa 30% pat.. Relevante DNA mutatie aantoonbaar bij 30->90% pat. met erfelijk melanoom (kans neemt toe met toename aantal families met melanoom)

Risicofactoren melanoom:

1. Anamnese:

- *pos. familieanamnese op melanoom bij ≥ 2 familieleden (inclusief pat. zelf); hoge relative risk*
- *zonlicht-gevoelig huidtype (huidtype I/II); lage relative risk (RR)*
- *blaren door zonlichtverbranding op leeftijd < 14 jaar; lage RR*

2. Dermatologisch onderzoek:

- *>3-5 klinisch atypische naevi naevocellulares (dysplastische naevi); matige RR*
- *>60 naevi naevocellulares; lage RR*

Klinisch beeld, belangrijkste kenmerken: irregulaire pigmentatie en begrenzing

Dermatoscopie: kan helpen te differentiëren van verruca seborrhoeica, Spitz naevus, granuloma teleangiectaticum en angioom, maar is relatief onbetrouwbaar bij de klinische differentiatie tussen benigne en maligne naevus naevocellularis.

Diagnose (door o.a. huisarts en dermatoloog): diagnostisch excisie biopt (marge: 2 mm); NB Patholoog acht optimaal materiaal (excisiebiopt, geen incisiebiopt) noodzakelijk voor betrouwbare histologische diagnose en Breslow-diepte meting.

Alternatief bij klinisch lage index of suspition (<10%): fotodocumentatie (digitaal door arts en/of pat.; foto bewaren), revisie na 3 mnd (indien onveranderd: geen diagnostische excisie) NB Bij enige twijfel: collega vragen mee te kijken, revisie afspreken en/of pat. instrueren wanneer alsnog revisie af te spreken

Therapie (oncolgisch chirurg) bij bewezen melanoom: therapeutische excisie, marge afhankelijk van Breslow; overwegen: sentinel node excisie

Controle: volgens protocol Landelijke Werkgroep Melanoom / IKN

Preventieve controle: met name bij leden familie met familiair/erfelijk melanoom (1-2x/jaar)

Diagnose:

- diagnostische excisie (marge 2mm), indien klinisch index of suspition >10%

Noot: als klinisch index of suspicion <10%, digitale foto maken (en bewaren) en revisie na 3 mnd; als onveranderd: geen diagnostische excisie. NB Bij enige twijfel: collega vragen mee te kijken, revisie afspreken en/of pat. instrueren wanneer alsnog revisie af te spreken

Therapie:

- therapeutische re-excisie (door oncologisch chirurg); marges afhankelijk van Breslow diepte meting in materiaal diagnostische excisie. Optie oncol. chir.: sentinel node excisie.

Controle volgens Richtlijn anno 2005 van Landelijke Melanoom Werkgroep:

- Breslow t/m 1.0 mm: éénmalig, daarna alleen zo nodig extra controle
- Breslow >1.0 mm: elke 3-4 maanden controle, na 3 jaar elke 6 maanden, tot 5 jaar na excisie
- Breslow >2 mm: controle continueren tot 10 jaar na excisie (5^e-10^e jaar elk jaar controle)

Indicatie voor screening bij dermatoloog wegens verdenking verhoogd risico op melanoom:

- Pos. familie anamnese op melanoom bij ≥ 2 personen (inclusief pat. zelf): familiair/erfelijk melanoom?
- Relatieve indicatie: pat. zonder melanoom, maar met 1 familielid met melanoom (mede om psychologische redenen); optie: zelfcontrole samen met partner (controle rug) leren gedurende 2-3 jaar waarna staken controle bij dermatoloog, daarna is het aan pat/partner de zelfcontrole te continueren

Addendum: familiair/erfelijk melanoom

Indicatie preventieve controle:

- Bij melanoom pat. uit familie met familiair/erfelijk melanoom: levenslange controle (2x/jaar: in de zomer bij arts; op 3^e Kerstdag door pat. + partner, i.v.m. controle rug), want circa 30% kans op >1 melanoom
- Bij bewezen drager van relevante mutatie van erfelijk melanoom (ca. 80% life-time kans op melanoom): levenslange controle (2x/jaar: in de zomer bij arts; op 3^e Kerstdag door pat. + partner, i.v.m. controle rug)
NB preventieve controle continueren na 1^e melanoom, want ca. 30% kans op >1 melanoom
- Bij non-melanoom pat. uit familie met familiair melanoom: in eerste instantie controle 2x/jaar (in de zomer bij arts; op 3^e Kerstdag door pat., met hulp van partner i.v.m. controle rug); doel: zelfcontrole samen met partner (controle rug) leren gedurende 2-5 jaar waarna staken controle bij dermatoloog, daarna is het aan pat/partner de zelfcontrole te continueren
NB Continueren preventieve controle bij non-melanoma pat. uit familie met familiair/erfelijk melanoom als:
 - a) fenotype Dysplastisch Naevus Syndroom (>5 klinisch atypische Naevi naevocellulares), wat marker is voor familiair/erfelijk melanoom;
 - b) als geen DNS-fenotype klinisch, maar wel verdenking hoog risico (veel familieleden met melanoom en/of pancreascarcinoom) of om emotionele redenenNB Niet elke drager van relevante DNA mutatie heeft klinisch DNS-fenotype. Als dragerschap van relevante DNA mutatie is uitgesloten, is preventieve controle niet geïndiceerd.

Informatie:

www.cbo.nl (Richtlijn anno 2005 van Landelijke Melanoom Werkgroep)

30d. Keratosis actinica

Definitie: premaligne intra-epidermale huidafwijking; zelden progressie tot invasief SCC

Epidemiologie: de meest voorkomende premaligne huidafwijking; ontstaan vooral boven het 50e jaar, maar bij verblijf in de tropen of zeer frequent zonnebaden al eerder. Het type huid speelt daarbij een grote rol: hoe zonlichtgevoeliger de huid, hoe meer kans op afwijkingen.

Klinisch beeld: tot 1 cm grote, schilferende, hyperkeratotische bruin-grijs gekleurde en ruw-rasperig aanvoelende laesies, optredend op aan zonlicht of namaak-zonlicht (zonnebank, hoogte-zon e.d.) blootgestelde delen van het lichaam (o.a. op onderbenen bij vrouwen), meestal op actinisch beschadigde huid met vlekkelijke pigmentaties en teleangiectasiën.

Risico progressie tot invasief SCC: <10% (exacte risico is onbekend, hangt mede af van aantal actinische keratosen en verdere tekenen van actinische schade); lange latentieperiode, begint histologisch met micro-invasie. Overgang in infiltratief groeiend SCC kan blijken uit ontstaan induratie en verdikking met toename hyperkeratose.

Diagnose: meestal op klinische gronden; bij twijfel: PA-onderzoek (uitsluiten invasief SCC).

Therapie: cryotherapie, lokale chemotherapie (5-Fluoro-uracil crème), photodynamische therapie

Controle: afhankelijk van algehele beeld en graad van actinische schade

Therapie opties:

- Cryotherapie
- Efidix® (5-FU) crème (1 dd tot erosie ontstaat, dan staken en genezing afwachten; huid dient daarna glad aan te voelen); kan ook via dagbehandeling van polikliniek dermatologie
- Photodynamische therapie (PDT): bij uitgebreide laesies (via dermatoloog)