

# HEEL DE HUID



MAGAZINE OVER HUID- EN HAARAANDOENINGEN



Leeftijd

# Eucerin®

## OMDAT HUIDVERZORGING BEGINT BIJ ZONBESCHERMING

NIEUW



### VOOR ELKE HUIDBEHOEFTE



PIGMENTVLEKKEN



HUID MET RIMPELS



VETTE OF  
ONZUIVERE HUID



DROGE HUID

# In dit nummer:



- 4 **Voorwoord**
- 5 **Eczeem en alopecia, een hardnekkige combinatie**  
Interview met Suzanne de Vos-Voskamp
- 6 **Een nieuwe richtlijn voor de behandeling van alopecia areata**
- 7 **Kleine huidafwijkingen**  
Marjolein Wintzen
- 8 **Acne, meer dan alleen jeugdpuistjes**
- 10 **Huidverbetering met lasertherapie**  
Ilse van Kelegom
- 12 **Bij het ouder worden, wordt de huid dunner en kwetsbaarder**  
Interview met Hennie Verhoef en Vanya Rossel
- 14 **Ouder worden met ichthyosis**
- 16 **Mag onze huid nog wel ouder worden?**  
Interview met Marieke Verwey en Simone Mulder
- 17 **Richtlijn Paramedische zorg bij kwetsbare ouderen van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten**
- 19 **Erasmus MC ontwikkelt AI-model om risico op huidkanker beter te voorspellen**  
Interview met Marlies Wakkee
- 22 **Veroudering van de huid**  
dr. Kees-Peter de Roos
- 23 **Een intelligent spreekuur?**  
dr. Kees-Peter de Roos
- 24 **Gaan mensen met veelvoorkomende klachten hiermee ook naar de huisarts?**  
dr. Just Eekhof, huisarts
- 25 **Standpunt NVDV over emollientia**
- 26 **Uitnodiging Hackathon Lekker in je vel**
- 27 **LPVN start Platypus Project met NVDV**



**HEELdeHUID**

**Magazine voor huid, haar en hun aandoeningen**

Nummer 3, September 2023. Oplage: 20.000 ex.

© NVDV, Utrecht

ISSN: 2452-3755

**Uitgever** Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie,

Domus Medica, Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht

**Redactieadres** redactie@nvdv.nl

**Hoofdredactie** Jannes van Everdingen (hoofdredacteur)

**Redactie** Jolien van der Geugten, Monique van Bekkum, Ilse van Kelegom, Kees-Peter de Roos

**Eindredactie** Kabos-Van der Vliet Redactie bureau

**Omslag** Tremento

**Abonnementen** redactie@nvdv.nl of 030 2006 800

**Advertentie-acquisitie** redactie@nvdv.nl

**Ontwerp logo** ATTACK · Ontwerpers

**Vormgeving, beeldredactie en traffic** Tremento,

www.tremento.com

**Druk en verzending** Senefelder Misset, Doetinchem

De uitgever en de redactie zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud van de advertenties en voor eventuele claims die daaruit voortkomen. Aan de inhoud van de artikelen kunnen geen rechten worden ontleend.

Voor eventuele overname van artikelen:

neem contact op met het redactiesecretariaat.

HEELdeHUID® is een geregistreerde titel.

HEELdeHUID is een initiatief van de Nederlandse

Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

in samenwerking met Huid Nederland en de Nederlandse

Vereniging van Huidtherapeuten.



**Adresmutatie?**

**Wilt u een adreswijziging/opzegging doorgeven? Informeer de vereniging via welke u dit blad ontvangt. Heeft u een eigen HEELdeHUID-abonnement?**

**Stuur dan een mail naar [secretariaat@nvdv.nl](mailto:secretariaat@nvdv.nl).**

**Wilt u een abonnement op HEELdeHUID?**

**€ 12,50 per jaar of**

**€ 3,50 per los nummer.**

**Stuur dan een e-mail naar:**

**[secretariaat@nvdv.nl](mailto:secretariaat@nvdv.nl) met naam, adres, postcode en woonplaats.**

**U kunt zich ook opgeven via: [www.heeldehuid.com](http://www.heeldehuid.com)**

# Voorwoord

Het thema van dit nummer is leeftijd. We worden bijna allemaal met een zachte, egale en kwetsbare huid geboren, maar met het ouder worden wordt ie stug, en vol vlekken, rimpels en groeven. Enerzijds is er sprake van intrinsieke veroudering, die in het DNA van de cellen is vastgelegd. Anderzijds zijn er tal van uitwendige factoren waardoor de huid versneld verouderd. Vooral de ultraviolette straling in zonlicht is een boosdoener. Iemand die zijn hele leven buiten heeft gewerkt, zoals een boer, stratenmaker of glazenwasser, en dus veel zon op zijn huid heeft gehad, heeft meer tekenen van huidveroudering dan iemand die altijd binnen heeft gezeten. Rond het 30e levensjaar begint de huid zichtbare tekenen van veroudering te vertonen. Tijdens de veroudering daalt de celdeling in de huid, vermindert de collageenaanmaak en worden de elastinevezels stugger van structuur. De dikte van de opperhuid neemt af en het onderhuidse vetweefsel wordt dunner. Het gevolg is dat de huid slapper wordt, gaat rimpelen en de 'stootkussen'-functie afneemt, waardoor een beschadigde huid bij oudere mensen trager geneest. Een daling in talgproductie en vochtgehalte is de reden waarom veel ouderen eerder last hebben van een droge huid.

De meest voorkomende huidveranderingen op oudere leeftijd zijn bruine vlekken, ruwe plekken (actinische keratosen), angiomen (goedaardige vaatgezwelletjes) en huidkanker. De meeste mensen hebben vanaf middelbare leeftijd wel een of meer van die bruinige vlekjes op de onderarmen, op de handruggen of in het gezicht, ook wel 'ouderdomsvlekken', 'levertvlekken' of 'zonnevlekken' genoemd. Als een bruine vlek een beetje wratachtig is, gaat het om een ouderdomswrat (verruca seborrhoica). Kersangiomen zijn meestal niet groter dan 1-3 mm doorsnede. Ze kunnen optreden vanaf de leeftijd van 15-20 jaar. Maar boven de zestig heeft vrijwel iedereen meerdere seniele angiomen. Daarnaast wordt het haar toenemend grijs of verdwijnt het.

In dit nummer van *HEELdeHUID* laten we een aantal leeftijdgebonden huidziekten en hoe daar mee om te gaan.



**Jannes van Everdingen,**  
Hoofdredacteur

# Eczeem en alopecia, een hardnekkige combinatie

**Suzanne de Vos-Voskamp heeft al jaren last van constitutioneel eczeem en alopecia areata. De alopecia was tot voor kort geen groot probleem voor haar, maar vijf jaar geleden verloor zij in korte tijd al haar lichaamsharen, waarvoor zij onlangs met nieuwe medicijnen werd behandeld. En met succes! Haar behandelaar, dermatoloog DirkJan Hijnen, vroeg haar of zij haar verhaal wilde vertellen aan de lezers van HEELdeHUID.**

In 1997, op mijn 25ste, kreeg ik irritatief contacteczeem op m'n duim. Ik werkte toen in de horeca. Binnen de kortste keren zaten m'n handen helemaal onder het eczeem. Later volgden m'n gezicht, m'n hoofd en m'n romp.

Ik moest katoenen handschoentjes dragen vanwege het vocht en zodat ik m'n handen goed in de koelzalf, zonder rozenolie, kon zetten om de kloven enigszins tegen te gaan.

Jeuk en pijn wisselden elkaar af en niets kon ze onderdrukken. In die tijd is ook onze oudste zoon geboren en met *mijn* handen kon ik hem niet in badje doen en zelfs hem aankleden deed pijn. Om nog maar te zwijgen over mezelf aankleden. Knopen en veterschoenen waren lastig. Ook boodschappentassen tillen en het opvouwen van de was vielen niet mee met die zere handen. Ieder jaar kreeg ik een aantal weken achter elkaar lichttherapie, 3x per week, voordat ik naar mijn werk ging. Ik hoopte dat hierdoor mijn eczeem minder zou worden en uiteindelijk zou verdwijnen... Maar helaas gebeurde dat niet.

Daarna ging ik over tot dagbehandeling, waar ik lichttherapie kreeg in combinatie met een oliebad. Ik werd ingesmeerd met teerzalf en ik kreeg een pak aan waardoor het goed kon intrekken. Heel intensief, maar ook dat hielp helaas niet.

Ik smeerde 'emmers' met crèmes, dronk paardenmelk, stopte met zuivel en suiker. Ik ging naar alternatieve geneeskundigen waar ik o.a. acupunctuur kreeg en een speciaal drankje, dat ik zelf moest koken en afgieten... Brrr! Die tijd probeerde ik van alles, maar niets hielp. De enige middelen waar ik al 25 jaar een goed gevoel bij heb gehad, zijn Tavegyl (clemastine, redactie) en betamethasoncrème. Met Tavegyltabletten heb ik minder jeuk en betamethasoncrème maakt het eczeem rustiger, maar dat gebruik ik nooit lang achter elkaar.

In januari 2018 kreeg ik ciclosporine en dat sloeg eindelijk aan! Het eczeem op mijn handen reageerde er goed op; ik kreeg het eindelijk onder controle en het verdween. Maar... vanwege de bijwerkingen moest ik in augustus 2021 de dosis halveren en later ook helemaal stoppen.

Rond deze tijd ontdekte ik, naast mijn eczeem, ook meer kale plekken op mijn hoofd dan voorheen. Dit had ik al sinds mijn puberteit. Die plekken werden nooit groter dan een euro. Mijn vader had het vroeger ook. Normaal groeide het vanzelf weer



2019: Al het haar is verdwenen



2016: Tijdens behandeling met lichttherapie



2022: Teruggroei van eigen haar

dicht en maakte ik mezelf er niet meer druk om. Maar nu was het anders: mijn haar bleef maar uitvallen! Binnen 6 weken was ik helemaal kaal en had ik geen haartje meer op mijn hele lichaam. De diagnose was alopecia totalis.

Binnen een week had ik een haarstuk waarmee ik weer naar buiten durfde en drong het tot me door dat alopecia (bijna) niet te behandelen was. De eerste maanden ging ik er vrij makkelijk mee om en was ik blij met mijn haarstuk waardoor de meesten het niet opmerkten. Ik was heel open en eerlijk en mijn omgeving vertelde ik dat ik alopecia totalis had.

In deze periode heb ik me heel sterk gevoeld, mede door de lieve reacties van mensen om mij heen. Iedereen kon zich er wel een voorstelling van maken hoe het voor me zou moeten zijn en dat verzachtte mijn verdriet.

's Zomers kreeg ik last van eczeem op mijn hoofd door de warmte. Hierdoor kreeg ik veel last van jeuk door mijn haarwerk. Dus thuis droeg ik regelmatig een pet. Kennissen die over de vloer kwamen wisten ervan en ik schaamde me er niet voor. Mijn zonen en mijn man gelukkig ook niet. Zij zeiden altijd tegen me: "Doe dat ding toch af, die marmot".

Omdat mijn eczeem nog steeds niet over was, kwam ik in aanmerking voor een nieuw medicijn dat eraan zou komen. Dr. Hijnen had al gezegd dat er ook alopecia-patiënten waren bij wie het haar na behandeling met dat medicijn weer was gaan groeien. Ik begon met injecties dupilumab, eerst in combinatie met ciclosporine en later met Myfortic (mycofenolzuur, redactie) en methotrexaat, maar dit had geen effect op mijn alopecia.

Augustus 2021 kreeg ik abrocitinib en na 2-3 maanden leek het erop dat ik donshaar kreeg!!! Langzaam ging mijn haar weer groeien. Eerst nog niet egaal, maar uiteindelijk groeide m'n haar langzaam tot een heuse haarbos. On-ge-lofelijk!

Omdat het nog steeds geen goed effect had op mijn eczeem, stapte ik over op tralokinumab en daarna upadacitinib en al die tijd behield ik mijn haar.

Tot op de dag van vandaag heb ik een volle, dikke bos haar, zoals ik voorheen had.

Mijn eczeem is na de ciclosporine nooit meer echt onder controle geweest, maar mijn haar is nu het belangrijkste voor me. **H**

# Een nieuwe richtlijn voor de behandeling van alopecia areata

**Alopecia areata is een ziekte waarbij haarverlies van de schedel, wenkbrauwen, wimpers en soms uitval van al het lichaamshaar ontstaat. Het treft ongeveer 2% van de bevolking op een bepaald moment in hun leven. Tot nu toe waren de mogelijkheden voor behandeling beperkt. Dat is nog steeds het geval, maar met de JAK-remmers (baricitinib en ritlecitinib) waarvan de eerste in 2022 op de markt kwam bestaat de hoop dat deze ziekte in de toekomst beter is te behandelen.**

Alopecia areata is een auto-immuunziekte. Auto-immuun wil zeggen dat het immuunsysteem zich tegen lichaamseigen cellen keert. Met baricitinib was al enige ervaring opgedaan bij andere auto-immuunziekten, zoals reumatoïde artritis en constitutioneel eczeem. De bijwerkingen waren bekend. Dat maakte de Europese registratie voor de behandeling van volwassenen met ernstige alopecia areata in 2022 iets gemakkelijker. Ofschoon het geen onschuldig geneesmiddel is (zo is er bijvoorbeeld op lange termijn een verhoogde kans op (huid)kanker), is dit een grote stap vooruit voor mensen met alopecia areata. Bij een substantieel deel van hen, circa een derde, keert de haargroei bijna volledig terug. In 2024 kwam de NVDV-richtlijn Alopecia areata uit. Naar aanleiding daarvan interviewen we de voorzitter, Petra Dikrama, en de secretaris, Carin Smit, van de werkgroep die de richtlijn opstelden.

*Wat heeft de dermatoloog een patiënt met alopecia areata te bieden?*

**Dikrama:** “De dermatoloog heeft een belangrijke rol in de diagnosestelling, voorlichting en eventuele behandeling voor mensen met alopecia areata. Zo kan de dermatoloog informatie geven over het type alopecia areata en het ziektebeloop, aanvullend onderzoek inzetten en de verschillende behandelopties bespreken. Er zijn zowel niet-medicamenteuze behandelingen beschikbaar, zoals vormen van camouflage en psychologische begeleiding, als medicamenteuze behandelingen. Bij deze laatste optie bespreekt de dermatoloog de verschillende mogelijkheden, maar ook het mogelijk onvoorspelbare beloop tijdens en na deze behandelingen.”

**Smit** vult aan: “Daarnaast kan de dermatoloog, indien van toepassing, de patiënt verwijzen in de volgende gevallen: bij een vermoeden van een andere auto-immuunaandoening (internist/kinderarts), bij psychologische problematiek (POH GGZ/psycholoog), voor een second opinion (tertiair behandelcentrum), voor aanvullende niet-medicamenteuze behandeling (huidtherapeut), bij wens voor een haarstuk (gespecialiseerd haarwerker) en bij wens voor lotgenotencontact (patiëntenvereniging). De dermatoloog vervult daarmee een belangrijke rol in de organisatie van zorg rondom een patiënt met alopecia areata.”

*Omdat het een auto-immuunziekte is wordt vaak schildklieronderzoek verricht. Is dat altijd nodig? Of kun je vaak ook volstaan met een goede anamnese?*

**Dikrama:** “De behandelaar zal in het gesprek met de patiënt verschillende vragen stellen en lichamelijk onderzoek verrichten om vervolgens te beslissen of het inzetten van aanvullend onderzoek naar schildklierziekten zinvol is. Het standaard uitvoeren van onderzoek naar schildklierziekten bij patiënten zonder aanwijzingen hiervoor wordt niet zinvol geacht.”

*Maakt het uit om welk subtype het gaat (pleksgewijze type, ophiasis-type, incognita-type, alopecia totalis of universalis)?*

**Smit** neemt het woord: “Bij deze indeling kunnen varianten met een mogelijk slechter ziektebeloop, zoals het ophiasis-type (waarbij de haren achter op het hoofd uitvallen), alopecia totalis (haarverlies op hele hoofdhuid en gezicht) en alopecia universalis (volledig haarverlies over het hele lichaam), duidelijk worden afgebakend. Het probleem van deze classificatie is het verschil in uitgebreidheid van haarverlies waarmee patiënten zich melden. Zo kunnen patiënten moeilijk te classificeren zijn als zij een groot deel van het hoofdhaar kwijt zijn, maar nog niet als alopecia totalis te classificeren zijn. Deze patiënten hebben namelijk wel degelijk meer kans op een slechter ziektebeloop dan patiënten die slechts enkele kale plekken hebben. Zowel het vaststellen van de mate van het haarverlies als het subtype is daarom van belang om patiënten de juiste voorlichting en behandeling te bieden.” **Dikrama** voegt toe: “Daarnaast zijn er ook andere factoren die de kans op een slechter ziektebeloop vergroten, zoals putjesnagels of andere nagelafwijkingen passend bij alopecia areata, jonge leeftijd waarop de alopecia areata is ontstaan, of het hebben van andere auto-immuunziekten waaronder eczeem.”

*Is er in jullie ogen sprake van onderbehandeling?*

**Smit:** “Dit is niet met zekerheid te stellen, maar mogelijk is er wel sprake van onderbehandeling bij een deel van de patiënten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er tot een aantal maanden geleden nog geen dermatologische richtlijn over alopecia areata beschikbaar was. Daarnaast geeft de huisartsenrichtlijn (de NHG-Behandelrichtlijn Alopecia) terughoudende adviezen over het behandelen van alopecia areata. Hierdoor krijgt mogelijk een deel van de patiënten niet de juiste informatie over beschikbare behandelingen en volgt er geen verwijzing naar de dermatoloog. Dit werkt ook door in de beschikbare patiëntinformatie via Thuisarts. Daar staat onder andere ‘Er is geen behandeling die goed helpt tegen alopecia areata’. We hebben daarom afgesproken om samen met het NHG de Thuisarts-informatie aan te passen. Met de nieuwe dermatologische richtlijn en passende patiëntinformatie hopen we onderbehandeling zoveel mogelijk te kunnen voorkomen.”



Carin Smit



Petra Dikrama

**Dikrama** wil daar toch een kanttekening bij plaatsen: “Medisch gezien is het niet strikt noodzakelijk om alopecia areata te behandelen, maar het kan wel een heel vervelende aandoening zijn omdat het natuurlijk zichtbaar is, zeker ook omdat haren een functie hebben, zoals neusharen om zwevende deeltjes uit de lucht te filteren en wenkbrauwen om het zweet tegen te houden. Het “hoofddoel” is dat de patiënt lekker in diens vel zit. Dit kan met of zonder medicijnen het geval zijn.”

*Wanneer komt iemand in aanmerking voor behandeling met een JAK-remmer?*

**Smit:** “Iemand met alopecia areata komt in aanmerking voor de behandeling met een JAK-remmer (baricitinib of ritlecitinib) wanneer er sprake is van ernstige alopecia areata (minimaal 50% haarverlies van de hoofdhuid), de huidige episode van alopecia areata korter is dan 8 jaar en de hergroei van haar onvoldoende is, ondanks de inzet van lokale middelen en minstens één systemisch geneesmiddel (zoals ciclosporine, methotrexaat of prednison) in een afdoende dosering voor een passende behandelduur. De dermatoloog schrijft deze behandelingen voor en volgt het beloop van de behandeling. Tijdens de behandeling wordt gelet op mogelijke bijwerkingen en wordt de invloed van het medicijn op de hergroei van haar beoordeeld.”

*Is een vergoedingsstatus voor JAK-remmers op korte termijn te verwachten?*

**Smit:** “Recent is er door het Zorginstituut wel een positief advies naar buiten gebracht over de vergoeding van baricitinib. Dit advies is gestuurd naar de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De minister neemt de uiteindelijke beslissing om het medicijn wel of niet te vergoeden uit het basispakket van de zorgverzekering. Het advies over de vergoeding van ritlecitinib wordt verwacht in oktober van dit jaar. Wij weten nog niet of deze medicijnen uiteindelijk vergoed zullen worden vanuit het basispakket, maar wij hopen dat voor de patiënten met ernstige alopecia areata natuurlijk wel.” **H**

# Kleine huidafwijkingen



*Bijchrift voor foto*

Het syndroom of de ziekte van Favre-Racouchot komt vooral voor bij witte mannen boven 60 jaar, die jarenlang aan zonlicht zijn blootgesteld en vaak ook rookten. Hierdoor ontstaan vooral op de wangen, neus en rond de ogen gebieden van een wat gele huid (solaire elastose: verbindweefseling door de zon) met grove rimpels en zwarte mee-eters (comedonen). De comedonen kunnen worden behandeld met vitamine A-zuurcrème of door een huidtherapeute. De huidstructuur kan verbeterd worden door o.a. CO<sub>2</sub>-laser of dermabrasie. Daarnaast is zonbescherming nodig en stoppen met roken.



*Bijchrift voor foto*

Ouderdomswratten (verruca seborrhoica) of hoornwratten, zijn goedaardige afwijkingen die in aantal toenemen met de leeftijd. Het zijn wrachtige bultjes of plakaten, waarvan de kleur varieert van huidkleurig, geel-, licht- of donkerbruin tot zwart. Het oppervlak is meestal bobbelig (bloemkoolachtig) en kan er wat vettig uitzien. Sommige mensen hebben er maar enkele, anderen vele tientallen. Behandeling is niet nodig, maar wordt soms gedaan als de plekken klachten geven van jeuk of bloeden, of om cosmetische redenen. Dat kan o.a. door bevriezen of wegkrabben (curettage). **H**

# Acne, meer dan alleen jeugdpuistjes

**Acne of acne vulgaris is één van de meest voorkomende huidaandoeningen bij kinderen en jongvolwassenen. Zo'n 7 op de 10 jongeren van 16 jaar hebben in meer of mindere mate acne.**

Meestal begint acne in de puberteit doordat onder hormonale invloeden de talgproductie van de talgklieren in het gelaat, op rug en borst toeneemt en in samenstelling verandert. Hierdoor hoopt de talg zich op in het haarzakje waar de talgklier in uitmondt. Er ontstaat een mee-eter oftewel comedo. Deze ophoping van talg, in combinatie met chemische veranderingen die de talg onder invloed van bacteriën ondergaat, zorgt ervoor dat op een gegeven moment het haarzakje scheurt en de talg en bacteriën in de huid terecht komen. Dit lokt een ontstekingsreactie met pusproductie uit, waarbij pus wordt geproduceerd. Dit leidt tot de vorming van puistjes.

Hoewel acne het meest voorkomt op de middelbareschoolleeftijd, kan deze ook al voorkomen bij kinderen onder de 12 jaar en kan soms ook op volwassen leeftijd blijven bestaan. Een enkele keer treedt de acne voor het eerst pas op volwassen leeftijd op. Waarom de ene persoon te maken krijgt met forse acne terwijl de andere niet of nauwelijks puistjes krijgt, heeft waarschijnlijk voor een groot deel te maken met aanleg.

Daarnaast kunnen in sommige gevallen factoren van buitenaf een rol spelen. Het gebruik van vette/afsluitende crèmes en zalven in het gelaat kan de poriën verstoppen en kan leiden tot acne of bestaande acne verergeren. Ditzelfde geldt voor het aanbrengen van een dikke laag afsluitende make-up. Het is daarentegen een misverstand dat acne wordt veroorzaakt door een gebrek aan hygiëne. Overmatig wassen en/of zeepgebruik leidt niet tot verbetering van acne en kan zelfs schadelijk zijn voor de huid.

## De rol van voeding

De rol van voeding bij het ontstaan van acne is regelmatig onderwerp van discussie. Als mogelijke verergerende factoren noemt men vaak melkproducten (met name halfvolle melk), chocola, vette producten en producten met een hoge glykemische index (dat wil zeggen koolhydraatrijke producten waarbij de koolhydraten snel in de vorm van glucose in de bloedbaan opgenomen worden). Hoewel de resultaten van enkele studies in die richting wijzen, waarbij een dieet met een lage glykemische index tot verbetering van acne leek te leiden, zijn de uitkomsten van onderzoek hierin niet eenduidig. Ook wordt de kwaliteit van de uitgevoerde studies als onvoldoende beschouwd. Daar



komt bij dat een dergelijk dieet ingewikkeld kan zijn met beperkingen in zeer algemene voedingsmiddelen zoals aardappels, rijst en brood, waardoor een kans op tekorten ontstaat voor een patiëntengroep die vaak nog in de groei is. Ook gaat het hier om een groep mensen bij wie het risico op het ontstaan van een eetstoornis aanwezig is, wanneer op jonge leeftijd al te veel de nadruk op een beperkend dieet komt te liggen.

In Nederlandse en internationale richtlijnen erkent men wel de noodzaak om meer onderzoek te doen naar de rol van voeding bij acne, maar adviseert men om de genoemde redenen tegen het aanhouden van een specifiek dieet. Wel is het advies om een gezond en gebalanceerd dieet aan te houden, bijvoorbeeld volgens de richtlijn Gezonde voeding van de Gezondheidsraad.

Voor het effect op acne van voedingssupplementen, zoals vitamine A, vitamine D, calcium en omega 3, bestaat eveneens onvoldoende wetenschappelijk bewijs. Wel veronderstelt men dat eiwit-supplementen ('shakes'), zoals die in toenemende mate door jonge, vooral mannelijke sportschoolbezoekers worden gebruikt, mogelijk acne kunnen verergeren. Hoewel dit ook niet goed onderbouwd is, wordt in het algemeen geadviseerd om terughoudend met deze producten om te gaan.

In zeldzame gevallen kan bij meisjes en vrouwen een hormonale stoornis ten grondslag liggen aan acne. Dit is het geval bij het polycysteus-ovariumsyndroom. Bij dit syndroom is er een verhoogde aanmaak van mannelijke geslachtshormonen, die behalve tot acne, ook kan leiden tot het onregelmatig optreden of uitblijven van de menstruatie en tot overbeharig. Dit kan reden zijn voor verwijzing naar een gynaecoloog. Ook het gebruik van mannelijke geslachtshormonen voor spieropbouw (bodybuilding) of als prestatiebevorderend middel in de sport kan acne veroorzaken.

Hoewel acne in de meeste gevallen licht is en door veel mensen wordt beschouwd als iets wat bij de puberteit hoort, kan het ernstige vormen aannemen met forse ontstekingen en soms zelfs vorming van abcessen (ook acne conglobata genoemd). Het behoeft geen uitleg dat acne gepaard kan gaan met een hoge psychische lijdensdruk, door gevoelens van schaamte en doordat patiënten te maken kunnen krijgen met pestgedrag of uitsluiting. Verder is het belangrijk om te beseffen dat acne kan leiden tot blijvende ontsierende littekens van de huid.





Comedonen in het gelaat



Papels en pustels op de rug



Pustels in het gelaat



Acnelittekens in het gelaat

### Wat kun je eraan doen?

Voor acne bestaan verschillende behandelingen, die je moet smeren of moet slikken. De keuze voor een bepaalde behandeling hangt af van de ernst van de acne en de wens van de patiënt. Bij lichte vormen van acne kiezen artsen meestal voor behandeling met een retinoïdcrème of -gel (afgeleid van vitamine A), zoals adapaleen of tretinoïne, doorgaans gecombineerd met een lokaal antibioticum, bijvoorbeeld clindamycine. Er bestaan crèmes en gels waar beide in zitten. Deze behandeling werkt niet van het ene op het andere moment en moet daarom langdurig worden toegepast, bij voorkeur minimaal drie maanden. Een nadeel van retinoïden is dat ze de huid droog maken. Vaak kan dit worden opgevangen door een niet te vette dagcrème te smeren.

In ernstigere gevallen of als alleen smeren onvoldoende helpt, kunnen antibiotica in tabletvorm worden voorgeschreven. Vaak kiezen artsen voor het middel doxycycline. Echter, dit mogen kinderen onder de leeftijd van 8, mogelijk zelfs 12 jaar, niet gebruiken. Aan jongere kinderen wordt daarom vaak erytromycine voorgeschreven. Een belangrijke kanttekening is dat antibiotica voor een groot deel worden voorgeschreven vanwege hun ontstekingsremmende effect op de huid en veel minder vanwege het bacteriedodende effect. Dit valt dus niet te vergelijken met een gewone antibioticakuur zoals die bij een bacteriële infectie wordt voorgeschreven. Behandeling van acne met antibiotica moet net als de smeetherapieën langdurig, bij voorkeur minimaal 8-12 weken worden voortgezet voordat die voldoende effect heeft.

Bij de ernstigste vormen van acne of bij acne die niet op andere therapieën reageert, kiest men vaak voor het middel

isotretinoïne. Een voordeel hiervan is dat het in de meeste gevallen goed werkt en ook na het afronden van de behandeling meestal een blijvend effect heeft. Nadelen zijn dat het langdurig gebruikt moet worden, vaak langer dan een half jaar, en dat het in de eerste maanden vaak nog geen effect heeft en soms juist de acne kan verergeren. Isotretinoïne geeft vrijwel altijd bijwerkingen, vooral droge lippen en ogen. Meisjes en vrouwen moeten tijdens het gebruik adequate anticonceptie gebruiken omdat het middel zeer schadelijk is voor het ongeboren kind in de vroege zwangerschapsweken. Tot voor kort was het gangbaar om ook regelmatig bloedonderzoek te verrichten tijdens het gebruik van isotretinoïne, maar dit wordt langzaam steeds meer losgelaten omdat bij jonge gezonde mensen de kans op afwijkingen in het bloed laag lijkt te zijn.

Wat de beschreven behandelingen gemeen hebben, is dat het vaak langere tijd kan duren voordat het effect zichtbaar wordt. Sommige patiënten kunnen daarom gebaat zijn bij behandeling door de huidtherapeut, die verschillende technieken hanteert om ook bestaande puistjes en mee-eters te verwijderen. Zelf puistjes uitknijpen is over het algemeen af te raden, omdat de kans groot is dat je daarmee de pus juist dieper de huid in duwt en er kans op infectie bestaat. Acnelittekens kan men behandelen met laser of met microneedling. Voorwaarde hiervoor is wel dat de onderliggende acne rustig is.

Al met al is acne dus een veelvoorkomend probleem dat voor een patiënt meer kan betekenen dan enkel een paar jeugdpuistjes. In de meeste gevallen is de aandoening echter goed te behandelen door de dermatoloog, huisarts of huidtherapeut en kan tijdige adequate behandeling de kans op blijvende littekens verkleinen. ■

# Huidverbetering met lasertherapie

**Veel mensen gebruiken huidverzorging. Crèmes, lotions en serums worden ingezet om de huid in een goede conditie te houden of om rimpels en huidveroudering tegen te gaan. Maar soms wil iemand meer, dan is een huidverbeterende behandeling met laser een optie.**

Marieke Verweij en Simone Mulder werken als huidtherapeut in een gespecialiseerde huid- en laserkliniek in Utrecht. Zij zien dagelijks mensen die komen met vragen over huidverbeterende behandelingen.

*Zien jullie bepaalde trends bij huidverjonging?*

**Verweij:** “We zien dat mensen zich vooraf al goed hebben ingelezen. Ze gaan zelf op zoek naar informatie over skincare en specifieke ingrediënten. Niacinamide is zo'n ingrediënt waarvan we steeds meer zien dat mensen dit zelf al gebruiken, maar ook tranexaminezuur, vitamine C en vitamine A (retinol) zijn populair.”

**Mulder:** “Daarnaast zien we dat er, door social media, een meer specifieke vraag is naar behandelingen. Bijvoorbeeld dat niet gevraagd wordt naar wat er mogelijk is, maar naar specifiek die behandeling met die bepaalde laser.”

*Welke laserbehandelingen zijn gangbaar bij huidveroudering?*

**Mulder:** “Er zijn inmiddels heel veel verschillende soorten behandelingen mogelijk bij huidveroudering, waaronder ook laserbehandelingen. Er is een groot verschil in mogelijkheden en ook iedere laser heeft zijn eigen werking. Het is dus belangrijk om te kijken naar wat de vraag is van de patiënt bij huidveroudering en welk resultaat er gewenst is.

Mensen vragen steeds meer naar non-invasieve behandelingen. Deze behandelingen hebben een zogeheten ‘minimale downtime’, daarmee wordt bedoeld dat er weinig hersteltijd nodig is en je snel weer door kunt met je dagelijkse activiteiten. Geschikte lasers hiervoor zijn de erbiumglaslaser en de Redtouch (675 nm). Ook zien we dat andere niet-ablatieve lasers, zoals Nd:Yag- of Nd:Yap-lasers in populariteit stijgen om in te zetten voor collageenstimulatie. Je stimuleert daarmee onderhuids celvernieuwing zonder de epidermis te beschadigen. Daarnaast worden behandelingen met de ablatief gefractioneerde erbium-YAG-lasers en CO<sub>2</sub>-lasers ingezet om de huidstructuur te verbeteren. Daarbij wordt de epidermis wel beschadigd, wat resulteert in een langere hersteltijd. Dat kan voor deze hulpvraag noodzakelijk zijn.

Naast lasers zijn er ook veel andere op energie gebaseerde apparaten (‘energy based devices’) in opkomst. Zo wordt er veel ledtherapie aangeboden. Die kan ingezet worden om inflammatie te remmen en collageen te stimuleren. Een andere populaire techniek is intensief ultrasoon geluid (‘high intensity focused ultrasound’ of HIFU) ter verbetering van huidverslapping.”



Marieke Verweij en Simone Mulder

*Welke zijn in jullie ogen het meest effectief/succesvol? En bij welke indicaties?*

**Verweij:** “Er is niet één behandeling die het meest succesvol is, dit verschilt echt per persoon. Vaak zijn er verschillende huidproblemen die vragen om een andere aanpak. Denk aan pigment en vaatjes, maar ook poriën of verstrakking van de huid. Combineren van technieken zien wij daarom als het meest succesvol. Veelal beginnen we al tijdens de eerste behandeling met combineren, bijv. met laser en peelings waarbij wij oog hebben voor verschillende indicaties. Het is daarbij belangrijk dat mensen zich realiseren dat er meerdere behandelingen nodig zijn en dat we elke keer opnieuw kijken wat op dat moment nodig is om het beste resultaat te krijgen.”

*Bij welke lasers zie je de meeste negatieve resultaten (bijwerkingen, complicaties of foute toepassingen)?*

**Verweij:** “Bijwerkingen en/of complicaties zie je vooral bij verkeerd gebruik van de laser. Dat kan er ook voor zorgen dat je niet de resultaten bereikt die je beoogd had omdat de laser bijvoorbeeld niet de juiste keus was om het huidprobleem te behandelen. Goed informeren van de patiënt en aan verwachtingsmanagement doen zijn hierbij heel belangrijk. Mensen moeten goed weten wat ze kunnen verwachten, wat de risico's en de te verwachten resultaten zijn en wat ze moeten doen als nazorg. In onze voorlichting ligt de focus voornamelijk op het vermijden van de zon na de behandeling, en als het niet anders kan, de bescherming ertegen. Bij dit soort behandelingen is het voorkómen van complicaties zoals postinflammatoire hyperpigmentatie (donkere pigmentvlekken) van groot belang. Daarnaast zijn niet alle behandelingen mogelijk met een zongebruinde huid of in de zomermaanden. Hierover brengen wij de cliënten van tevoren op de hoogte.”

**Mulder:** “Ja, en als je kijkt naar een laser waarbij sneller complicaties vóórkomen, dan is dat bij de vaatlaser. Die komt diep in

de huid, waarbij ook veel energie wordt gebruikt. Hierdoor is er meer kans op littekenvorming wanneer de instellingen niet juist zijn. Complicaties kunnen helaas altijd vóórkomen, maar het is wel van belang dat er zorgvuldig wordt behandeld door iemand met voldoende kennis en ervaring. Mocht er een complicatie optreden, dan moet de behandelaar daar snel en adequaat op reageren. Daarom is goede nazorg, en dit als patiënt ook goed opvolgen, van groot belang bij dit soort complicaties.”

*Hoe vaak zijn mensen niet tevreden over het eindresultaat?*

**Mulder:** “De mate van tevredenheid hangt nauw samen met de voorlichting en de verwachtingen van de patiënt. Wanneer er een verkeerde verwachting is gewekt, is iemand snel niet tevreden. Het is belangrijk om duidelijk te maken dat we niet kunnen toveren en resultaten niet met één behandeling bereikt worden. Zeker bij laserbehandelingen moet je geduld hebben: het duurt vaak maanden tot soms wel een jaar voordat je het eindresultaat ziet. Het is belangrijk om je in een gespecialiseerd centrum te laten behandelen omdat anders instellingen vaak laag gezet worden om complicaties te voorkomen waardoor behandelingen niet effectief zijn.”

*Is er nog een indicatie voor peelings met trichlooorazijnzuur (TCA) en microneedling, en zo ja welke?*

**Verweij:** “Er wordt zeker nog gebruikgemaakt van TCA-peelings en microneedling, maar wij combineren die bijna altijd met elkaar of met een laser. Microneedling wordt vooral toegepast voor het dieper inbrengen van werkzame ingrediënten. Voor het aanpakken van bijvoorbeeld littekens kan een laser in combinatie met TCA-peeling mooi werken. Juist de combinaties maken dat je op verschillende niveaus in de huid werkt, waarbij je het beste resultaat bereikt.” **H**

### Fractionele lasers

Fractionele lasers creëren op een gecontroleerde manier minuscule beschadigingen en warmtebundels in de huid, waarbij niet het totale huidoppervlak wordt beschadigd. Hierdoor herstelt de huid sneller en wordt het natuurlijke huidvernieuingsproces geactiveerd, waarbij nieuwe bindweefselcellen en collageen worden aangemaakt. Dit zorgt voor vertraging van het huidverouderingsproces. Met als beoogd resultaat een fijnere huidstructuur, egale kleur, het vervagen van littekens, het verbeteren van de doorbloeding en het verminderen van lijntjes.



### Intensief ultrasoon geluid

Naast laser zijn er ook andere technieken zoals high intensity focused ultrasound (HIFU). Daarbij maakt men gebruik van geluidsgolven in plaats van licht. Deze behandelingen zet men voornamelijk in voor huidverslapping van bijvoorbeeld de kaaklijn en onderkin. Deze behandelingen zorgen voor het verstrakken en liften van de huid.

**Louis  
Widmer**  
SWISS + DERMATOLOGICA

**REMEDERM DRY SKIN**  
SPECIALE VERZORGING  
MET ZILVER, BERNAGIE-  
OLIE EN UREUM



**DOELGERICHTE VERZORGING  
VOOR DE ZEER DROGE,  
GEÏRRITEERDE, RODE HUID**

Een zeer droge, geïrriteerde of eczeemgevoelige huid kan zijn natuurlijke barrièrefunctie niet meer vervullen en verliest het vermogen om vocht vast te houden. Gevolg? Een trekkerig gevoel, jeuk en roodheid. Zilver, bernagieolie en ureum in de Remederm Dry Skin Silber Crème Repair normaliseren de verhoorning, kalmeren huidirritaties en brengen de afschilfering in balans.



# “Bij het ouder worden, wordt de huid dunner en kwetsbaarder”

**Wat gebeurt er met je huid als je ouder wordt en hoe is dat als je een chronische huidaandoening hebt? Hennie Verhoef (72 jaar) deelt ervaringen met haar huidaandoening epidermolysis bullosa. Vanya Rossel is arts-onderzoeker en in opleiding tot dermatoloog (Maastricht UMC+) en vertelt wat er met de huid gebeurt bij het ouder worden.**

*Wat verandert er met je huid als je ouder wordt?*

**Rossel:** “De huid wordt steeds dunner en kwetsbaarder, omdat de productie van collageen en elastine, die de huid stevigheid en elasticiteit geven, afneemt. Daarnaast wordt de huid droger omdat er minder talg wordt geproduceerd. Talg is een olieachtige substantie die door de talgklieren wordt aangemaakt. Talg vormt een dunne olieachtige laag op de huid die helpt om vocht vast te houden en te voorkomen dat het verdampt. Als er te weinig talg wordt aangemaakt, kan de huid droog en schilferig worden, wat vaak leidt tot jeuk.”

*Waar moet je extra op letten bij een chronische huidaandoening?*

**Rossel:** “De huid is het grootste orgaan van het lichaam en werkt als een belangrijk beschermend schild tegen de buitenwereld. Bij het ouder worden wordt de huid dunner en kwetsbaarder, waardoor de huidbarrière minder effectief kan zijn tegen irriterende stoffen. Dit kan de klachten van chronische huidaandoeningen verergeren. Daarom is het belangrijk om de huid goed gehydrateerd te houden door regelmatig een vochtinbrengende crème of zalf te gebruiken.”

*Moet je dan de behandeling van een chronische huidaandoening ook aanpassen?*

**Rossel:** “Afhankelijk van de huidaandoening kan het nodig zijn om een behandeling aan te passen, omdat de oudere huid andere behoeften heeft. Een goede hydratatie blijft de basis van veel behandelingen voor chronische huidaandoeningen. Een oudere huid kan gevoeliger worden of anders reageren op bepaalde ingrediënten. Dit kan leiden tot bijwerkingen zoals irritatie of een verzwakte huid. Het is belangrijk om regelmatig onder controle te blijven bij een arts, vooral als je langdurig medicinale crèmes of zalven gebruikt. Een arts kan een behandeling regelmatig evalueren en aanpassen zodat deze nog steeds effectief en geschikt is voor de huid en kan eventuele bijwerkingen goed in de gaten houden.”



*Zijn er extra risico's als je ouder wordt met een chronische huidaandoening?*

**Rossel:** “Door de verzwakte huidbarrière en de verminderde huiddikte neemt het risico op doorligplekken toe, vooral als je beperkt kan lopen en bewegen. De vertraagde celvernieuwing en bloedcirculatie bij een oudere huid kunnen ook leiden tot langzamere wondgenezing, wat de kans op infecties vergroot. Bovendien kunnen de verminderde huidbarrière en de aanwezigheid van een chronische huidaandoening het risico op huidinfecties verhogen. Het risico hangt af van de specifieke huidaandoening, maar het is belangrijk om de huidaandoening goed onder controle te houden en bij niet-genezende wondjes of tekenen van infectie (o.a. zwelling, warmte, roodheid, pijn, pus of koorts) een arts te raadplegen.”

*Welke chronische huidaandoening heeft u?*

**Verhoef:** “Ik heb epidermolysis bullosa (EB), dat is een aangeboren erfelijke en zeldzame huidaandoening, ook wel blaarziekte of vlinderziekte genoemd. De subvorm die ik heb,

heet junctionele EB. Ik heb last van blaren op mijn lichaam, die blaren drogen in en dan krijg ik korstjes. Dat is erg zichtbaar. Naarmate ik ouder werd, is mijn huid droger geworden. Na het douchen smeer ik me daarom in met natuurlijke oliën. Ik gebruik ook producten tegen de jeuk, want zodra mijn huid beter wordt, krijg ik jeuk. Als ik krab, begint het proces opnieuw. Over mijn kapotte huid doe ik verband. Met het ouder worden lijken de plekken waar ik blaren en wondjes krijg zich te verplaatsen. Toen ik jong was, had ik in de zomer een mooie rug waar niks mee aan de hand was. Maar nu heb ik wel plekken op mijn rug. Daar ben ik nieuwsgierig naar: of bij meer mensen met EB de blaren en wondjes zich verplaatsen met het ouder worden?"

*Maakt u zich zorgen om ouder te worden met uw huidaandoening?*

**Verhoef:** "Ik ben 72 jaar en ik red me nog goed. Maar in 2022 heb ik een heupoperatie gehad. Ik had thuiszorg en moest alles over de zorg voor mijn huid uitleggen. Als de volgende dag een andere verpleegkundige kwam, moest ik het weer uitleggen. Door mijn heupoperatie kon ik niet overal bij. Mijn blaren prikte ik normaal zelf door, dus dat moest ik uitleggen. Ook moest ik instructies geven welk verband waarop moest. Ik dacht toen, wat als ik het niet meer zelf kan en altijd hulp nodig heb? Elke dag uitleggen wat EB is en wat voor zorg ik nodig heb. Mijn hoofd is nog goed, dus dan kan dat. Maar als dat minder wordt, is het helemaal moeilijk. Daar moet ik niet aan denken."

*Moeten ze bij operaties rekening houden met uw huidaandoening?*

**Verhoef:** "In het UMC Groningen ben ik aan mijn heup geopereerd, en daar zit ook het Centrum voor Blaarziekten met mijn dermatoloog, Marieke Bolling. Maar toen ik endeldarmkanker kreeg, ben ik in Deventer geopereerd en behandeld. Ze moesten een stukje van de tumor weghalen en dat kon in Deventer, als ze eerst met het UMC Groningen zouden bellen voor het EB-protocol. Ik had het telefoonnummer en de naam van mijn dermatoloog al voor hen meegenomen. Tijdens

de operatie kreeg ik een ruggenprik, want ik zeg altijd, ik wil kunnen meepraten als dat kan. Toen ze bezig waren, vertelden ze mij wat ze gingen doen en welk verband ze gebruikten. Dat hebben ze keurig gedaan."

### **Kanker en EB**

*Hoeveel kennis is er over de behandeling van kanker bij EB?*

**Verhoef:** "Ik kreeg lichte chemo en bestraling. Toen ik de eerste keer naar de radiotherapeut ging, had zij geen idee wat EB is. Maar ze zou zich inlezen, en ik had haar gegevens van Groningen gegeven. De volgende dag had ze al contact met Groningen gehad en zich ingelezen, dat was fijn. Maar in het algemeen is er weinig bekend over bestraling bij mensen met EB. Zowel de voorzitter van de EB-vereniging in België, die navraag had gedaan in het ziekenhuis in Leuven, als een dermatoloog in Londen die veel EB-patiënten behandelt, had geen informatie of advies. Dus ik moest gewoon starten en zien hoe het zou gaan. Bij de chemo zei de oncoloog dat ik last kon krijgen van mijn handpalmen en voetzolen, maar dat daar een zalfje voor is. Ik vroeg nog, ook als je EB hebt? De oncoloog zei dat dit ook goed ging bij mensen met eczeem! EB is natuurlijk geen eczeem, maar ik dacht: dan zien we wel wat het wordt. Na drie weken chemo gingen mijn voetzolen helemaal kapot. Doordat ik last had van mijn heup liep ik al moeilijk, maar door die kapotte voetzolen kon ik amper lopen en had ik twee krukken nodig. De radiotherapeut schrok heel erg toen ze mijn voetzolen zag. Na overleg met de oncoloog mocht ik eerder met de chemo stoppen. Na 1,5 week waren mijn voetzolen gelukkig weer dicht. Daarnaast had ik vijf dagen per week bestraling, dat was heftig. Mijn huid rondom het bestraalde gebied was helemaal kapot, van mijn billen tot mijn bovenbenen. Op het laatst dacht ik, ik ga niet meer. Maar ik ging toch, en heb het netjes afgemaakt. Alleen gaat de huid in dat gebied soms nog kapot, terwijl dat voor de behandeling niet zo was op die manier. Gelukkig ben ik nu twee jaar schoon wat kanker betreft, maar die behandelingen hebben wel gevolgen gehad."

### **Verwachtingen bijstellen**

*Had u vroeger bepaalde verwachtingen van de toekomst?*

**Verhoef:** "Als je jong bent denk je dat de hele wereld aan je voeten ligt. Maar ik heb altijd geweten dat er beperkingen zijn door mijn EB. Je moet je verwachtingen vaak bijstellen. Ik wilde bijvoorbeeld graag verpleegkundige worden. Maar dat kon niet, want met mijn wonden ben ik niet besmettelijk voor een ander, maar zij misschien wel voor mij. Toen ik 16 was, hoorde ik bij een jeugdgroep. We slaagden samen voor de middelbare school en genoten van gezellige feestjes. In die groep ontstonden koppeltjes, maar ik had nooit een vriendje. Dat vond ik teleurstellend en ik vroeg me af of iemand ooit van mij zou kunnen houden met zo'n huid. Gelukkig had ik altijd veel vrienden en werd ik opgenomen in een jeugdgroep van de kerk, wat erg hielp voor mijn zelfvertrouwen. Ik dacht dat ik nooit een man zou kunnen krijgen. Maar als christen heb ik ervoor gebeden. En wat bleek: mijn man was ook verliefd op mij! Hij is helaas twee jaar geleden overleden, maar we zijn ruim 40 jaar getrouwd geweest en hebben samen drie kinderen en drie kleinkinderen gekregen. Dat is fantastisch." **H**

**'Ik moest de thuiszorg alles over mijn huidaandoening uitleggen'**

# Ouder worden met ichthyosis



Fauve van Veen

**Het Maastricht UMC+ is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) erkend als expertisecentrum voor zeldzame erfelijke huidziekten. De focus van het Maastrichtse expertisecentrum ligt onder meer op erfelijke ichthyosis, ook wel vissenhuid genoemd. Ichthyosis is een groep aandoeningen waarbij de buitenste laag van de huid niet goed is aangelegd. Het uit zich door een toenemende verdikking van de hoornlaag in de vorm van droge schilferende plakken. Dit belemmert de huid in het uitoefenen van haar normale functie. Door de verdikte hoornlaag kunnen ook problemen met de temperatuurregulatie ontstaan, wat tot oververhitting kan leiden. Ichthyosis kent ongeveer twintig verschillende varianten, waarbij het soms erg moeilijk is om de verschillende vormen van elkaar te onderscheiden. Binnen het expertisecentrum wordt ook veel wetenschappelijk onderzoek gedaan. Fauve van Veen is arts-onderzoeker. Haar onderzoek is gericht op ichthyosis.**

*Hoe ben je in dit onderzoek terechtgekomen?*

"Ik heb de masteropleiding tot arts-klinisch onderzoeker gevolgd aan de Universiteit van Maastricht en mijn combistage gedaan bij de dermatologie van het Maastricht UMC+. Al snel kwam ik in de fascinerende wereld van genodermatologie terecht (redactie: genodermatologie is een verzamelnaam voor erfelijke aandoeningen van de huid, tanden, nagels of haren). Mijn begeleiders, dr. Antoni Gostyński en drs. Vanya Rossel, boden me een uitdagend kwalitatief onderzoek aan: het voeren van individuele dieptegesprekken met patiënten met erfelijke ichthyosis. Een bijzonder moment voor mij was mijn bezoek aan de patiëntendag van de Vereniging van Ichthyosis Netwerken (VIN). Hier ontmoette ik patiënten met verschillende vormen van ichthyosis, wat me direct inzicht gaf in hoe deze huid-aandoening zich in het dagelijks leven kan uiten."

*Waarom hebben jullie voor ichthyosis gekozen?*

"Om de individuele behoeften van patiënten als zorgverleners te begrijpen, is onderzoek naar hun perspectieven cruciaal. Kwalitatief onderzoek is hiervoor een geschikte methode. Daarnaast werken de genodermatologen in Maastricht samen met de patiëntvereniging (VIN), waardoor ze goed op de hoogte zijn van de vraagstukken en uitdagingen waarmee patiënten met ichthyosis te maken hebben."

*Waarom doen jullie onderzoek naar ouder worden met ichthyosis?*

"Vanuit de VIN is tijdens een gesprek met patiënten ter tafel gekomen dat met name oudere patiënten veel zorgen en vragen hebben over het ouder worden met ichthyosis. Daar is weinig over bekend. Wat wel bekend is, is hoofdzakelijk afkomstig van onderzoek bij kinderen met de aandoening. Ook de factoren die het leven van 'oudere' patiënten met ichthyosis beïnvloeden, zijn (nog) wetenschappelijk onderbelicht. De belangrijkste doelstelling was om deze ontbrekende kennis zo goed mogelijk in kaart te brengen en daar aanbevelingen voor de zorg uit te destilleren."

*Wat voor een onderzoek hebben jullie gedaan en waar hebben jullie specifiek naar gekeken?*

"Wij hebben kwalitatief onderzoek verricht naar de kwaliteit van leven bij ouder wordende patiënten met ichthyosis. De patiënt staat centraal in het onderzoek waarbij we informatie halen uit persoonlijke verhalen en ervaringen. Door individuele interviews werden relevante thema's bij het ouder worden met ichthyosis in kaart gebracht. Voorbeelden zijn het uitdiepen van ervaringen en eventuele bijwerkingen van patiënten met langdurig medicatiegebruik, bijvoorbeeld systemische retinoiden (denk aan acitretine; merknaam: Neotigason), seksuele gezondheid en kinderwens, het zelfbeeld van patiënten en mogelijke zorgen over toekomstige zorg van de huid."

*Wat zijn de resultaten van jullie onderzoek?*

"Door de interviews zijn we tot nieuwe inzichten gekomen over zaken waarmee patiënten met ichthyosis kunnen worstelen bij het ouder worden. Zo kunnen lichamelijke klachten zoals schilfering beperkend zijn voor patiënten in hun dagelijkse activiteiten, maar ook in hun carrière. Naarmate ze ouder worden, ervaren patiënten meer vermoeidheid, gewrichtsklachten en oververhitting. Sommige patiënten vertellen dat ichthyosis een negatieve invloed heeft op hun seksuele gezondheid en hun kinderwens. Qua dagelijkse huidverzorgingsroutines zijn de meesten veel tijd en geld kwijt, bijvoorbeeld omdat producten op basis van ureum niet worden vergoed door de verzekering in Nederland."

*Komen er specifieke sociale of psychologische aspecten van het ouder worden met ichthyosis uit jullie onderzoek naar voren?*

"Tijdens de interviews stelden we ook verdiepende vragen binnen het psychosociale domein. Hieruit bleek dat het hebben

van ichthyosis een mentale belasting met zich meebrengt, waarvoor momenteel nog te weinig aandacht is tijdens consulten. Veel patiënten zouden bijvoorbeeld baat hebben bij de ondersteuning van een medisch psycholoog. Ook blijken er veel zorgen te zijn rondom kinderwens: velen besluiten af te zien van biologische kinderen om het risico op doorgeven van de ziekte te vermijden, waarbij vaak adequate genetische counseling ontbreekt. Patiënten brachten ook omstandigheden op het werk naar voren, zoals niet aangenomen worden vanwege hun huidaandoening of anders behandeld worden omdat werkgevers het niet hygiënisch vinden.

Andere aspecten die mensen benoemen, zijn een levenslang negatief zelfbeeld, het gevoel alleen te zijn, zorgen hebben over het zelfstandig volhouden van huidverzorgingsroutines bij het ouder worden en de angst dat de huid verwaarloosd zal worden als zij niet meer zichzelf zelfstandig kunnen verzorgen. Ook zijn er zorgen over het meer last krijgen van moeheid en/of gewrichtsklachten en de onwetendheid of dit in relatie staat met ichthyosis."

*Hoe denken jullie dat deze bevindingen kunnen bijdragen aan het verbeteren van de zorg en ondersteuning voor oudere patiënten met ichthyosis?*

"De eerste stap is gezet door de perspectieven en behoeften van volwassen en oudere patiënten met ichthyosis te beschrijven. De volgende stap is om deze informatie te publiceren in een wetenschappelijk tijdschrift en onder de aandacht te brengen bij zorgverleners. Om ichthyosis meer bekendheid te geven in de samenleving en onder zorgverleners, vinden wij het essentieel om toegankelijke informatie te verstrekken over klinische kenmerken, behandelopties, genetica en psychische impact. Wij pleiten voor samenwerking tussen artsen, patiëntenorganisaties en overheidsinstanties zoals het Europese referentienetwerk voor zeldzame huidziekten (ERN-SKIN), om betrouwbare informatie over ichthyosis beschikbaar te maken."

*Wat zijn de vervolgstappen van dit onderzoek?*

Van Veen glimlacht en gaat hier enthousiast op in: "De resultaten van ons onderzoek openen verschillende deuren voor vervolgonderzoek binnen dit onderwerp.

Ten eerste: wat betreft de psychische impact van ichthyosis kan het nuttig zijn om ondersteuning van een medisch psycholoog aan te bieden. Specifiek onderzoek naar de copingmechanismen van patiënten met ichthyosis kan waardevol zijn om de effectiviteit van psychologische interventies te bestuderen.

Ten tweede: verder onderzoek is nodig om de huidige dilemma's rond kinderwens bij koppels met ichthyosis te begrijpen en om het gebruik van reproductieve genetische testen, bijvoorbeeld pre-implantatiegenetische test (embryoselectie) te beoordelen.

Ten slotte: met het oog op ouder worden met ichthyosis en de toekomstige zorg voor patiënten, is het belangrijk om oplossingen te vinden die adequate huidverzorging garanderen voor degenen die mogelijk niet meer zelfstandig voor zichzelf kunnen zorgen.

Daarnaast zijn studies nodig naar het verband tussen ichthyosis en andersoortige klachten zoals gewrichtsproblemen, en naar de effectiviteit van ureum bij patiënten met ichthyosis."

*Zijn de resultaten van jullie onderzoek ook van toepassing op patiënten met andere chronische huidaandoeningen?*

Ook dit is voor onderzoeker Van Veen een vraag waar ze graag op ingaat. "De resultaten van ons onderzoek naar ichthyosis kunnen ook relevant zijn voor patiënten met andere chronische huidaandoeningen. Ichthyosis vertoont qua klinisch beeld (schilfering, droge huid en roodheid) overeenkomsten met andere chronische huidaandoeningen, zoals psoriasis en eczeem. Veel van de uitdagingen die onze patiënten ervaren, zoals de mentale belasting en sociale stigma's, zijn ook van toepassing op deze chronische huidaandoeningen. Daarnaast kunnen de inzichten in de behoefte aan betere psychologische ondersteuning ook waardevol zijn voor patiënten met bijvoorbeeld eczeem en psoriasis. Wel moet je bedenken dat ons onderzoek specifiek gericht is op ichthyosis, waardoor de resultaten niet zomaar toepasbaar zijn voor andere huidaandoeningen." H



*Been van een studiedeelnemer met X-gebonden vorm van ichthyosis*



*Arm van een studiedeelnemer met X-gebonden vorm van ichthyosis*

# Mag onze huid nog wel ouder worden?



**“Ik zat te denken, zal ik een keer mijn fronsrimpel behandelen met botox?” In een rumoerige brasserie in Utrecht vang ik een gesprek op tussen mijn collega’s. Het gaat over het wel of niet laten uitvoeren van huidverjongende behandelingen. De meesten van mijn collega’s hebben zelf gewerkt als huidtherapeut en kennen de mogelijkheden, maar ook de risico’s. “Ik doe het niet,” zegt een ander, “ik blijf puur natuur.”**

En dat mag, het is ieders eigen keuze om wel of niet dit soort behandelingen te laten doen. Maar ik vraag me af: is het wel 100% je eigen keuze? Of worden we heel erg beïnvloed door elkaar en de media? Je kunt bijna niet je sociale media bekijken zonder geconfronteerd te worden met ‘hoe je eruit zou moeten zien’. Gevraagd en vooral ongevraagd vliegen de adviezen en mogelijkheden je om de oren.

## **Onhebbelijke hatelijkheden over Sophie Hilbrand**

Jong eruit blijven zien lijkt daarbij de norm. Dat ondervond ook presentatrice Sophie Hilbrand. In de podcast *Geen Filter* bespraken Tamara Elbaz en Maria Taylor, bekend van de realityshow *The Real Housewives of Amsterdam* het uiterlijk van Hilbrand. Met uitspraken als “Het is niet nodig om er zo uit te zien toch?” en “Sophie Hilbrand ziet er uit alsof ze al 20 jaar geleden is gestorven en aan het ontbinden is”, verwezen zij naar het uiterlijk van Hilbrand, die er niet uitziet als iemand van twintig maar als de eindveertiger die ze is.

Ik vraag me dan ook af: mag onze huid nog wel ouder worden? Mag je huid er wel ouder uitzien? Of is het de norm dat we alles wat er mogelijk is moeten gebruiken om dit proces tegen te gaan? Ik ging hierover in gesprek met Natasha Labohm, hogeschooldocent bij de opleiding Huidtherapie aan de Haagse Hogeschool. Natasha verzorgt colleges over ethiek in de zorg. Daarnaast doet zij onderzoek bij het lectoraat Wereldburgerschap naar ethisch handelen in de cosmetische zorg. Met haar onderzoek beoogt ze het ontwikkelen van onderwijs dat het ethisch handelen van huidtherapeuten in de cosmetische zorg vergroot.

## **Drie ontwikkelingen**

*Je hebt onderzoek gedaan naar schoonheidsidealen. Wat zie jij als het gaat om het ouder worden van de huid?*

**Labohm:** “Vanuit psychologisch en filosofisch perspectief zie ik dat er drie ontwikkelingen zijn. Ten eerste zie je dat de ouder wordende vrouw inmiddels net zo veel door de media beïnvloed

wordt als de huidige jongere generaties. Uit onderzoek blijkt dat ook bij vijftigplussers de media de grootste beïnvloedingsfactor is als het gaat om schoonheidsidealen.

Bij de tweede ontwikkeling speelt het fenomeen ‘self-group distancing’ een rol. Hierbij distantieer je je van de groep waar je toe behoort of van een groep waartoe je gaat behoren, omdat je nu eenmaal ouder wordt: de ‘oudere vrouw’. Je zegt eigenlijk: dit stereotype hoort niet bij mij. Onderzoek wijst uit dat er ouder uitzien voor vrouwen een negatief effect heeft op werk en relaties. Het is dus ‘noodzaak’ hier zo lang mogelijk uit te blijven. Door cosmetische behandelingen te ondergaan, trachten steeds meer vrouwen niet in deze groep terecht te komen.

Ten derde ligt de lat, als het gaat om uiterlijk, steeds hoger. We kijken met een microscopische blik naar onze huid. Was voorheen de norm voor een mooie huid, een huid die enigszins vrij was van rimpels en vlekjes, nu is zelfs het kleinste vlekje ongewenst. Een huid die er strak, jong, vlek- en rimpelloos uitziet, is het schoonheidsideaal.”

*Zie je hier nog culturele verschillen in?*

**Labohm:** “Wat het schoonheidsideaal is, kan verschillen per cultuur. Zo zie je in de Nederlandse cultuur dat een gladde huid die ‘medium’ glanzend (niet te droog, niet te vet) het schoonheidsideaal is. In de Surinaamse cultuur is een sterk glanzende huid weer het ideaal. Overigens is er verder weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar culturele verschillen en ouder worden. Dat zou wel interessant zijn, want psychologisch kunnen de verschillende culturen wellicht iets van elkaar leren bij hoe ze omgaan met de (ver)oudere huid.”

## **Steeds jonger?**

*Voor mijn gevoel beginnen we steeds jonger met cosmetische behandelingen om er ‘jong’ uit te blijven zien. Is dat ook jouw ervaring?*

**Labohm:** “Ja, uit de interviews die ik heb gedaan onder huidtherapeuten komt naar voren dat zij steeds jongere patiënten zien die preventief een huidverjongende behandeling willen. Dit heeft te maken met de eerdergenoemde ontwikkelingen. Invloed van social media; self-group distancing, zo lang mogelijk uitstellen dat je in de categorie ‘oudere vrouw’ valt en de norm die steeds wordt bijgesteld in de richting van perfectionisme.”

*Je hebt het vooral over vrouwen. Hoe zit dit bij mannen?*

**Labohm:** “Mijn interviews richtten zich op vrouwen. Dus over hoe het bij mannen zit, kan ik vanuit mijn onderzoek niet zeggen.”

*Ik merk uit jouw verhaal dat de invloed van de media en onze omgeving een grote rol speelt in hoe we tegen huidveroudering aankijken. Dat doet me denken aan een vrouw die een keer op mijn spreekuur kwam. Ze had veel rimpels en haar man had haar aangespoord om hier een behandeling voor te zoeken nadat hij een reclame had gezien over een behandeling van rimpels. Zelf had ze geen problemen met haar rimpels, maar ging toch op zoek naar een behandeling.*

**Labohm:** “Als cosmetisch werkende/georiënteerde zorgprofessional krijg je te maken met verschillende ethische dilemma’s. Want hoewel zorgprofessionals niet de volledige controle hebben over het sociale medialandschap, waarop influencers praten over het ondergaan van cosmetische behandelingen, blijft het de verantwoordelijkheid van de professional om bij de patiënt na te gaan waarom hij of zij een cosmetische behandeling wil. In



mijn ogen moet de professional bij twijfel achterhalen of patiënten wel echt autonoom beslissen.”

*Ze wijst op een bijzonder probleem dat hierbij speelt:*

“Daarnaast spelen zorgprofessionals zelf in zekere zin ook een rol in het stand houden van (schadelijke) schoonheidsidealen door cosmetische behandelingen uit te voeren. Professionals willen enerzijds voldoen aan de cosmetische zorgvraag van de patiënt, terwijl zij anderzijds bijdragen aan het in stand houden van een schoonheidsideaal, dat er nu voor zorgt dat een groep gediscrimineerd wordt op basis van hun uiterlijk. Dat noemen we ‘lookism’, een term die Heather Widdows heeft bedacht. Deze Britse filosoof doet haar best om dit fenomeen aan de kaak te stellen, omdat mensen hier veel last van kunnen hebben in hun sociale omgeving.”

### Verdienmodel en ethische dilemma’s

“Een ander (ethisch) spanningsveld is het verdienmodel: goede zorg leveren versus een gezonde onderneming voeren. Er is een dunne lijn tussen een zorgaanbod doen op basis van vraag en daarbij meegaan met trends of cosmetische zorg bieden op basis van beproefde en langer bestaande ervaringen.

Ik vind het belangrijk om met elkaar over dit soort dilemma’s in gesprek gaan. Voor mijn onderzoek en tijdens mijn lessen over kwaliteit in de cosmetische zorg praat ik regelmatig met huidtherapeuten en studenten hierover. Ik laat ze nadenken over wat hun eigen schoonheidsidealen zijn en welke ethische dilemma’s zij tegenkomen in de praktijk of op stage. Want door de gestegen vraag naar cosmetische behandelingen, ook binnen de huidtherapie, zie je steeds meer dilemma’s ontstaan. Deze hebben te maken met autonome keuzes maken voor cosmetische behandelingen, toegang tot cosmetische zorg voor iedereen, ook mensen met een klein budget en met het evalueren van de blijvende impact van behandelingen op de lange termijn.

In mijn ogen is het belangrijk dat de paramedische beroepshouding hierbij overeind blijft. De beroepscode van de huidtherapeut ondersteunt dit. Ik pleit ervoor dat huidtherapeuten een meer inclusieve en diverse definitie van schoonheid promoten die schadelijke stereotypen niet in stand houdt. Door dit te doen, helpen huidtherapeuten patiënten om weloverwogen beslissingen te nemen en hun gewenste schoonheidsdoelen te bereiken zonder hun welzijn in gevaar te brengen.”

### Accepteren en je niet laten belemmeren

*En dan, tot slot, mag onze huid nog wel ouder worden?*

Labohm glimlacht: “Er zijn, gelukkig, meer perspectieven op de oudere huid. Sommige vrouwen doen er alles aan om tekenen van veroudering tegen te gaan. De behandelingen die ze daarvoor ondergaan, variëren van ingrijpende plastische chirurgie, tot een dagelijkse huidverzorgingsroutine. Een ander perspectief is van vrouwen die huidveroudering als natuurlijke proces accepteren en dit niet in de weg laten staan aan of zelfs gebruiken voor een succesvolle carrière of het aangaan van liefdevolle relaties” **H**

## Richtlijn Paramedische zorg bij kwetsbare ouderen van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten

**Het aantal thuiswonende ouderen dat intensieve zorg nodig heeft, neemt elke jaar toe. De voorzieningen die er vroeger waren, zijn voor een deel wegbezuinigd en de geboortegolf van na de Tweede Wereldoorlog zorgt, samen met het feit dat mensen gemiddeld een stuk ouder worden dan vroeger, ervoor dat dit aantal de komende 25 jaar naar verwachting bijna zal verdubbelen. Met het ouder worden verandert de huid. De huid wordt slapper, droger en wordt minder stevig. Daardoor kan deze makkelijker beschadigen en kunnen wondjes ontstaan. Als die niet goed genezen of niet goed worden behandeld, kunnen ze groter worden en kunnen problemen ontstaan. Met als gevolg meer ziekenhuisopnames en een grotere druk op de zorg en mantelzorgers.**

Paramedici zoals huidtherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, fysiotherapeuten en logopedisten spelen een rol bij het (vroegtijdig) signaleren van kwetsbaarheid bij deze groep. Door op tijd aan de bel te trekken en actie te ondernemen in de vorm van doorverwijzing, begeleiding en behandeling kunnen zij bijdragen aan de bevordering van de gezondheid en zelfstandigheid van kwetsbare ouderen. Daarom hebben de beroepsverenigingen Ergotherapie Nederland, KNGF (fysiotherapeuten), NVD (diëtisten), NVH (huidtherapeuten), NVLF (logopedisten) en VvOCM (oefentherapeuten) de handen ineengeslagen en samen deze nieuwe overkoepelende richtlijn ontwikkeld. Deze bevat praktische aanbevelingen voor de behandeling van kwetsbare ouderen voor paramedici in het algemeen en bevat modules specifiek voor elke beroepsgroep. Namens de NVH hebben Myrthe Zon en Femke de Vries meegewerkt aan de ontwikkeling van de richtlijn.

*Voorziet de richtlijn in een behoefte bij paramedici?*

De Vries: “Ja dat denk ik wel. Bovendien is het ontwikkelen van een gezamenlijke richtlijn voor kwetsbare ouderen een belangrijke stap geweest in de onderlinge samenwerking. De zorg rondom kwetsbare ouderen is veelal complex, wat niet zelden leidt tot ziekenhuisopnames, gebruik van langdurige zorg en een verhoogde druk op de gezondheidszorg. Daarnaast wordt er



door verlies van zelfstandigheid van de kwetsbare oudere vaak een beroep gedaan op naasten, familieleden en/of mantelzorgers, waarbij overbelasting van mantelzorgers een risico vormt. Een goede samenwerking met andere beroepsgroepen binnen het paramedische werkveld en met huisartsen en praktijkondersteuners is daarom belangrijk. De richtlijn biedt concrete handvatten voor zorgverleners hoe zij de zorg zo goed mogelijk rondom een patiënt kunnen organiseren. ”

*Als jullie spreken over kwetsbare ouderen, waar hebben jullie het dan precies over?*

**Van Zon:** “Kwetsbaarheid is een gezondheidsprobleem dat vaak voorkomt bij ouderen. Het gaat om een openstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren die de kans vergroot op negatieve gezondheidssuitkomsten. Ze kan ontstaan door allerlei oorzaken, zoals moeilijk kunnen bewegen, problemen met eten, incontinentie, gezichts- en gehoorstoornissen, depressie, eenzaamheid en geheugenproblemen. De klachten zijn heel verschillend. Meestal hebben kwetsbare ouderen meer dan één klacht. Paramedische zorg kan helpen om iemand minder kwetsbaar te laten worden.”

*Hoe is de richtlijn opgebouwd?*

**De Vries:** “De richtlijn heeft een overkoepelend deel met daarin concrete aanbevelingen die antwoord geven op vraagstukken die voor alle aan de richtlijn deelnemende beroepsgroepen gelden. Denk aan: hoe meten we de kwetsbaarheid van ouderen? Hoe communiceer je als zorgverlener met een kwetsbare oudere? Hoe is multidisciplinaire zorg bij kwetsbare ouderen georganiseerd?”

“Naast de generieke aanbevelingen zijn er ook beroepsspecifieke delen opgesteld. Specifiek voor huidtherapeuten hebben we drie modules ontwikkeld met aanbevelingen op vraagstukken die door zorgverleners en patiënten in de praktijk als knelpunten werden ervaren. De eerste module gaat over het voorkomen van scheurwonden (ook wel ‘skin tears’ genoemd) bij kwetsbare ouderen. De tweede module gaat in op het vergroten van zelfmanagement door het toepassen van oedeemverminderende therapie. De derde module bevat aanbevelingen over de behandeling van lymfoedeem en complicerende factoren zoals een gestoorde bloedsomloop.”

*Wat is de rol van de huidtherapeut bij kwetsbare ouderen?*

**Van Zon:** “Huidtherapeuten spelen tevens een belangrijke rol bij het signaleren van huidafwijkingen en in de preventie van huidproblemen bij ouderen. Zij letten bijvoorbeeld op de huidgezondheid en problemen als jeuk, uitdroging of een dunne fragiele huid. Problemen als skin tears kunnen zo snel herkend of voorkomen worden. Skin tears ontstaan doordat de buitenste huidlaag steeds dunner en brozer wordt. Als dat soort afwijkingen op tijd gesignaleerd wordt, kunnen mensen eerder starten met een behandeling om zo ergere problemen te voorkomen.”

**De Vries** vult aan: “Skin tears kunnen op elk deel van het lichaam voorkomen, maar worden met name gezien op armen, benen en de handrug. Ze kunnen makkelijk ontstaan bij stoten of zelfs bij het aantrekken van een therapeutisch elastische kous of het verwijderen van kleefpleisters. Advies aan de mensen zelf is goed letten op veranderingen aan de huid, zoals een andere kleur, het veranderen van kleur, wondjes of dikke voeten/enkels. Liever ook geen lange nagels en sieraden dragen, vooral niet bij het aan- en uittrekken van steunkousen.”

*Wat kunnen mensen zelf doen?*

**De Vries:** “Zelfmanagement is een belangrijk onderdeel van de behandeling van chronisch oedeem. De behandeling van chronisch oedeem bestaat uit een combinatie van verschillende onderdelen om chronisch oedeem te verminderen, waaronder compressie (bijv. zwachtelen, klittenbandsystemen of therapeutische elastische kousen), beweegadviezen en huidzorg, eventueel aangevuld met manuele lymfdrainage of mobiliserende weefseltechnieken. Zelfmanagement houdt in dat de ouderen, hun naasten en mantelzorgers actief participeren en zelf de regie nemen. Dat is niet altijd even makkelijk. Bij mensen die last hebben van chronisch oedeem in combinatie met een gestoorde bloedsomloop wordt het allemaal nog een stuk moeilijker. Dan zijn de mogelijkheden van zelfmanagement beperkt en zal de huidtherapeut de behandeling aanpassen.” **H**



Marlies Wakkee

## Erasmus MC ontwikkelt AI-model om risico op huidkanker beter te voorspellen

**Dat AI, net als destijds de auto en de smartphone, de wereld gaat veranderen, staat wel vast, maar welke kant het opgaat, is nog niet helemaal duidelijk. Ook in de gezondheidszorg gaat AI een belangrijke rol spelen. De mogelijkheden zijn veelbelovend. Om maar enkele te noemen: automatische diagnostiek, vroegsignalering, medische beslisbomen en mogelijk op termijn ook kostenbesparing.**

In het Erasmus MC probeert men met een AI-model, gebaseerd op een database van gezichtsfoto's, het risico op huidkanker beter te kunnen voorspellen dan de bestaande methode: de optelsom van alles wat een dermatoloog aan gegevens over de patiënt verzamelt en met het blote oog kan zien.

De onderzoekers hopen hiermee, in de toekomst, te zorgen voor meer bewustwording en oplettendheid bij Nederlanders. Dit is hard nodig, want het aantal huidkankergevallen in Nederland stijgt nog steeds. De eerste bevindingen wijzen in die richting. Reden genoeg om Marlies Wakkee, die het onderzoek leidt, een paar vragen te stellen.

*Wat voegt AI toe aan het arsenaal van de dermatoloog?*

"Het bijzondere aan het AI-model is dat het risicofactoren voor huidkanker kan aanwijzen die voor een menselijk oog onzichtbaar zijn. Als dermatoloog let ik op dingen als pigmentvlekken, rimpels of het feit dat iemand in een zonnig land heeft gewoond. Het algoritme pikt meer kenmerken op dan alleen die klassieke risicofactoren voor huidkanker."

*Hoe groot is de database waarmee jullie deze voorspellingen doen?*  
 "Het AI-model bevat ruim 2800 gezichtsfoto's van 2800 mensen, allemaal gemaakt onder dezelfde omstandigheden. We weten welke mensen na het nemen van de foto tot nu toe huidkanker hebben gekregen, want de gegevens van al die mensen zitten bij ons in de computer. De computer zet de foto's om in pixels en heeft hieruit 200 verschillende meetpunten gedestilleerd (in onze studie noemen we dit endofenotypen), op basis waarvan het model een voorspelling geeft van het risico op het ontstaan van huidkanker, in het gezicht of elders op het lichaam. Die AI-gegenereerde voorspelling klopt beter dan een voorspelling gebaseerd op huidonderzoek, vragenlijsten en genetisch onderzoek."

*Tweehonderd kenmerken. Dat is veel. Om wat voor kenmerken gaat het dan?*

"Het is niet altijd te achterhalen waarop het algoritme de voorspellingen baseert. Vaak is het een soort black box waarvan niet duidelijk is hoe het model tot een bepaalde uitkomst komt. Het kan om van alles gaan. Wij noemen het kenmerken, maar je kunt het ook patronen, variabelen, factoren of meetpunten noemen. Het gaat eigenlijk altijd om een groepje pixels die donkerder of lichter van kleur is of een bepaalde rangschikking heeft, bijvoorbeeld doordat een rimpel dieper in de huid ligt of omdat iemand zijn neuspunt wat groter is en daarom meer schaduw geeft op een gezicht, ik noem maar wat willekeurige voorbeelden. Maar het kan dus ook gaan over hoe ver bij iemand de ogen uit elkaar staan, of hoe diep de ogen liggen of hoe ver het voorhoofd naar voren staat of hoe ver de neus uitsteekt. Wat een algoritme nou precies meet en hoe dit iets meet (bijvoorbeeld dus door schaduwpunten te meten), dat weten we juist niet.

Zelf hadden wij vooraf 18 kenmerken opgesteld waarvan uit de literatuur bekend is dat ze mogelijk met huidkanker gerelateerd zijn. Hiervan hebben we weer gekeken welke met die 200 AI-kenmerken samenhangen."

*Maar hoe komt de computer dan tot 200?*

"Dat is een arbitraire keuze. Die combinatie van 200 kenmerken gaf in ons onderzoek de beste resultaten in het voorspellen

van huidkanker. Méér kenmerken voegden te weinig toe en bij minder kenmerken werd het model slechter. Een deel van die 200 kenmerken van het algoritme konden we herleiden naar voor ons bekende risicofactoren. Als je deze kenmerken langzaam verandert, dan zien we met het blote oog, ook het kunstmatig gevormde gezicht, langzaam een beetje veranderen (zie infographic en foto). Een ander deel van deze kenmerken is voor ons niet bekend of gerelateerd met bekende risicofactoren. Hiervan zijn de effecten voor het menselijk oog ook niet goed zichtbaar als je die verandert in kunstmatig gevormde gezichten. Juist deze kenmerken die voor ons niet bekend zijn of niet goed zijn terug te herleiden, zorgen ervoor dat AI het risico op huidkanker beter kan voorspellen dan dat wij dat nu kunnen."

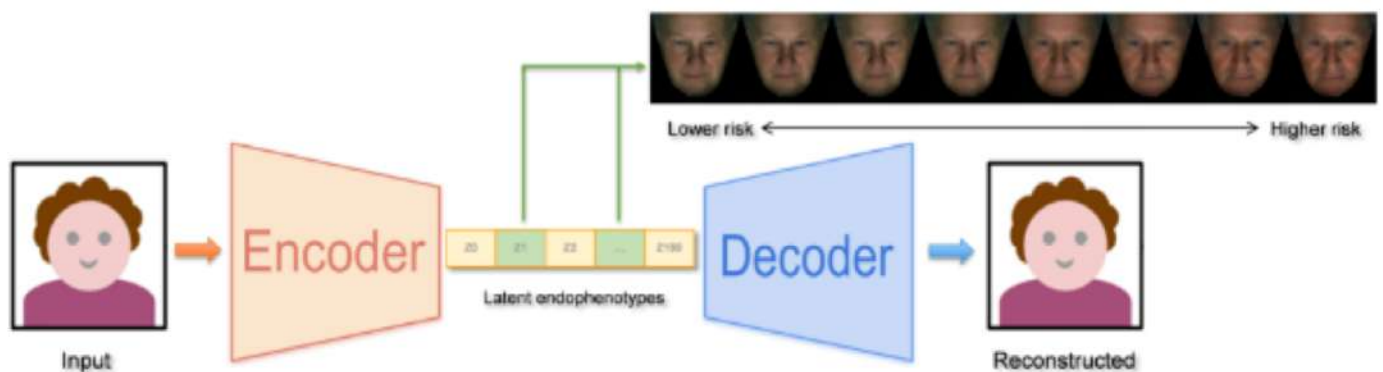
*Hoe gaan jullie dit model inzetten?*

"Ik zie twee mogelijke rollen voor ons AI-risicomodel voor huidkanker: preventie en bewustwording ('awareness'). Als je op basis van een foto weet dat je een hoog risico op huidkanker hebt, ga je bewuster om met de zon. En daarnaast hopen we dat gewaarschuwde mensen hun huid beter in de gaten houden. Voordat we het algoritme daadwerkelijk kunnen gebruiken, moeten wij het algoritme eerst nog testen op grotere datasets met foto's van mensen met meer verschillende leeftijden en etnische achtergronden. Door het model openbaar te delen met collega-wetenschappers kunnen anderen hierop voortbouwen. Dat kan de hele community van AI versnellen."

*Wie bepaalt of, en op basis waarvan, een behandeling uitgevoerd gaat worden? De dermatoloog of het algoritme?*

"Dat is een interessante vraag. Ik denk dat mensen en algoritmes elkaar kunnen aanvullen. In het geval van het genoemde onderzoek denk ik dat AI of een combinatie van AI-tools straks een eerste screening kan doen, gevolgd door een bezoek aan de dermatoloog als er sprake is van een vermoeden van huidkanker. Als we het hebben over de toepassing van AI-tools in de spreekkamer van de dermatoloog dan verwacht ik dat deze tools dus andere dingen zullen zien dan bijvoorbeeld een dermatoloog en dat ze elkaar ook hier weer kunnen aanvullen. Dus een AI-tool kan misschien toch moeite blijven hebben om een ouderdomsvlekje van een melanoom te onderscheiden,

Selective decoding endophenotypes related to the risk of developing skin cancer



Infographic laat zien hoe eigenschappen van een gezicht worden gecodeerd door het algoritme met artificial intelligence en daarna bepaalde eigenschappen met de decoder weer worden terugvertaald naar veranderingen in het gezicht

terwijl dit voor een dermatoloog heel makkelijk is, maar dezelfde tool kan misschien wel heel goed de eerste subtiele veranderingen waarnemen als een moedervlek verandert in een melanoom, nog voordat een dermatoloog dat ziet. We zullen dus vooral straks de stap naar implementatieonderzoek in de praktijk moeten maken om erachter te komen hoe dit het beste samenwerkt.”

*AI-algoritmes kunnen keuzes voor gezondheidsinterventies maken op basis van persoonskenmerken als etniciteit, gender of naam. Dat kan tot discriminatie leiden, bijvoorbeeld omdat een gezondheidsinterventie die bij de meerderheid positief uitpakt, voor een minderheid juist nadelig is. Hoe kijk je daar tegenaan?*

”Het is heel belangrijk dat we goed weten welke bias (vertekening) er in AI-algoritmes voor de gezondheidszorg kunnen zitten, zodat door het gebruik geen gezondheidsverschillen ontstaan. Transparantie over hoe een algoritme tot stand is gekomen, is een van de dingen die helpen om dit te voorkomen.

Als ik inzoom op het onderzoek naar AI en het voorspellen of herkennen van huidkanker, vragen mensen vaak of hier wel voldoende foto's mee zijn genomen van mensen met een donkere huid. Dit is eigenlijk nooit het geval, want foto's van huidkanker in een donker gepigmenteerde huid zijn zeer zeldzaam en er zijn heel veel foto's nodig om een algoritme te trainen. In de Verenigde Staten werden bijvoorbeeld over een periode van 7 jaar 1400 melanomen vastgesteld bij mensen met een zeer donkergekleurde huid, ten opzichte van 274.000 bij mensen met een lichtgekleurde huid. Bovendien zitten deze vormen van huidkanker bij donkere mensen vaak ook op de handen, voeten en rond de nagels, waardoor ze ook nog eens lastig te fotograferen zijn. Ik ben bang dat het dus heel moeilijk

zal zijn om een algoritme voldoende getraind te krijgen voor de donkere huid, waardoor bij een verdachte plek op de donkere huid dus laagdrempeliger een (tele)consult bij een arts nodig zal zijn om een verdachte plek te beoordelen.

Ook onze voorlichtingsfolders over huidkanker zijn onvoldoende aangepast op mensen met een donkere huid. Hierin zou er meer aandacht moeten worden besteed over hoe huidkanker eruit kan zien bij een donkere huid. Voor mij zou het al een belangrijke eerste stap zijn als we de voorlichting over huidkanker kunnen aanpassen op iemands huidtype en dit zou je natuurlijk ook kunnen integreren in de gezondheidsapps.” **H**

AI staat voor 'artificial intelligence', of in goed Nederlands: kunstmatige intelligentie. Het is een computerwetenschap die zich bezighoudt met het maken van slimme systemen die kunnen leren, redeneren, problemen oplossen en beslissingen nemen zoals mensen dat doen. AI werkt op basis van algoritmen en modellen die zijn ontworpen om bepaalde taken uit te voeren. Om zo'n AI-model te maken, is er een grote hoeveelheid data nodig. Op basis daarvan wordt een AI-model 'getraind'. Daarbij worden bestaande gegevens gebruikt om het AI-model zo aan te passen dat het steeds betere voorspellingen kan doen op basis van nieuwe gegevens. Een bekend voorbeeld is ChatGPT, dat geheel zelfstandig teksten kan schrijven en steeds vaker gebruikt wordt als een alternatief voor Google en andere zoekmachines.



Door de computer samengestelde kunstmatige gezichten waarbij risicofactoren voor huidkanker zijn omgezet in fenotypen in het gelaat.

# Veroudering van de huid

De huidveroudering is hier goed te zien in de hals

**Iedereen weet het: onze huid wordt ouder en dat is voor het ge oefende oog al vanaf het 30ste levensjaar zichtbaar. De celdeling in de huid daalt, de collageenaanmaak wordt minder en elastinevezels worden stugger van structuur. De huid wordt als geheel dunner, slapper en gaat rimpelen. Dat wordt extra duidelijk wanneer je naar de handen van bijvoorbeeld drie generaties in een familie kijkt. De jongste telg zal een egaal gekleurde, gladde huid vertonen, terwijl bij de oudste persoon alle aders, ook de fijne, door de huid heen te zien zijn. Verder is de huid niet meer egaal en vertoont rimpeling.**

## Twee vormen

Men onderscheidt twee vormen van veroudering: intrinsieke of inwendige en extrinsieke of uitwendige veroudering. De eerste vorm van veroudering wordt bepaald door de genen. We kennen allemaal wel de voorbeelden van mensen die maar niet ouder lijken te worden. De een heeft nu eenmaal meer erfelijke aanleg om te verouderen dan de ander. Zo zijn er een paar verouderingssyndromen met specifieke afwijkingen van de genen waardoor patiënten die hieraan lijden vroegtijdig verouderen.

## Inwendige verandering: wat verandert er allemaal?

De belangrijkste cel van het bindweefsel in de lederhuid is de fibroblast. Deze cellen produceren collageen, een niet-elastische vezel die zorgt voor de stevigheid van de lederhuid. Ook maken ze de elastische en netwerkvezels aan en andere belangrijke stoffen in bindweefsel zoals glycosaminoglycanen en glycoproteïnen. Fibroblasten spelen een belangrijke rol in wondgenezing en naarmate wij ouder worden, worden deze cellen minder actief. Met alle gevolgen van dien: het aantal elastinevezels loopt terug, maar ook de kwaliteit en daarmee het elastische vermogen ervan. Bij zeer oude mensen vallen de elastinevezels uiteindelijk geheel uiteen en verandert de architectuur van de collageenvezels. Als gevolg hiervan wordt de structuur in de lederhuid losser en slapper. Onder invloed van de zwaartekracht vormen zich huidplooiën die naar beneden hangen, vooral op plaatsen waar de huid gevuld was door de afzetting van vet in het onderhuidse bindweefsel.

De grootste veranderingen treden op in de puberteit en op oudere leeftijd. Ze zijn onafhankelijk van de huidskleur. De huid van een baby heeft een dikke vetlaag, maar een relatief dunne hoornlaag. Tijdens de puberteit stimuleren geslachtshormonen de talgklieren om talg aan te maken waarmee de huid beschermd

wordt tegen invloeden van buitenaf. Naarmate we ouder worden, nemen de celdelingen in de opperhuid af, waardoor deze cellaag dunner wordt. Maar de overliggende hoornlaag neemt omgekeerd evenredig in dikte toe.

Het aantal zweetklieren neemt bij veroudering drastisch af en het duurt ook langer voordat de kliertjes door een verhoging van de temperatuur worden gestimuleerd om zweet te produceren. Oudere mensen zweten daardoor minder. Ook vermindert het aantal talgklieren, waardoor de huid minder beschermende huidsmeer (talg) aanmaakt en sneller uitdroogt. Veel ouderen hebben dan ook last van een droge huid. En omdat een droge huid vaak jeukklachten geeft, hameren dermatologen altijd op niet te lang, te heet en teveel douchen. En alleen als het echt niet anders kan zeep gebruiken.

Doordat bij het ouder worden de huid minder als stootkussen functioneert, kunnen gemakkelijker bloeduitstortingen en wondjes ontstaan. Omdat ook de bloeddorstrooming van de dunnere huid verslechtert en de celdeling langzamer verloopt, zal een beschadigde huid bij oudere mensen bovendien trager genezen.

## Uitwendige veroudering: invloed van de omgeving

De *uitwendige* huidveroudering wordt beïnvloed door alle zich opstapelende omgevingsfactoren, zoals roken, zwaartekracht en chronische zonblootstelling. In de praktijk zijn in- en uitwendige vormen van veroudering vaak moeilijk van elkaar te scheiden. Een belangrijk verschil tussen in- en uitwendige veroudering is dat bij de laatste een grotere kans bestaat op kwaadaardige veranderingen en vroegtijdige veroudering. Lichaamsdelen die het meest hieraan worden blootgesteld, zijn het gelaat, de nek, de handruggen, het décolleté bij vrouwen en niet te vergeten het kalende hoofd bij mannen.

Met *photo aging* wordt in de literatuur huidveroudering onder invloed van zonlicht aangeduid. Zonlicht bestaat naast infrarood en zichtbaar licht uit ultraviolet (UV) licht. Het zonlicht dat de aarde bereikt, bestaat voor meer dan 95% uit UVA en een klein deel UVB. Toch komt het schadelijk effect in de huid vooral van UVB. UVB is zo schadelijk omdat belangrijke onderdelen in de huid, zoals DNA (ons erfelijk materiaal) UVB-straling absorbeert. UVA heeft ook negatieve effecten, maar pas na een grotere hoeveelheid straling. UVA-stralen geven vrijwel geen verbranding, werken in op de pigmentcellen van de huid, waardoor men bruin wordt. UVA levert wel een stevige bijdrage aan de huidveroudering. Het directe effect van zonnen is ons

# Een intelligent spreekuur?

allemaal bekend: we worden bruin. Dat komt omdat pigmentcellen onder invloed van de zon actiever en groter worden. Ze maken dan meer en grotere pigmentkorrels aan: melanosomen. Bovendien wordt de hoornlaag van de opperhuid dikker.

Andere minder belangrijke uitwendige oorzaken die het verouderingsproces van de huid versnellen, zijn: andere vormen van bestraling (infrarood), klimaatfactoren (wind, regen en temperatuur) en blootstelling aan toxische stoffen. Bovendien spelen voeding, lichaamsgewicht en hormonale veranderingen een (kleine) rol.

*Kun je je beschermen tegen veroudering?*

De beste manier om vroegtijdige huidveroudering en huidkanker te voorkomen is je beschermen tegen de zon. Niet alleen huidverbranding, maar ook huidkanker kan ontstaan door langdurig zonnen.

Zonlicht helemaal vermijden is in de praktijk niet haalbaar en eigenlijk ook niet wenselijk. Het heeft ook gunstige effecten, niet in de laatste plaats op ons gevoel van welbevinden. Wat wel haalbaar lijkt, is om de huid bij blootstelling aan zonlicht zo goed mogelijk te beschermen.

Jezelf beschermen kan eenvoudig. Het advies van het Huidfonds is: *weren, kleren en smeren!*

1. **Weren:** zoek de schaduw zo veel mogelijk op, zeker tussen 11:00 en 15:00 uur.
2. **Kleren:** draag bedekkende kleding, hoed en zonnebril. Kleding beschermt je huid tegen schadelijke UV-straling. Dus draag een shirt met lange mouwen, hoed en zonnebril als je naar buiten gaat. Wil je het nog beter doen? Draag dan UV-werende kleding.
3. **Smeren:** smeer je onbedekte huid royaal in met zonnebrandcrème van minimaal factor 30 mét UVA-filter. Dun smeren geeft onvoldoende bescherming. Breng een half uur voor je naar buiten gaat zonnebrandcrème aan en herhaal dit elke 2 uur en na het zwemmen, sporten of afdrogen.

Op deze manier kan onze huid gezond en misschien wel rimpelloos oud worden. **H**

Precies een jaar geleden was ik mede-gastredacteur van een themanummer van het tijdschrift voor dermatologen over kunstmatige intelligentie.<sup>1</sup> Fantaserend over hoe dit in de toekomst ons spreekuur zou kunnen beïnvloeden schreef ik: *'Het EPD bevat verder een algoritme dat met u 'meeluistert', 'meedenkt' en vragen kan suggereren die u in staat stellen om onderscheid te maken tussen verschillende uitkomsten'*. Hoewel dit toen vergezocht leek, wordt er inmiddels in diverse ziekenhuizen in Nederland geëxperimenteerd met kunstmatige intelligentie. Zo werken cardiologen in het Erasmus MC aan een algoritme dat precies dit doet en meer. Het vat met ChatGPT het gesprek tussen specialist en patiënt samen en zet dit automatisch in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Het zet bovendien zogenaamde orders klaar voor aanvullend (bloed)onderzoek en afspraken die na controle door de arts worden uitgevoerd. Want de arts blijft natuurlijk eindverantwoordelijk, maar deze ontwikkeling zou wel eens een deel van het personeelsprobleem in de zorg kunnen oplossen.

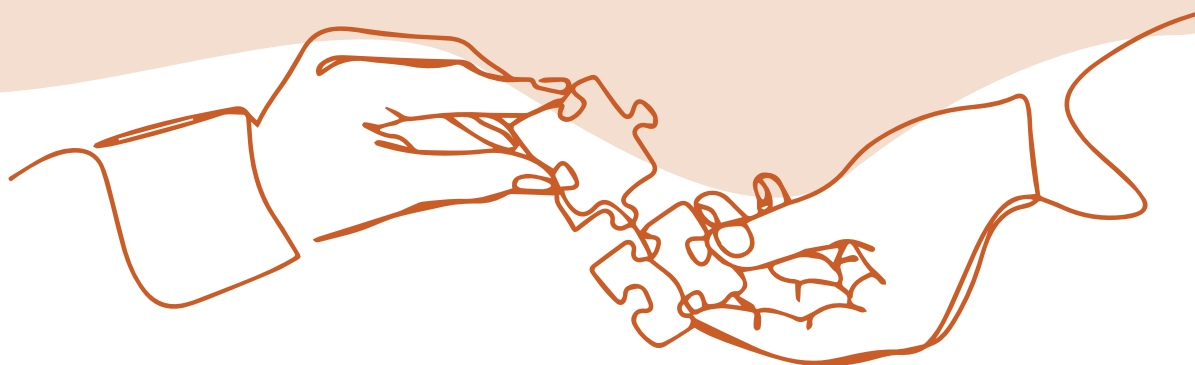
Wanneer ik terugdenk aan het begin van mijn carrière, meer dan dertig jaar geleden, werkten we in de zorg nog met papieren dossiers: statussen genaamd. Op iedere poli was een medewerker de hele dag bezig met het voorbereiden van de spreekuren. Daarvoor moest deze voor ieder spreekuur alle statussen opzoeken. Alles wat niet aanwezig was in het tijdelijke archief op de poli moest worden opgehaald in het grote archief in de kelder van het ziekenhuis, of werd verstuurd met de buizenpost. Toch ontbrak er op ieder spreekuur wel een of meerdere statussen. En 's avonds moesten die statussen allemaal weer handmatig worden opgeborgen. Daar ging natuurlijk regelmatig wel iets mis waardoor statussen zoekraakten. Dat is allemaal niet meer aan de hand met de introductie van het EPD. Geen ontbrekende statussen meer en vooral heel veel fte's aan 'zoekpersoneel' dat beter kon worden ingezet voor de directe patiëntenzorg.

De meeste ziekenhuizen werken al met een of andere vorm van kunstmatige intelligentie. De bekendste zijn de zogenaamde chatbots. Dat zijn computerprogramma's waarmee een niet van echt te onderscheiden gesprek gevoerd kan worden. Zo kan de gebruiker 24 uur per dag vragen stellen. Verder krijgen patiënten met regelmaat allerlei reminders over hun afspraken in de hoop het percentage 'no-show' (landelijk 4%) te verlagen. Ook bieden de meeste ziekenhuizen inmiddels de mogelijkheid voor patiënten om delen van het dossier online in te zien en zo bijvoorbeeld een recept aan te vragen of afspraken te maken. En hoewel de beste oplossing voor gegevensuitwisseling natuurlijk één landelijk EPD zou zijn, is dit voor de marktleider op dit gebied (ChipSoft) financieel niet aantrekkelijk. Het alternatief daarvoor is de persoonlijke gezondheidsomgeving of PGO. Maar dan moet de patiënt wel meebewegen, en dat gebeurt onvoldoende. Het aantal unieke PGO-gebruikers is weliswaar gestegen van 87.846 in 2022 naar 490.515 een jaar erna, maar dat is nog steeds weinig als je het vergelijkt met de ruim 7 miljoen unieke bezoekers aan de ziekenhuizen.

Er gebeurt momenteel in de zorg heel veel op het gebied van kunstmatige intelligentie. De verwachting is dat dit een deeloplossing wordt voor het dreigende personeelstekort. Deels doordat taken door de computer kunnen worden overgenomen, maar vooral omdat de zorg dan weer leuker wordt. Je gaat immers de zorg niet in omdat je de administratieve taken zo gaaf vindt. **H**

1. [https://nvdv.nl/storage/app/media/NTvDV\\_o8\\_2023\\_LR.pdf](https://nvdv.nl/storage/app/media/NTvDV_o8_2023_LR.pdf)

# Gaan mensen met veelvoorkomende klachten hiermee ook naar de huisarts?



**Omdat wij als huisarts moeten zorgen dat er in de toekomst ook huisartsen zijn, leiden wij in onze praktijk huisartsen op en hebben we vaak coassistenten die bij ons stage lopen.**

Aan het eind van de dag neem ik met de coassistent Inaya door wat zij heeft gezien. Zij ziet 1 patiënt per half uur en ik 1 patiënt per kwartier of 10 minuten, afhankelijk van hoe druk het is. Ik laat haar een foto zien van de laatste patiënt die ik op het spreekuur heb gezien. Ik vertel erbij dat het een vrouw was van 35 met rode jeukende vlekken op de benen sinds 2 dagen. Patiënte vertelde dat er nieuwe vlekken bijkomen en andere weer wegtrekken. Ze had het één keer eerder gehad en toen was het uit zichzelf weggegaan. Ze wist geen oorzaak waardoor het is ontstaan. “Wat denk jij dat dit is?” vraag ik Inaya. “Urticaria?” antwoordt Inaya weifelend. “Heel goed,” antwoord ik, “het heet ook wel netelroos en het is een reactie op stoffen die in de huid vrijkomen (bijvoorbeeld histamine). Meestal weten we de oorzaak niet en gaat het in een paar dagen weer over.” Ik vertel dat ik patiënte adviezen heb gegeven en haar aangeraden heb af te wachten.

onze spreekuren. Inaya heeft vandaag 2 mensen met oorpijn gezien, één met pijn aan de knie, één met een verzwikte enkel en 3 mensen met een huidaandoening. Ook ik heb vandaag 3 mensen met eczeem gezien, 2 met een schimmelinfectie en 2 moedervlekken.

Ik laat haar een tabel zien. Drie rijtjes: in het eerste is zijn de huidklachten die mensen thuis, ouder dan 18 jaar, in het afgelopen jaar bij zichzelf hebben waargenomen. In het tweede rijtje: de huidklachten die het meest bij de huisarts worden gepresenteerd. In het derde rijtje: wat het meest bij de dermatoloog voorkomt. “Wat gek,” zegt Inaya “huidschimmels komen bij mensen thuis veel voor en ook bij de huisarts, maar weer niet bij de dermatoloog.” “En acne wel bij de mensen thuis en bij de dermatoloog, maar weer niet bij de huisarts, hoe komt dat?” Ik speel de bal terug: “Wat denk je zelf?”. Nadat we een tijdje er samen over nagedacht hebben, zien we dat er veel dingen een rol spelen. Bijvoorbeeld kan je voor sommige klachten zelf als patiënt bij de drogist dezelfde zalf of crème kopen die de arts voorschrijft. Dat geldt voor schimmelinfecties en deels voor acne, maar weer niet voor eczeem. Dat huisartsen

## Top 5 dermatologische klachten

	Populatie <sup>1</sup> (>18 jaar, laatste 12 maanden)	Huisarts (voórkomen) <sup>2</sup> 2022	Dermatoloog <sup>3</sup> (geopende DBC's) in 2023
1	Dermatomycosen (schimmelinfecties)	Dermatomycosen (schimmelinfecties)	Kwaadaardige huidaandoeningen
2	Acne	Contacteczeem of ander eczeem	Mogelijk kwaadaardige huidaandoeningen
3	Eczeem (alle soorten)	Wratten	Moedervlekken
4	Haaruitval (alopecia)	Rode plekken huid	Psoriasisachtige aandoeningen
5	Psoriasis	Scheurwond/ snijwond	Acne

DBC: diagnose-behandelcombinatie

“Jullie zien wel veel mensen met klachten van de huid,” zegt Inaya, “is dat altijd zo?” “Dat klopt” zeg ik. We kijken samen naar



Urticaria (netelroos)



## Standpunt NVDV over emollientia



in tegenstelling tot dermatologen veel schimmelinfecties zien, komt omdat ze het probleem zelf oplossen. Bij acne is het weer anders. De meeste mensen gaan daarvoor niet naar de huisarts, en als ze wel komen, stuurt de huisarts ze door omdat het vaak hardnekkige of moeilijke gevallen zijn die niet reageren op de gewone behandeling. Wratten ziet de huisarts veel, maar deze komen vooral bij jonge kinderen voor, en veel minder bij mensen boven de 18 jaar. Moedervlekken worden door de mensen zelf niet genoemd, maar patiënten komen er wel vaak mee bij de huisarts (plek 7), en bij twijfel verwijst de huisarts naar de dermatoloog (plek 3). Dermatologen zijn veel bezig met (mogelijke) kwaadaardige huidaandoeningen. Mensen komen hiermee eerst bij de huisarts, maar worden meestal door de huisarts naar de dermatoloog verwezen.

Van alle klachten die bij de huisarts worden gepresenteerd, komen huidklachten het meest voor (16% van alle nieuwe klachten). En van alle verwijzingen door de huisarts naar een ziekenhuis gaat het in de meeste gevallen om een verwijzing naar de dermatoloog. De huisarts verwijst dan niet de mensen met huidschimmels door, maar vooral de mensen met ernstige (huidkanker) of langdurige (psoriasis) aandoeningen. Dat is dan een mogelijke verklaring dat de dermatoloog die klachten zoveel ziet.

“Nou dat is knap ingewikkeld,” concludeert Inaya, “maar wel verhelderend.” “En wat heb je hiervan geleerd?” vraag ik Inaya. “Dat niet alle mensen met klachten naar de huisarts komen.” En ze vervolgt: “Het lijkt mij als huisarts met al die vlekjes en plekjes heel moeilijk om de juiste mensen door te verwijzen.” Dat lijkt mij een mooie conclusie. **H**

### Referenties:

1. Richard MA, Paul C, Nijsten T, e.a.; EADV burden of skin diseases project team. Prevalence of most common skin diseases in Europe: a population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022; 36:1088-96. (vragenlijst bij mensen 18 jaar en ouder in Europa welke huidaandoeningen ze de laatste 12 maanden hebben gehad)
2. Top 50 incidentie. Nivel 2022. <https://www.nivel.nl/nl/zorg-en-ziekte-in-cijfers/cijfers-ziekten-op-jaarbasis>
3. Open data van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) Top 100 meest voorkomende diagnoses per specialisme 2023 <https://www.opendisdata.nl/>

**De NVDV heeft een standpunt opgesteld naar aanleiding van signalen van verzekeraars om emollientia (smeermiddelen bij droge huid) bij chronische huidaandoeningen zoals constitutioneel eczeem, psoriasis en ichthyosis niet meer (standaard) te vergoeden. Verzekeraars beroepen zich op wetgeving. De kans dat zij op hun schreden terugkeren, wordt niet erg waarschijnlijk geacht.**

Emollientia worden gebruikt bij aandoeningen zoals eczeem, psoriasis en ichthyosis om de huid gehydrateerd te houden en symptomen zoals jeuk, irritatie en droogheid te verminderen, waardoor minder wordt gekrabd en de huid minder wordt beschadigd. Hierdoor kan een gestoorde huidbarrière zich herstellen of kan voorkomen worden dat die wordt aangetast. Een betere huidbarrière draagt ertoe bij dat de frequentie en ernst van opflakkingen van deze huidaandoeningen verminderen

De NVDV hecht veel waarde aan de vergoeding van basiscrèmes en -zalven aan mensen met chronische huidaandoeningen. In 2017 publiceerde dermatoloog Van Zuuren met medewerkers, een zogenoemd Cochrane-review, een op systematische wijze verzameld literatuuroverzicht waarin zij op basis van de resultaten van 77 wetenschappelijke studies met in totaal 6603 deelnemers tot de conclusie kwam dat emollientia effectieve middelen zijn om de huid van mensen met chronische huidaandoeningen in goede conditie te houden. Uit dat onderzoek bleek o.a. dat deze middelen helpen de ernst van eczeem te verminderen en de tijd tussen uitbraken te verlengen. Mensen met chronische huidaandoeningen hebben hierdoor gemiddeld een betere kwaliteit van leven, een hogere productiviteit op de arbeidsmarkt en een lager gebruik van medische voorzieningen en duurdere behandelingen. Daarnaast is een goed gehydrateerde huid minder vatbaar voor infecties en andere complicaties die vaak voorkomen bij chronische huidaandoeningen. Wanneer mensen niet in staat zijn deze middelen zelf aan te schaffen, zal het behandelingsafnemen en zullen deze patiënten sneller doorstromen naar andere, over het algemeen duurdere, zorgopties.

Het onderzoek van Van Zuuren e.a. toonde ook aan dat er geen significant bewijs is dat het ene middel superieur is aan het andere, wat de algemene toegankelijkheid en keuzevrijheid in therapieën ondersteunt. Maar dat pleit er dus ook voor dat de goedkoopste middelen niet per definitie slechter zijn dan de duurdere middelen. En aangezien de goedkope middelen ook vrij verkrijgbaar zijn, d.w.z. zonder recept, verklaart dat ook meteen waarom verzekeraars de vergoeding willen stoppen voor mensen die deze middelen voor hun huidziekte gebruiken. Kennelijk zijn er in de ogen van verzekeraars te veel mensen die deze middelen ook in kleine hoeveelheden voorgeschreven en vergoed krijgen, terwijl ze dat best zelf zouden kunnen betalen

Mochten verzekeraars in Nederland besluiten om basiscrèmes en zalven alleen beschikbaar te stellen onder vergoedingsvoorwaarden, dan verzoekt de NVDV de verzekeraars dit te doen binnen de kaders van 'ontregel de zorg', waarbij een toename van de administratieve lasten wordt voorkomen. Een mogelijke maatregel is automatische vergoeding vanaf bijvoorbeeld een tweede voorschrijving. **H**

# Uitnodiging Hackathon Lekker in je vel

**Wil jij bijdragen aan oplossingen voor mensen met een huidaandoening? Doe dan mee aan de hackathon Lekker in je vel!**

## Hackathon

Huid Nederland en Stichting Health Challenges organiseren op 22 en 23 november a.s. een hackathon voor ervaringsdeskundigen, patiëntvertegenwoordigers, zorgprofessionals en creatieve en technische professionals. Met een zo divers mogelijke groep gaan we in 1,5 dag de strijd aan met knelpunten die mensen met een huidaandoening ervaren.

Je gaat aan de slag met een van de volgende thema's: passende zorg, acceptatie, toegang tot betrouwbare informatie, awareness, wat kun je zelf doen?, psychische klachten, gebrek aan kennis en weten dat je niet alleen bent.

## Uitdager of oplosser?

Meedoer kan als 'uitdager' en als 'oplosser'. Als uitdager breng je een eigen probleem/knelpunt in passend bij een van bovengenoemde acht thema's. Als uitdager pitch je jouw knelpunt en werk je samen met een team aan een oplossing tijdens de hackathon.

Als oplosser sluit je aan bij een van bovengenoemde thema's en werk je tijdens de hackathon in een team met andere oplossers en een uitdager aan een oplossing.

## Workshop 'Mensgericht ontwerp'

Voorafgaand aan de hackathon volg je online de workshop 'Mensgericht ontwerp' van 1 uur van Stichting Health Challenges om goed voorbereid aan de slag te kunnen tijdens de hackathon. Voor deze workshop kun je kiezen uit 6 november (20:00 uur), 12 november (12:00 uur) en 18 november (20:00 uur). Een waardevolle workshop voor jou als deelnemer, niet alleen relevant voor deze hackathon, maar ook voor andere activiteiten.

## Inschrijven

Wij hebben maximaal 50 plaatsen, dus wij raden je aan om je op tijd aan te melden. Er is plek voor ongeveer 8-10 zorgprofessionals. Naast zorgprofessionals nodigen wij ook patiëntvertegenwoordigers, naasten van mensen met een huidaandoening en mensen met een creatieve, technische of andere relevante achtergrond uit om (out of the box) mee te denken over oplossingen.

## Praktisch

Op vrijdagavond 22 november begint de hackathon online, en op zaterdag 23 november overdag is iedereen aanwezig op locatie in Amersfoort (incl. koffie/thee, versnaperingen, lunch en borrel). **H**



Stichting Health Challenges



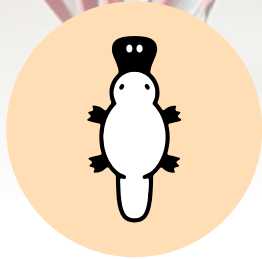
Stichting Health Challenges

Alle informatie over de hackathon en inschrijven kan via <https://www.stichtinghealthchallenges.nl/lekker-in-je-vel-hackathon>



Voor vragen stuur je een e-mail naar [hackathon@huidnederland.com](mailto:hackathon@huidnederland.com)

De hackathon wordt georganiseerd met een subsidie van ZonMw en is een initiatief van Huid Nederland (koepelorganisatie voor huidpatiëntenverenigingen) en Stichting Health Challenges.



# LPVN start Platypus Project met NVDV

**Meer onderzoek naar lichen planus (LP)?! Dat is al 20 jaar de wens van onze patiëntenvereniging en van velen die met LP moeten leven (een ontsteking van huid en/of slijmvliezen die op veel verschillende plaatsen op en in het lichaam kan voorkomen). Maar hoe krijg je dat als kleine vereniging voor elkaar? Begin 2024 heeft het bestuur van de Lichen Planus Vereniging Nederland bij het ministerie van VWS een projectsubsidie aangevraagd. En die hebben we gekregen. Daar zijn we super blij mee! En ook best trots op onszelf dat dit gelukt is.**

*Sylvia Groot, voorzitter, en Gea de Wilt, secretaris LPVN*

Ons project, wat wij het Platypus Project noemen, is een belangenbehartigingsproject. We komen op voor de belangen van onze patiënten en willen de impact en het bereik van onze vereniging vergroten en onze organisatie sterker maken. Hoe? We beseften op gegeven moment dat wij meer 'lawaaï' moesten gaan maken, we moesten gaan praten met mensen en organisaties die mogelijk iets voor ons konden betekenen.

Het doel van het project is om inzicht te krijgen in kansrijke mogelijkheden om onderzoek te genereren of aan te sluiten bij bestaande of toekomstige onderzoeken naar LP, in binnen- of buitenland. Het moet ook inzicht opleveren in wat ervoor nodig is om aan te sluiten bij onderzoek. Uiteindelijk hopen we dat er meer aandacht komt voor LP, en daarmee komt er hopelijk onderzoek naar mogelijke oorzaken, naar betere behandelingen, naar betere medicatie. Wij noemen het een 'verkenning' en een 'lobby'. N.B. De subsidie mocht (helaas) niet besteed worden aan medisch onderzoek, maar wel aan een 'voortraject' daartoe.

Na gesprekken met een aantal partijen hebben we de opdracht neergelegd bij de Nederlandse vereniging van dermatologen (NVDV); samen gaan wij het project uitvoeren. Er was vrijwel meteen een klik. Wij voelden dat ons project hier thuis hoorde en in goede handen was. Zij begrepen meteen heel goed wat wij wilden en wij achtten de kans op een vervolg hier het grootst; één of een aantal medische onderzoekstrajecten is ons uiteindelijke doel.

Ons project is op 1 augustus dit jaar van start gegaan. We zijn momenteel bezig een patiëntenstuurgroep op te zetten omdat patiëntenparticipatie en empowerment heel belangrijk zijn voor het slagen van ons project. We hebben in het laatste half jaar al met veel mensen gesproken en we merken dat er heel veel energie en steun voor ons project is, en dat is geweldig! **H**



Collage van foto's van @devragendokter

## ‘Maak mensen met huidproblemen zelfredzaam’

**Huisarts Jojanneke Kant doet meer dan praktijk voeren. Zij ontwikkelt en geeft scholingen via het scholingsplatform Triage24. Zij maakt eigen podcasts en deelt laagdrempelig medische informatie op haar Instagramaccount onder de naam @devragendokter. Zij beantwoordt ook graag de vragen van HEELdeHUID. Wat beweegt haar?**

*Waarom ben je het Instagramaccount @devragendokter begonnen?*  
“Ik merkte in mijn dagelijks werk dat patiënten vaak helemaal geen idee hebben wanneer ze contact met een dokter moeten opnemen. En al helemaal niet wie ze dan moeten bellen: de huisarts, 112 of naar de SEH gaan? Het is heel lastig voor de gemiddelde burger om te weten bij welk loket je met welke klacht moet aankloppen. Ook mist er een soort basiskennis over relatief simpele klachten: wat moet je doen als je 's avonds

ontdekt dat je kind na het buiten spelen een teek op het lijf heeft of als je kind koorts heeft? Bel je dan meteen de dokter of kun je zelf verstandige maatregelen nemen en wacht je eerst af wat er dan gebeurt? Dat geldt voor heel veel dingen: wat kan je zelf doen als je kind eczeem heeft? Wanneer moet je met een snijwond naar het ziekenhuis? Op heel veel van die eenvoudige vragen geef ik antwoord. Daarbij baseer ik mij op alle degelijke bronnen waar wij in de huisartsenwereld over beschikken. Op die manier probeer ik ook tegengas te geven aan alle vormen van misinformatie waar internet mee wordt overspoeld.”

### **Wat wil je hiermee bereiken?**

“Mijn ultieme droom is dat ik mensen wat meer zelfredzaam kan maken wat betreft hun gezondheid. Niet alleen omdat het de druk op de zorg kan verminderen, maar ook omdat ik merk dat mensen om (voor mij) hele kleine dingen echt heel erg ongerust of zelfs in paniek kunnen zijn. Ik gun iedereen een soort basispakket aan kennis, waarbij mensen kleine dingen zelf kunnen oplossen en waarbij ze weten wat alarmsymptomen zijn om aan de bel te trekken. En waarbij ik als huisarts altijd laagdrempelig betrokken blijf, maar wel nádat de patiënt al zelf heeft gekeken of paracetamol de pijn wegneemt, of een mentholcrème de jeuk.”

*Is dat ook het idee dat achter Triage24 zit?*

“Triage24 is een scholingsplatform voor doktersassistenten en andere medewerkers in de eerste lijn met scholingen die gericht zijn op spoedzorg en triage. Triage wordt een steeds belangrijker onderdeel binnen de eerste lijn. We gaan aankomende jaren met steeds minder zorgverleners steeds meer zorg leveren. Dat kan niet zonder goede triage aan de poort. De scholingen variëren van e-learnings en livesessies tot masterclasses en congressen. Het platform is sinds januari vorig jaar actief en het doel is om op een uitdagende manier kennis te delen. Kennis die praktisch is, maar ook verdieping geeft in je vakgebied.”

*Je sprak daarnet over misinformatie. Merk je in je praktijk iets van misleidende of zelfs ronduit verkeerde adviezen/invloeden van social media als het gaat om de huidklachten waar ouders met kinderen bij jou mee komen?*

“Wat ik zelf het ergste vind, is de trend om je kind niet in te smeren met zonnebrandcrème. Die hoor ik toch nog wel regelmatig voorbijkomen. En of dat dan is omdat zonnebrandcrème kanker zou geven of omdat ze hun kinderen aan ‘zonnetraining’ willen blootstellen, in beide gevallen is het gesprek heel lastig te voeren. Omdat deze ouders hun informatie uit andere bronnen halen dan wat uit de wetenschappelijke literatuur komt, en daar heilig in geloven.”

*Zijn er ook leuke dingen?*

“Ja, gelukkig wel, zoals aan pubers vertellen dat er geen relatie is tussen chocolade eten en het krijgen van acne. En dat ze dan heel hard ‘Zie je nou wel!’ naar hun ouders gillen. En met een grote glimlach de deur uit gaan.”

*Welke huidproblemen zie je als huisarts vaak bij kinderen?*

“Het meest voorkomende huidprobleem bij kleine kinderen is op mijn spreekuur absoluut eczeem. Het is heel wisselend in welk stadium ouders zich melden. Soms bij het eerste plekje en dan hebben ze zelf helemaal nog niets gedaan of opgezocht,



*Huisarts Jozanneke Kant*

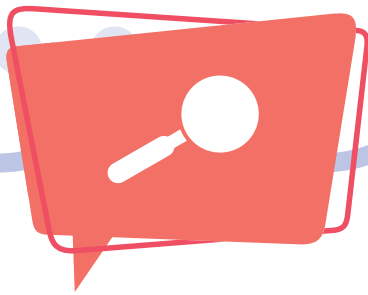
maar soms ook met behoorlijk heftig eczeem waar ouders zelf al aan de slag zijn gegaan met de adviezen van Thuisarts en vette crèmes, maar er niet mee uitkomen. Ook daar merk je overigens de invloed van social media. Wanneer ik dan kies voor het (kortdurend) gebruik van een hormooncrème schrikt iedereen: ‘Dat is toch gevaarlijk voor een kind?!’ Gelukkig kan ik daarbij vaak goed uitleggen dat dat bij juist gebruik niet zo is.”

*Helpt @devragendokter jou om kinderen met huidklachten beter te helpen?*

“Door mijn Instagramaccount en de podcast die we maken (podcast Devragendokter) krijg ik heel veel vragen en behandel ik onderwerpen waar ik mij anders misschien nooit zo in verdiept zou hebben. In die zin word ik echt een betere dokter door actief te zijn op Instagram. Bovendien ben ik daardoor ook al bekend met de meest voorkomende fabels die leven, waardoor ik ook goed kan uitleggen hoe het werkelijk zit. Daarnaast volg ik een aantal dermatologen die mij ook weer dingen leren. En die ik heel laagdrempelig vragen kan stellen. Dus ja, ik zou wel zeggen dat Instagram mij ook helpt als dokter.”

*Welke tips of adviezen heb je voor ouders en hun kinderen als het gaat om huidproblemen?*

“Kijk op betrouwbare sites voor informatie. Voor huisartsenzorg is dat [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl). Deze website is grotendeels door huisartsen gemaakt en bevat betrouwbare wetenschappelijk onderbouwde informatie. En verder: geloof niet wat de eerste de beste influencer op social media zegt en wees kritisch. Als iets te mooi klinkt om waar te zijn, dan is dat meestal ook zo.” **H**



# In strijd met desinformatie op TikTok



Annemie Galimont



**Voor veel mensen lijkt het steeds moeilijker wetenschappelijk onderbouwde informatie te onderscheiden van op niets gebaseerde desinformatie. Dermatoloog Annemie Galimont, werkzaam bij dermaTeam in Zeeland en het Bravis ziekenhuis locatie Roosendaal, heeft zich aangesloten bij een groep artsen (Dokters Vandaag) die strijden tegen medische desinformatie op TikTok, een online-spreekkamer op TikTok met vragen die beantwoord worden door medische experts.**

Het initiatief hiervoor komt van Leonie Hulstein en Joey Scheufler van Prappers Media Group, de grootste producent van TikTok-video's en bedenker van diverse concepten. Zij worden niet gesponsord, er is geen verdienmodel of een verborgen agenda. Zij doen dit belangeloos. Met de filmpjes kunnen zij niet echt opboksen tegen alle gelikte videoclipjes van influencers, maar sommige van de doktersfilmpjes zijn al meer dan een half miljoen keer bekeken en mogelijk dat ouders en kinderen kritische vragen gaan stellen en verontwaardiging uitspreken op TikTok.

Annemie Galimont is een duizendpoot. Ze maakt al vele jaren informatie- en scholingsmateriaal op diverse gebieden van de dermatologie, voor verschillende beroepsgroepen. Zij doet mee in Nederlandse en internationale expertgroepen en heeft in de regio Zeeland meerdere initiatieven voor verbetering van de zorg op het gebied van huidandoeningen. Daarnaast is zij al jaren bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie.

*Vandaar de vraag: waarom doe je dit allemaal? Waarom ook nog zo actief op TikTok?*

“Omdat er door de onzinfluencers en zelfbenoemde experts zoveel desinformatie de ether in geslingerd wordt dat mensen het overzicht kwijtraken. Het leidt er ook toe dat duidelijke en betrouwbare medische informatie niet voor iedereen goed te vinden is. Dit zorgt ervoor dat de verschillen in gezondheid tussen goed en slecht geïnformeerde mensen alleen maar groter worden.”

*Wat doe je daar dan aan?*

“Op TikTok probeer ik tegengas te geven aan desinformatie. Mensen zoeken hun symptomen op, om zich zo goed mogelijk voor te bereiden op een doktersbezoek. Maar in hun zoektocht stuiten ze ook vaak op filmpjes van influencers. Hun verdienmodel maakt dat de boodschap die zij uitdragen niet strookt met goede gezondheidszorg. Je moet dan van goeden huize komen om het onderscheid te maken tussen wat wel en niet medisch onderbouwd is.”

*Hoe komt het dat die influencers zo veel invloed hebben?*

“Er zit altijd wel een kleine kern van waarheid in de boodschap van een influencer. ‘Leef gezond, zorg goed voor jezelf, zorg voor je geest en lichaam.’ Dat zeggen wij natuurlijk ook in onze medische richtlijnen. Maar het onderscheid tussen medisch advies en de boodschap van een influencer is vooral dat de influencer je wat wil verkopen. In de filmpjes komt dan de boodschap: ‘Dit is wat je dokter je niet vertelt’ en dan volgt er uiteindelijk een kortingscode of een supplementenverkoop.”

*Heb je nog een voorbeeld van wat er mis kan gaan, uit eigen praktijk?*

“De troep aan dag- en nachtcrèmes, serums, olie, toners, enz. die tieners dagelijks op hun gezicht smeren, veroorzaakt flinke huidproblemen. Veel van die huidproducten bevatten namelijk potentieel schadelijke ingrediënten die alleen voor volwassenen bedoeld zijn, zoals alfa- en bèta-hydroxyzuren en het vitamine A-derivaat retinol. Deze kunnen irritatie geven of zelfs een allergische reactie veroorzaken, waardoor bij jonge kinderen een eczeemachtige uitslag ontstaat. Dat zie ik tegenwoordig regelmatig op mijn spreekuur.” **H**

**Zie: Wordt een huiduitslag veroorzaakt door een allergie?** van dr. Annemie Galimont, dermatoloog, Bravis ziekenhuis: <https://lnkd.in/eNvH-vMU>

## Blog van Annemie Galimont

Als je door social media scrollt, kom je naast grappige kattenfilmpjes ook informatie over gezondheid en medische aandoeningen tegen. Het aantal accounts dat betrouwbare en onderbouwde informatie deelt, is schrikbarend laag. Er is een overweldigend aanbod van informatie over ziekte en gezondheid waarvan het merendeel niet of slechts deels klopt.

Het veelvuldig delen van goedbedoelde, net niet kloppende informatie, is het grootste probleem waardoor de verspreiding van medische misinformatie een hoge vlucht heeft genomen. Dit probleem is niet uniek voor Nederland, maar is wereldwijd een probleem als men toegang heeft tot een goed functionerend internet en waar er toegang tot alle informatiekanalen is.

Het is belangrijk om in te zien wat onze keuzes drijft, hoe informatie binnenkomt en hoe dit alles ons gedrag beïnvloedt. Er zijn onderzoeken gedaan hoe we misinformatie tegen kunnen gaan. Grote interventies zoals wetgeving en regulering daarvan, weten we dat het niet werkt. De zorgverleners zelf zullen met kleine interventies moeten werken om misinformatie te bestrijden. Hierin is de communicatie met de patiënten van belang. Offline in onze spreekkamers en online op sociale media!

Ook is de toegankelijkheid van duidelijke en betrouwbare medische informatie niet voor iedereen gelijk. Deze informatiekloof zorgt ervoor dat de verschillen in gezondheid tussen goed en slecht geïnformeerde mensen alleen maar groter worden.

Het vergt gezamenlijke inspanning om een tegengeluid te geven, en de mensen in staat te stellen om weloverwogen keuzes te maken. Dit kunnen ook keuzes zijn die niet stroken met de professionele standaarden. Dat zullen we moeten respecteren en met compassie moeten loslaten.

Er zijn op sociale media diverse artsen en zorgverleners actief om betrouwbare informatie te delen. Op 15 maart 2024 is het TikTokaccount Dokters Vandaag gelanceerd. Dit is een van de weinige betrouwbare medische informatiebronnen op TikTok! Dokters Vandaag startte met 8 artsen om via een gezamenlijk account video's met medische informatie op TikTok verspreiden. Binnen twee weken sloten zich meer dan 100 artsen aan.



@doktersvandaag  
Dokters Vancaag



# Witte kop

We kijken elkaar nog één keer aan. Spanning op onze gezichten en de romp in rood-wit gehuld. De afgelopen wedstrijden hield het niet over, dus het is even afwachten hoe het zal gaan. De bal rolt en we zijn begonnen. De eerste zweetdruppels op het gezicht en de eerste bal op de paal. Oef. Dit kan een mooie pot worden, denk ik de eerste tien minuten. Hoe kan dit nog een mooie pot worden, denk ik de overige tachtig minuten. Want er verschijnt een grote nachtkaaars boven het stadion die langzaam opbrandt. Voor ons maakt het eigenlijk niets uit: de ambiance in deze ronde voetbalbak is alleen al de moeite. Het trillen van de tribune en de lucht die hier voetbal ademt. Gelegen in de enige stad van Nederland die met het jaar mooier wordt.

Ik realiseer me dat het plezier tijdens zo'n wedstrijd niet komt door die 22 jongens op het veld die driftig heen en weer rennen, maar door goede gesprekken met vrienden tijdens die negentig minuten. Ongedwongen zitten we daar, zonder ergens heen te hoeven en te kunnen en zonder doodstil te hoeven zijn zoals bij een toneelvoorstelling. Door mijn wimpers lijkt het uitzicht op een levend groen schilderij. Het witte stipje moet met veel weerstand langs een paarse massa worden geperst. Ik kijk naast me en zie dat de puberjongen in zijn gezicht ook een omvangrijke witte stip heeft gehad die naar buiten is geperst. Au!

## Eredivisieniveau

Acne komt op die leeftijd veel voor. Laatst had ik een jongedame van achttien jaar op mijn poli, die al het opgehoopte samenraapsel van talg met bacteriën uit de haarzakjes op de kin had geperst. Druk op de ketel. Bam! De zakjes zijn stuk, de pus heeft een vrije doorgang (naar buiten en naar de zijkant in de huid) en dus even geen 'witte kop' meer. Maar door het drukkende geweld wordt wel een ontsteking aangezwengeld en het haarzakje raakt beschadigd, wat zelfs littekens kan geven. Met haar bespreek ik dat de acne die haar zo parten speelt, door testosteron wordt uitgelokt. Die is in de puberteit op eredivisieniveau en moedigt de talgklier aan om zoveel mogelijk talg aan te maken. Alsof het lichaam denkt dat een zeer vette huid een schoonheidsideaal is. Maar daarbij is het lichaam zuinig en het talgklierzakje moet zijn uitgang delen met het haarzakje. Zo ontstaat een talg-infarct en opstopping. Gelukkig is er een hele goede behandeling die juist deze productie blijvend remt. We besluiten samen de tabletten te starten. Onderwijl vraagt ze hoe snel het werkt, want ze gaat morgen met vriendinnen naar de mooiste club van Nederland en wil dan leuk op de foto staan. "Allemaal dan zo supermooi in rood en wit!", zegt ze trots. Ik geef haar een recept voor een geschikte crème en vraag, verblijd met een blik van herkenning, of ze dan ook afreist naar de stad aan de Nieuwe Waterweg, waarop ze me verbaasd aankijkt. "Nou, het is wat je nieuw noemt, die Amstel ligt er al een tijdje hoor!" **H**





## Huidproblemen tieners door skincare, met dank aan TikTok

**Het was in januari nieuws dat alle media rondging: tieners met huidproblemen omdat ze te veel rommel op hun huid smeren om er mooier uit te zien. Een trend die in de Verenigde Staten op TikTok begon en in een mum van tijd ook in Nederland gangbaar werd.**

Het verzorgen en verfraaien van de huid is natuurlijk niet nieuw. Het is een eeuwenoud gebruik in alle culturen. Wel relatief nieuw zijn de pseudowetenschappelijk onderbouwde verkoopverhalen waarmee producten worden aangesmeerd. Cosmeticafabrikanten volstaan niet meer met het vet houden van een droge huid of het 'inbrengen van vocht'. Het doel van verzorgingsmiddelen is niets minder dan het onthullen van sluimerende schoonheid en het versterken van de vitale eigenschappen die aan jeugd en schoonheid kleven. De huidige cosmetica beogen het 'optimaliseren de natuurlijke rijkdommen' en het verbeteren van de huid door vermeende voedingsstoffen toe te voegen, zoals oliën, crèmes en zelfs zuurstof. Nog nieuwer is dat die verhalen niet meer beperkt blijven tot de doelgroep op middelbare leeftijd, maar dat nu ook tieners worden aangesproken. Dat gebeurt met name op TikTok, een applicatie om korte video's te maken en te delen, die eigendom is van het Chinese internetbedrijf ByteDance. De door gebruikers gedeelde video's zijn toegankelijk via een smartphone-app en via internet.

### **TikTok steeds meer onder vuur**

In de Verenigde Staten heeft het Huis van Afgevaardigden

een wetsvoorstel goedgekeurd om TikTok gedwongen te laten verkopen, of volledig te verbieden. De wet moet nu naar de Senaat, waar de tegenstand een stuk groter is. President Biden zegt klaar te staan om de wet te ondertekenen. Het wetsvoorstel heet officieel de 'wet ter bescherming van Amerikaanse gezinnen tegen toepassingen, gecontroleerd door buitenlandse tegenstanders'.

Ook de Europese Commissie is een procedure begonnen tegen TikTok om te zien of het wel genoeg doet om kinderen te beschermen. De commissie wil onder meer kijken of TikTok zich houdt aan de regels rond reclames en of persoonsgegevens goed worden beschermd. Ook wordt gekeken of de app op basis van algoritmes niet te verslavend gemaakt is.

### **'Skincare'**

Amerikaanse influencers prijzen dure 'skincare'-producten aan in TikTok-filmpjes. Het is een trend die ook naar Nederland is overgewaaid. In Nederland zijn er momenteel zo'n 4 miljoen TikTok-gebruikers. De applicatie is vooral een groot succes bij tieners en jongeren. Eén viral video kan de maker meteen duizenden volgers opleveren. Daardoor is TikTok toegankelijker en geschikter om veel mensen te bereiken op korte termijn dan bijvoorbeeld Instagram. Video's waarin jonge Amerikaanse influencers dure huidproducten aanprijzen, krijgen honderdduizenden views, zoals een filmpje van de 7-jarige Amerikaanse TikToker Haven of die van de 10-jarige North West, de dochter van Kim Kardashian en Kanye West.

De filmpjes over huidverzorging zijn ook heel aanstekelijk. Tieners kunnen er geen genoeg van krijgen, en dat is een beetje





zorgelijk, vinden dermatologen. Ze zien steeds meer jongeren in hun spreekkamers belanden door dat overmatige gesmeer. Zij waarschuwen voor de gevaren van overmatig smeren met serums, toners, oogcrèmes of dag- en nachtcrèmes. “Het kan de huid beschadigen.”

#### **Dermatologen waarschuwen**

Drie dermatologen aan het woord tegen *RTL Nieuws* (<https://www.rtl.nl/nieuws/artikel/5428654/skincare-populair-op-tiktok-jonge-tieners-experts-waarschuwen-gevaren>):

- “Een paar jaar geleden was dit nog niet aan de hand”, zegt dermatoloog Marjolein Leenarts, werkzaam in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk: “Mijn dochters van 11 en 14, hun klasgenoten en vriendinnen doen dit allemaal.”
- Petra Dikrama, dermatoloog bij het Erasmus MC en Dikrama Clinics, merkt dat: “Ik zie en hoor superveel tieners die ‘skincare’ gebruiken. Mijn eigen kinderen van 11 en 13 doen het, ik zie het bij mijn nichtjes, vriendinnen van mijn dochters, op straat en in winkels.”
- Tjinta Brinkhuizen, dermatoloog in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven en Maastricht UMC+ en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Cosmetische Dermatologie: “Ik zie regelmatig tieners met huidproblemen door de veelheid aan producten die ze gebruiken.”

#### **Liever voorzichtig zijn**

De dermatologen waarschuwen dat veel huidverzorgingsproducten schadelijk kunnen zijn voor de huid van jonge kinderen. Het gebruik van oogcrèmes, serums, toners, dag- en nachtcrèmes en verschillende soorten vitamines door kinderen kan de huid blijvend beschadigen en zorgen voor infecties, acne of eczeem. Ook Kirsten Vogelaar, dermatoloog verbonden aan het Zaans Medisch Centrum, waarschuwt voor het gebruik van verschillende producten op de jonge huid:

*Wat zie je in je eigen praktijk hiervan terug?*

“Regelmatig komen er jonge meiden met een tas vol dure producten die ze gebruiken voor hun ‘skin routine’. Ze denken daarmee goed bezig te zijn. Maar niet zelden leiden deze producten tot irritatie van de huid, waarbij de huid rood wordt en gaat branden/jeuken, of er ontstaan pukkeltjes. Sommige zuren in producten die ervoor zorgen dat de huid sneller afschilfert, leiden bij een jonge huid ook vaak tot irritatie en een verstoorde

huidbarrière. Het opbrengen van zoveel verschillende producten kan ook leiden tot een contactallergisch eczeem, waar je de rest van je leven last van kunt houden.

De trend van deze overdreven skin routine op jonge leeftijd lijkt wel te passen in een bredere maatschappelijke ontwikkeling waarbij alles maakbaar moet zijn. Vrij vaak zie ik jonge meiden die zich storen aan een goedaardige moedervlek en deze weg willen hebben. Als ik dan uitleg dat we geen cosmetische ingrepen bij kinderen doen en vertel dat je daarbij een litteken krijgt als je iets weghaalt van de huid, beginnen ze soms te huilen: die moedervlek past niet in hun schoonheidsideaal. Bespreekbaar maken dat iedere huid anders is en moedervlekken en dergelijke erbij horen, kost tijd, die je in een druk spreekuur niet altijd hebt. Ook mijn eigen dochter van 11 vroeg laatst of ik een moedervlek van 3 mm van haar rug even een keer weg kon halen omdat ze die niet mooi vond.”

*Om welke stoffen gaat het?*

“Wat je in die filmpjes ziet aan producten, dat is echt niet goed. Er worden exfolianten, serums, oliën en maskers gebruikt. In sommige producten zitten zuren die de huid juist schaden. Ze zorgen voor vlekken, puistjes of een allergische reactie en dan komen ze via de huisarts bij mij. Als je iets wilt gebruiken voor de huid zou ik het laten bij milde reiniging en een prettige hydraterende crème.”

#### **De huid van Himba-vrouwen**

Op de website van huidprofs (<https://www.huidprofs.nl/skincare/>) staat: “Goed bezig zijn met skincare of gezichtsverzorging is super belangrijk omdat het de vieze laag van je huid weghaalt en je huid in goede conditie houdt. Je reinigt de huid en maakt het klaar voor de dag of nacht.” Maar is dat zo? Dat een vieze huid niet per definitie ongezond is, tonen de Himba-vrouwen.

De Himba's zijn nomaden die in het onherbergzame noordwesten van Namibië wonen. Himba-vrouwen wassen zich nooit, ze smeren zich in met otjize, een mengsel van aarde, geitenvet, kruiden en oker. Door de oker krijgen de vrouwen de typische rode kleur. Het mengsel beschermt hen tegen de zon. De vrouwen dragen hun haar ook in striemen van klei, waar aan de uiteinden plukjes haar uitkomen. Zowel mannen als vrouwen dragen weinig kleding; de traditionele kleding is gemaakt van de huiden van geslachte dieren. **H**

# De gaten in onze kennis; patiëntgericht onderzoek in de dermatologie

**Patiëntenverenigingen worden steeds vaker betrokken bij onderzoek naar oorzaak en behandeling van en het leven met de ziekte. Zij hebben vaak een vinger in de pap bij de opzet en de uitvoering van onderzoek. Zo is de patiëntenvereniging vaak vertegenwoordigd in de groep onderzoekers die de subsidieaanvraag opstelt en indient. Daarnaast kunnen zij een belangrijke rol spelen in het werven van patiënten. Daarnaast proberen patiëntenverenigingen ook te achterhalen wat patiënten zélf belangrijk vinden bij de ziekte. Daarvoor is de term patiëntgericht onderzoek in zwang gekomen, d.w.z. onderzoek waar de patiënt actief bij betrokken is. Annefloor van Enst is als directeur van de NVDV nauw betrokken bij al het onderzoek dat op dit terrein binnen de dermatologie in Nederland wordt gedaan.**

Van Enst: "Onderzoek doen in samenspraak met patiënten is heel belangrijk, of misschien wel een voorwaarde. Echter, de term patiëntgericht onderzoek vind ik eigenlijk niet zo sterk. Uiteindelijk is al het wetenschappelijke onderzoek in de gezondheidszorg gericht op patiëntenzorg. Ook met laboratoriumonderzoek wordt uiteindelijk beoogd bij te dragen aan betere patiëntenzorg. Dus wanneer spreek je specifiek van patiëntgericht onderzoek? De onderwerpen van de kennisagenda van de NVDV zijn geprioriteerd samen met patiënten, dit maakt de kennisagenda in elk geval extra patiëntgericht. Misschien zou je de term patiëntgericht onderzoek moeten reserveren voor onderzoek naar de vraag hoe patiënten de zorg ervaren en wat ze vinden van de kwaliteit ervan. Ik spreek dan liever van zorg vanuit patiëntenperspectief; waardengedreven zorg."



## Kennisagenda

Een kennisagenda is een beschrijving van de belangrijkste kennisvelden binnen een discipline, bijvoorbeeld de dermatologie.

Kennisagenda's worden opgesteld met alle betrokken partijen; zij vormen een eerste stap in het proces van zorgevaluatie (het evalueren van bestaande medische zorg die in de praktijk wordt toegepast, terwijl er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit). Daarbij hoort een plan van aanpak dat beschrijft hoe deze kennislacunes kunnen worden opgelost door middel van klinisch onderzoek.



Annefloor van Enst

*Wat zijn jouw persoonlijke ervaringen met patiëntgericht onderzoek?*

"In mijn gehele loopbaan ben ik bezig geweest om patiëntgericht onderzoek te beoordelen, maar ik heb het zelf nooit gedaan. Op mij is de het spreekwoord 'de beste stuurder staat aan wal' dan ook erg van toepassing. Ik weet goed hoe je onderzoek moet doen en hoe de methodiek de uitkomsten van het onderzoek al dan niet beïnvloedt, maar ik heb zelf altijd gefocust op meta-epidemiologisch onderzoek, een soort literatuuronderzoek."

*In 2019 leverde de NVDV de Kennisagenda Dermatologie op. Naar aanleiding daarvan werd de Adviesraad van LaCuNe opgericht bestaande uit dermatologen uit zowel universitaire als de grotere algemene ziekenhuizen met het doel: het stimuleren van zorgevaluatie-onderzoek. Welke onderwerpen zijn destijds hoog geprioriteerd? Wat is daarvan in gang gezet? Wat is de stand van zaken na 5 jaar?*

"Er zijn verschillende onderzoeken opgestart. Een daarvan is een groot onderzoek naar de effectiviteit van lichttherapie bij patiënten met constitutioneel eczeem: de UPDATE-trial. Dat is kennishiaat 4. Daarnaast worden er verschillende onderzoeken gedaan naar het verlagen van de dosering biologics of small molecules of het verlengen van het interval. Dat is kennishiaat 6. Binnenkort start er een studie naar de effectiviteit van systemische behandeling bij patiënten met cicatriciële alopecieën (vormen van haaruitval met littekenvorming), kennishiaat 9."

"Een van de kennishiaten luidde: 'Wat is de effectiviteit van ureum bevattende emollientia (smeermiddelen) bij patiënten met constitutioneel eczeem (CE) en/of ichthyosis?' Dit was relevant omdat dit middel op advies van het Zorginstituut niet meer vergoed werd, terwijl alle dermatologen het er over eens waren dat dit een goed middel is bij deze aandoeningen. Bij het opzetten van een onderzoek hiernaar bleek al gauw dat er heel veel patiënten nodig zouden zijn om dit ook wetenschappelijk aan te tonen. Bovendien zit je ook met het inrichten van een controlebehandeling. Kan je mensen vragen om een tijd geen ureum te gebruiken? En als je dat gaat vragen, willen er dan nog wel patiënten meedoen?"

### *Hoe verloopt de financiering van deze projecten?*

"De financiering verloopt moeizaam. Er zijn meer onderzoeksaanvragen dan er geld beschikbaar is. Minder dan 10% van alle subsidieaanvragen wordt gehonoreerd. En dan zijn er nog een paar hobbels. Ten eerste moet een subsidieaanvraag uiteraard van goede kwaliteit zijn. Daarnaast wordt gewogen op relevantie. Wat relevant wordt gevonden, heeft veelal te maken met de potentiële kostenbesparing. De paradepaardjes van het programma zorgevaluatie zijn veelal studies die aantoonen dat bepaalde zorg niet meer nodig is. Een voorbeeld is de uitkomst dat het plaatsen van buisjes bij kinderen met oorontsteking alleen maar onder bepaalde voorwaarde nodig is en dat stabiele patiënten met angina pectoris met optimale medicatie vaak niet meer gedotterd hoeven te worden. Wij hebben natuurlijk ook dergelijke vragen op onze agenda staan, zoals onze nummer 1. Moet actinische keratose wel altijd behandeld worden ter preventie van plaveiselcelcarcinoom? Gek genoeg is dat onderwerp twee keer ingediend met uitstekende methodologische beoordelingen, maar meende ZonMw dat het onderwerp niet relevant genoeg was.

Mogelijk speelt mee dat dat er in andere vakgebieden vaak meer bespaard kan worden, zoals de cardiologie of chirurgie.

Op de kennisagenda van de dermatologie staan onderwerpen die veelal gaan over effectieve zorg. Hoe kunnen patiënten een hogere kwaliteit van leven bereiken? Ook gaat het over ziekten met een lage prevalentie. Het lijkt erop dat de subsidiegever die vragen minder belangrijk vindt dan vragen over hoogvolumezorg en kostenbesparing. Toch mogen we heel tevreden zijn met wat er loopt. Daarvoor is en wordt keihard gewerkt. De UPDATE-trial is bijvoorbeeld een van de beste lopende studies. Dat is een enorme prestatie want eerder werd de studie bijna gestopt omdat er te weinig patiënten werden geïncludeerd."

### *Hoe is de samenwerking tussen de academische en de grotere algemene ziekenhuizen?*

"Die is erg goed. In de meeste gevallen zijn de grotere algemene ziekenhuizen bereid om patiënten te includeren voor een onderzoek. Echter, wanneer de inclusie van patiënten veel tijd vraagt wordt het voor de STZ-ziekenhuizen erg lastig om medewerking te verlenen. In de UPDATE-trial, een onderzoek naar de effectiviteit van UVB-lichttherapie bij de behandeling van met mensen met constitutioneel eczeem, werken 15 centra samen. Omdat het opnemen van patiënten in de studie, de controle en behandeling veel tijd vergen zorgt de onderzoeksgroep ook voor ondersteuning in de ziekenhuizen die meedoen, bijvoorbeeld door het opnemen in de studie uit te laten voeren door een onderzoeksverpleegkundige."

### *Wat is rol van patiëntenverenigingen bij onderzoeksprojecten binnen de dermatologie?*

"Ik geloof dat patiëntverenigingen bij veel onderzoek worden betrokken, zoals de registers, maar ook bij het afbouwen van biologicals, of zorg op afstand. Ik ben natuurlijk niet op de hoogte van al het onderzoek dat in Nederland op gebied van dermatologie wordt uitgevoerd, maar bij de onderzoeken waarbij ik betrokken ben, zijn ook altijd patiëntvertegenwoordigers betrokken. Er wordt samengewerkt bij de opzet van de studie, het werven van deelnemers en het delen van de resultaten."

## TOP 10 Kennishiaten



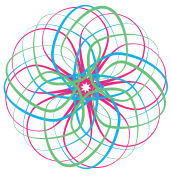
1. Is de behandeling van patiënten met actinische keratosen zinvol ter preventie van plaveiselcelcarcinoom?
2. Wat is de waarde van screening op huidkanker in de klinische hoogrisico populatie?
3. Wat is de effectiviteit van ureum bevattende emollientia (smeermiddelen) bij patiënten met constitutioneel eczeem en/of ichthyosis?
4. Wat is de effectiviteit van verschillende behandelingen bij patiënten met constitutioneel eczeem?
5. Wat is de effectiviteit van vroege behandeling van patiënten met hidradenitis suppurativa?
6. Kan bij patiënten met stabiele chronische huidziekten en lage ziekteactiviteit de dosering biologics en small molecules worden verlaagd of het interval worden verlengd?
7. Is het gebruik van vet-gaas/zinkolie bij de behandeling van patiënten met ulcus cruris venosum ("open been") even effectief als veel toegepaste duurere wondbedekkers?
8. Wat is de effectiviteit van compressietherapie bij patiënten met erysipelas van de benen?
9. Wat is de effectiviteit van systemische behandeling bij patiënten met cicatriciële alopecieën?
10. Wat is de effectiviteit van topicale immuunmodulatoren als onderhoudsbehandeling bij patiënten met genitale lichen sclerosus?

### *Heb je een voorbeeld?*

"Ik heb de afgelopen twee jaar zelf intensief meegewerkt aan onderzoek naar zorg op afstand. In dit project onderzochten we of het veilig en wenselijk was om zorg op afstand, dus telefonisch of digitaal, te verlenen wanneer mensen met constitutioneel eczeem of psoriasis systemische medicatie gebruiken. Voor dit onderzoek werkten we samen met Psoriasispatiënten Nederland en de Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem. De vraagstelling van dit onderzoek was geformuleerd samen met de patiëntenverenigingen. In het onderzoek vindt regelmatig overleg plaats waarin we de methode en de resultaten bespraken. Daarbij leverde iedereen input. Dus ook de patiëntenvereniging. De patiëntenverenigingen hebben ook veel gedaan om het onderzoek onder de aandacht te brengen van hun achterban. Daardoor hebben we veel patiënten kunnen bereiken die input hebben gegeven en later bij het delen van de resultaten."

### *Heeft de Stichting Fonds Onderzoek Huidziekten ook een (onderdeel) van de Lacune-projecten gefinancierd?*

"De Stichting Fonds Onderzoek Huidziekten bestaat al meer dan vijf jaar. Er zijn een aantal aanvragen geweest die betrekking hadden op de kennisagenda. De stichting heeft bijgedragen aan de UPDATE-trial, het eerdergenoemde onderzoek naar UVB-lichttherapie bij constitutioneel eczeem. Ook heeft de stichting een onderzoek naar cicatriciële alopecieën van de kennisagenda gefinancierd. Nog steeds is het merendeel van de aanvragen andersoortig onderzoek. We gaan nog kijken of we de onderwerpen van de kennisagenda nog meer prioriteit kunnen geven." **H**



## HET CENTRUM VOOR GENEESMIDDELENONDERZOEK

Het Centre for Human Drug Research (CHDR) verricht sinds 1987 hoogwaardig geneesmiddelenonderzoek met nieuwe en bestaande geneesmiddelen bij patiënten met verschillende huidaandoeningen en gezonde vrijwilligers.

De onderzoeken, die plaatsvinden in ons klinisch centrum, dragen bij aan de wetenschappelijke ontwikkeling van geneesmiddelen. Ze worden uitgevoerd conform de internationale regelgeving en volgens de hoogste kwaliteitsnormen. Het CHDR is gevestigd in Leiden en werkt nauw samen met het Erasmus Medisch Centrum (EMC) en de klinische afdelingen van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

### CLE

Een onderzoek naar de huid en het afweersysteem bij patiënten met cutane lupus erythematosus.

Voor dit onderzoek zoeken wij mannen en vrouwen:

- tussen de 18-65 jaar
- met de diagnose CDLE, SCLE of LET

Het onderzoek:

- een informatiesprek en een medische keuring incl. dermatologisch onderzoek (duur: 2,5 uur)

**Deel A**

- 2 losse bezoeken (duur: 2,5-5 uur)
- dragen van een smartwatch gedurende 2 weken (optioneel)

**Deel B**

(optioneel, alleen voor CDLE-patiënten)

- 4-5 losse bezoeken (duur: 1-3 uur)
- nakeuring (duur: 1 uur)

VERGOEDING € 1.362,- – € 3.154,-

### CSU

Een onderzoek naar de veiligheid en werkzaamheid van een nieuw middel voor patiënten met chronische spontane urticaria.

Voor dit onderzoek zoeken wij mannen en vrouwen:

- tussen de 18-80 jaar
- met de diagnose CSU

Het onderzoek:

- een informatiesprek en een medische keuring (duur: 2 uur)
- 3 korte bezoeken (duur: 1,5 uur)
- nakeuring (duur: 1 uur)
- dagelijks thuis vragenlijsten via een app

VERGOEDING € 3.124,-

### CIndU

Een onderzoek naar de veiligheid en werkzaamheid van een nieuw middel voor patiënten met chronische induceerbare urticaria.

Voor dit onderzoek zoeken wij mannen en vrouwen:

- tussen de 18-80 jaar
- met de diagnose CIndU

Het onderzoek:

- een informatiesprek en een medische keuring (duur: 2 uur)
- 3 korte bezoeken (duur: 1,5 uur)
- 2 lange bezoeken (duur: 6 uur)
- 2 nacontroles (duur: 1,5 uur)
- dagelijks thuis vragenlijsten via een papieren dagboek

VERGOEDING € 5.903,-

## HELPT U MEE?

Kijk voor meer informatie op: [PROEFPERSOON.NL](https://proefpersoon.nl)

U kunt ook e-mailen naar [recruit@chdr.nl](mailto:recruit@chdr.nl) of bellen met 071 - 524 64 64

