

Het *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie* is het officiële orgaan van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie.

embase Het NTvDV is vanaf 1 januari 2008 geïndiceerd in EMBase, de internationale wetenschappelijke database van Elsevier Science.

HOOFDREDACTIE

Dr. P.G.M. van der Valk, hoofdredacteur

ARTIKELEN

Dr. R.C. Beljaards, dr. J.J.E. van Everdingen, dr. C.J.W. van Ginkel, dr. M.J. Korstanje, prof. dr. A.P. Oranje, dr. R.I.F. van der Waal

LEERZAME ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Dr. R. van Doorn, dr. S. van Ruth, dr. M. Seyger, dr. J. Toonstra, dr. M. Vermeer

RUBRIEK DERMATOCHIRURGIE

A.M. van Rengen, dr. J.V. Smit, dr. R.I.F. van der Waal

RUBRIEK REFERAAT

Dr. W.P. Arnold, dr. A.Y. Goedkoop, dr. E.M. van der Snoek, dr. T.J. Stoof, dr. H.B. Thio,

RUBRIEK VERENIGING

Dr. M.B. Crijns, dr. J.J.E. van Everdingen

RUBRIEK ONDERZOEK VAN EIGEN BODEM

Dr. H.J. Bovenschen, dr. J.V. Smit

RUBRIEK DERMATOLOGIE IN BEELD

Dr. R.I.F. van der Waal

RUBRIEK TEST UW KENNIS

Dr. J. Toonstra

RUBRIEK HUID, SEKS EN CURIOSA

REDIGEREN ABSTRACTS

L.A. Gonggrijp

REDACTIEADRES

Dr. P.G.M. van der Valk, Afdeling Dermatologie UMC St Radboud
Huispost 370, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
Telefoon: 024 3613724, fax: 024 3541184,
e-mail: derma@dchg.nl

INZENDEN VAN KOPIJ

Richtlijnen voor het inzenden van kopij kunt u opvragen bij de hoofdredacteur.

UITGEVER, EINDREDACTIE EN ADVERTENTIES

DCHG medische communicatie
Laura Fritschy
Hendrik Figeeweg 3G-20, 2031 BJ Haarlem
Telefoon: 023 5514888
www.dchg.nl
E-mail: laura.fritschy@dchg.nl

OPLAGE

1200 exemplaren, 10 x per jaar.

COPYRIGHT

©2011 De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

ABONNEMENTEN

Standaard € 187,- per jaar. Studenten € 84,- per jaar.
Buitenland € 285,- per jaar. Losse nummers € 26,-.
Aanmelding, opzegging en wijziging van abonnementen:
Zie uitgever.

Abonnementen lopen per kalenderjaar (van 1 januari t/m 31 december) en lopen automatisch door, tenzij uiterlijk 30 dagen voor de vervaldatum schriftelijk wordt opgezegd. Adreswijziging: drie weken van tevoren schriftelijk doorgeven.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitgever en auteurs verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; evenwel kunnen uitgever en auteurs op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. Uitgever en auteurs aanvaarden dan ook geen enkele aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die het gevolg is van bedoelde informatie. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie www.huidarts.info
<http://portaal-ntdv.nl>

ISSN

0925-8604

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

Terugblik van de hoofdredacteur 538

INTERVIEW

Op weg naar het Huis van de Huid 539

ARTIKELEN

Doktersassistenten en verpleegkundigen leren complexe technische vaardigheden 542

Psychodermatologie in de Nederlandse dermatologische praktijk 544

LEERZAME ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Necrobiotisch xanthogranuloom; een paraneoplastisch normolipemisch xanthoom, sterk lijkend op xanthelasma 549

Pagetoïde reticulose-like tumor in een brandwond in relatie tot mycosis fungoides 552

DERMATOSCOPIE

556

DERMATOCHIRURGIE

Dermatochirurgie: Hoe sluit ik dit defect? 558

TEST UW KENNIS

560

VERENIGING

Over grenzen 561

Afscheid Dick van Gerwen als voorzitter van het bestuur 562

Werkgroep Geschiedenis van de Dermatologie 563

Even voorstellen 564

Medische toelatingsovereenkomst (MTO) 2012 565

Pitfalls and opportunities in the treatment of atopic dermatitis 566

Stichting Dermatologie Project Mozambique 568

DERMATOLOGIE IN BEELD

Keratosis pilaris 570

HUID, SEKS EN CURIOSA

Handindrukken 571

AFBEELDING OMSLAG

Afbeelding van tatoeage door Michael Blaylock, na amputatie van arm
<http://artinskin.com>

Thema voor 2012: kunstwerken door dermatologen. Collega: heeft u zelf een kunstwerk gemaakt, bijvoorbeeld een schilderij of beeld, dat wij op de cover af kunnen beelden? Stuur dan een staande foto van het werk en een beknopte beschrijving naar hans.groen@dchg.nl

VOORWOORD

Terugblik van de hoofdredacteur

Na 6 jaar hoofdredactie van het Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie geef ik het stokje door aan dr. Peter Arnold. Ik wens hem, mede namens de redactie en het bestuur van de NVDV veel succes. We zijn erg blij dat hij deze verantwoordelijkheid op zich wil nemen.

Tijd voor een terugblik:

Ik ben blij en vereerd dat ik, in een traditie van Johan Nater, Peter van de Kerkhof, Jannes van Everdingen, Ton de Groot, Rini Korstanje, en Jan Gerrit van der Schroeff de hoofdredactie heb mogen doen van een verenigingstijdschrift.

Toen ik deze functie overnam in 2006 werd het tijdschrift uitgegeven door Reed Elsevier. Het niveau, inhoudelijk en wat betreft vormgeving was hoog, niet in de laatste plaats vanwege de grote inzet van de hoofdredacteur die ik opvolgde. De wijze waarop Ton de Groot opereerde was lovenswaardig, maar ik voorzag dat zijn inzet op termijn door anderen niet was op te brengen. De redactie lag te eenzijdig bij de hoofdredacteur. Ik heb daarom, samen met Jannes van Everdingen, gezocht naar een uitgever, die meer betrokken was bij het redactionele proces. We zijn uitgekomen bij de huidige uitgever DCHG uit Haarlem. Het bleek een goede greep; een kleine uitgever, korte lijnen en veel flexibiliteit. Bovendien werd de 'desk editing' overgenomen door de uitgever. Er kwam tijd vrij voor het uitwerken van innovatieve ideeën. De uitgever, de redactie en de lezer hebben hun voordeel kunnen doen met deze switch. Ook heb ik geprobeerd de redactie meer bij het tijdschrift te betrekken. Dat lukte, ook omdat verschillende enthousiaste leden spontaan de redactie kwamen versterken! Het tijdschrift wordt nu dan ook gedragen door een groot en enthousiast team. Eerlijkheid gebiedt mij te zeggen dat het tijdschrift niet altijd zonder fouten is en dat er altijd ruimte is voor verbetering. Hier ligt een uitdaging voor de nieuwe hoofdredacteur. Bedenk echter dat ook het NRC, de kwaliteitskrant van Nederland, bepaald niet foutloos is, dat er in ons tijdschrift altijd ruimte is voor errata en dat auteurs de grootste criticasters zijn van hun eigen werk.....

In mijn visie ontleent het tijdschrift zijn bestaansrecht aan de rol van medium voor de leden van de 'Nederlandse Vereniging voor dermatologie en Venereologie en Nederlandstalige dermatologen'. De focus ligt op informatie aan de dermatoloog in de brede zin van het woord. Er dient dus plaats te zijn voor kennisoverdracht, maar ook voor informatie van bijvoorbeeld het bestuur, informatie over de leden, over wetenschappelijke bijeenkomsten en memorabele gebeurtenissen. De consequentie hiervan is dat het tijdschrift goed leesbaar wordt, in een behoefte

voorziet (vorig jaar door een enquête bevestigd), maar helaas niet in Pubmed zal zijn terug te vinden. Samen met Jorn Bovenschen heb ik daartoe overigens wel een poging gewaagd, maar deze was gedoemd te mislukken. Gelukkig worden de artikelen met een Engelse samenvatting wel opgenomen in Embase. Voortvloeiend uit deze visie zijn naast de rubrieken die in 2006 waren opgenomen in het tijdschrift zoals Artikelen, Leerzame ziektegeschiedenissen en Referaten, veelal op initiatief van enthousiaste leden de volgende rubrieken toegevoegd: Interview Test uw Kennis, Dermatochirurgie (mind the gap), Dermatologie in Beeld, Huid, Seks en Curiosa en de rubriek Bestuur. In dit verband moet ook worden genoemd de inspanningen van Nicole Kukutsch. De serie dermatoscopie heeft geleid tot een mooi boek over dit onderwerp. Binnenkort zal deze serie worden opgevolgd door een serie over dermatopathologie van Petra Dikrama.

Voortvloeiend uit deze visie dient er ruimte te zijn voor themanummers. Van oudsher is er een goede band met de Stichting Nederlandstalige Nascholing voor Dermatologie en Venereologie. Twee nummers per jaar worden gewijd aan nascholing verzorgd door deze stichting. Recent zijn de afspraken hieromtrent weer toekomstbestendig gemaakt. Maar ook de samenvattingen van de voordrachten tijdens de jaarlijkse vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Experimentele Dermatologie worden in het tijdschrift opgenomen, alsmede verslagen van evenementen in het buitenland georganiseerd door Nederlandse dermatologen samen met buitenlandse collega's in Indonesië en Suriname.

Dan een woord van dank. Allereerst dank aan alle auteurs, die spontaan of gevraagd, bijdragen hebben geleverd aan het tijdschrift. Zonder hen geen tijdschrift. Dank aan de redactieleden en vooral de rubrieksredacteurs. Hun ambitie om hun klinische kennis en expertise te delen met de lezers, het tijdschrift op een hoger peil te brengen en het tijdschrift te verfijnen en te verbeteren is zeer te waarderen. Last but not least het team van Hans Groen, met name Laura Fritschy, die met bewonderenswaardig enthousiasme er minimaal 10 keer per jaar voor zorgt dat er een fraai vormgegeven exemplaar van het tijdschrift op uw vloer mat ligt.

Ik nodig u, lezers, uit bijdragen aan het tijdschrift te blijven leveren. Het wordt gewaardeerd! Het gaat u goed.

Pieter van der Valk

Hoofdredacteur Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie
2006-2012

INTERVIEW

Op weg naar het Huis van de Huid

A. Houmes

Wetenschapsjournaliste, DCHG, Haarlem

Correspondentieadres:

A. Houmes, MSc

E-mail: antje.houmes@dchg.nl

De partijen die zich bezighouden met huidziekten gaan hun krachten bundelen en vormen binnenkort een alliantie. Directeur van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie en inmiddels ook van het Huidfonds dr. Jannes van Everdingen over het nut en de noodzaak van een Huidalliantie.

Hoe ging u het directeurschap van de NVDV in?

Toen ik drie jaar geleden directeur werd, had ik een aantal concrete doelen die ik wilde halen. Zo wilde ik vorm geven aan het kwaliteitsbeleid en wilde ik dat het Huidfonds en Huidpatiënten Nederland ook in de Domus Medica zouden komen. Zo'n tien jaar geleden, toen ik in het bestuur zat, was een nauwere samenwerking van alle huidorganisaties ook al een uitgesproken wens. Het was niet één-twee-drie geregeld, maar we zijn nu drie jaar verder sinds mijn benoeming tot directeur en inmiddels zijn het Huidfonds en Huidpatiënten Nederland ook in de Domus getrokken.

Een ander facet waar ik mij vanaf mijn aanstelling mee bezig heb gehouden, is het verder vorm geven van het kwaliteitsbeleid, waarbij het bestuur de ontwikkeling en het onderhoud van richtlijnen centraal heeft gesteld. Alle richtlijnen staan na autorisatie op de site van de NVDV en worden voorzien van afgeleide producten zoals patiënteninformatie, samenvattingskaarten en flowdiagrammen. We houden de site actueel en werken inmiddels aan het tweede samenvattingsboekje met verkorte richtlijnen.

Waarom is dat belangrijk, alle huidorganisaties in één gebouw?

Nou, de samenwerking tussen het Huidfonds, Huidpatiënten Nederland en de NVDV kon beter, vonden we. En het op een locatie zitten bespoedigt dat proces zeker, het was het begin van een intensievere samenwerking van de bureaus. Inmiddels zijn de secretariaten van deze drie organisaties samengevoegd en zitten alle medewerkers op twee



WIE IS JANNES VAN EVERDINGEN?

- Werd geboren in 1952 te Dordrecht
- Studeerde Geneeskunde in Leiden
- Volgde na een assistentschap Interne Geneeskunde en Dermatologie in Paramaribo een opleiding Dermatologie in het Binnengasthuis / AMC
- Promoveerde in 1988 bij het CBO op richtlijnontwikkeling in de geneeskunde
- Combineerde jarenlang deeltijd klinische praktijk met patiëntenvoorlichting, onderwijs- of bestuurstaken
- Was 25 jaar betrokken bij het CBO, onder andere als secretaris van de Medisch Wetenschappelijk Raad, als hoofd richtlijnprogramma en adjunct-directeur
- Was tussen 2000 en 2004 secretaris van de NVDV, sinds 2009 directeur van de NVDV en later ook directeur van het Huidfonds
- Schrijft gemiddeld twee boeken per jaar en heeft er inmiddels vijftig op zijn naam staan. Zo is hij bijvoorbeeld hoofdredacteur van Geneeskundig woordenboek Pinkhof, het Junior dokterswoordenboek van Van Dale en het Medisch Handboek van de Orde van Medische specialisten (Kosmos)

kamers met daartussen een openstaande deur. Als nu ook de huidtherapeuten en de huidverpleegkundigen de weg naar de Domus vinden, is daarmee een oude wens van professor Bos, die voor professor Neumann bestuursvoorzitter was van het Huidfonds: een Domus Dermatologica, na tien jaar in vervulling gegaan.

Op naar het Huis van de Huid dus... waar staan we nu?

Op secretariaatsniveau werken we nauw samen met het Huidfonds en Huidpatiënten Nederland. Onlangs hebben we samen een Huiddag georganiseerd in het Evoluon in Eindhoven. Het was de eerste keer dat we zoiets dergelijks deden, we hebben via de media veel aandacht gevraagd voor die dag, bijvoorbeeld in de vorm van een televisiespotje, radiospotje, krantenartikelen, advertenties en posters. Het geheel is ondersteund door een sms-actie. Het heeft niet het geld opgeleverd dat we hoopten binnen te halen, maar verder was het een groot succes.

De poster die wij hebben gemaakt, stond ook op de omslag van de laatste editie van HUID (september 2011). Die poster heeft meegedongen naar de NRC Charity Award, maar helaas hebben we hem niet gewonnen. Wel bekroonde de vakjury de poster met een nominatie en met een publicatie van de poster over twee volle pagina's van het NRC Handelsblad. Het Reumafonds won de prijs. Ik denk dat we twee jaar geleden niet zo'n poster gemaakt hadden. We benadrukken de huid en niet per se de huidaandoening. Het enige wat je ziet op die poster is een mooie, gave huid. Maar ook wordt gesuggereerd dat deze vrouw iets heeft en dat verbijst. Het tegenovergestelde van dit beeld zou ook mooi zijn om te gebruiken voor bijvoorbeeld een volgende cover. Iemand die trots is op zichzelf, met de huidaandoening.

De volgende stap is dat we nog hechter gaan samenwerken en een Huidalliantie oprichten waarbinnen we gezamenlijk beleid ontwikkelen en projecten uitvoeren. De akte voor samenwerking ligt bij de notaris en op korte termijn hebben we de oprichtingsvergadering van de Huidalliantie.

Aan welke leden denkt u?

We zijn nu met drie organisaties, het Huidfonds, Huidpatiënten Nederland en de NVDV, maar zouden heel graag willen dat de huidtherapeuten, de huidverpleegkundigen en schoonhuidspecialisten ook bij ons aansluiten. En hopelijk volgen later de psychologen, huisartsen en apothekers. En ook de farmaceutische industrie, maar die krijgt een aparte status.

Wat is het voordeel van zo'n Huidalliantie?

We kunnen slagvaardiger optreden omdat we groter zijn. Ik vind dat we meer een frontlijn moeten vormen en daarvoor meer moeten samenwerken. De Huidalliantie kan het centrale aanspreekpunt en de spreekbuis worden voor de overheid, de politiek, de verzekeringswereld en de media voor en over (chronische) huidziekten. Want je hebt binnen

de Huidalliantie de belangen van zowel de patiënten, professionals, en zorgverlenende instanties bij elkaar.

Zitten er ook nadelen aan zo'n samenwerkingsverband?

Je moet oppassen dat de slagvaardigheid van initiatieven niet afneemt omdat je met meerdere partijen moet afstemmen. Ik ben niet bang dat dat gebeurt hoor, maar je moet wel waakzaam zijn dat er geen extra vergadercultuur ontstaat.

Waarom juist nu?

Om ons heen zie je dat meer organisaties allianties vormen. Zo werken de diabetesverenigingen nauw samen en bestaat de Long Alliantie Nederland alweer bijna twee jaar. Vaak zitten patiënten en zorgverleners toch in hetzelfde schuitje, want de bezuinigingen treffen hen allemaal. Dus is er een gezamenlijk belang te verdedigen. Daarbij wordt de consument en dus ook de patiënt mondiger en winnen patiëntenverenigingen aan belang en zeggingskracht. Dat speelt ook zeker mee.

U noemde net de Huiddag in Eindhoven, welke projecten lopen er dit moment op het bureau?

We proberen momenteel gezamenlijk een Kwaliteitszegel voor dermatologische praktijken te realiseren. Dit project wordt door het Fonds PGO van het ministerie van VWS gesubsidieerd en heeft als doel meer transparantie in de dermatologische zorg. Zowel voor patiënten als voor huisartsen zal het Kwaliteitszegel Dermatologie hopelijk op een systematische wijze beschrijven waar patiënten goed terecht kunnen met een specifieke huidziekte en/of voor een specifieke behandeling. Door middel van een Kwaliteitszegel worden (gespecialiseerde) dermatologen herkenbaar voor patiënten, op een manier die zowel aansluit bij de wensen van de patiënten als bij de kwaliteitseisen van onze eigen beroepsgroep.

Binnenkort begint op het bureau ook een arts-onderzoeker die zich gaat bezighouden met het opzetten van een online diagnosesysteem voor patiënten, een soort 'stemwijzer' aan de hand van vragen. Bij elke vraag hoort dan de kans op een huidaandoening. Als je bijvoorbeeld een of meer rode plekken hebt, heb je – ik zeg maar wat – bijvoorbeeld een voorafkans van dertig procent op eczeem, twintig procent op een schimmelinfectie, tien procent op psoriasis enz. Als de plek op de knie zit, stijgt de kans op psoriasis bijvoorbeeld naar tachtig procent en reageert die plek goed op zonlicht, dan wordt het negentig procent. Er zijn ongetwijfeld al dergelijke diagnosesystemen elders in de wereld ontwikkeld, maar die zijn bij mij niet bekend en zeker niet bij patiënten.

En wat zijn nieuwe doelen?

Hopelijk ontwikkelt de Huidalliantie zich tot een structureel samenwerkingsverband dat relevante problemen, knelpunten en lacunes signaleert en aankaart. Je kunt aan concrete plannen voor de toekomst denken zoals het opstellen van zorgstandaard-

den voor bijvoorbeeld psoriasis en constitutioneel eczeem. Of aan het opzetten van registratiesystemen voor de effectiviteit, veiligheid en bijwerkingen van medicijnen, zoals biologicals. Maar ook aan het adviseren van het College voor Zorgverzekeringen over de vergoeding van (dure) geneesmiddelen of aan het opzetten van nieuwe zorgmodellen met teleconsultatie en zelfmanagement van patiënten.

Heeft iedereen evenveel behoefte aan die samenwerking?
De patiënt zal er het meest baat bij hebben, verwachten we. Want het imago van huidpatiënten is slecht. Je hoort in het grote publiek dingen als 'je kunt beter een huidziekte hebben dan astma of reuma'. En ja, vaak zijn dermatologische aandoeningen niet levensbedreigend, maar – zeker chronische – huidaandoeningen hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Patiënten hebben last van jeuk, pijn, schilfering of bloeden van de huid. Mede daardoor kunnen zij ook last krijgen van sombere gevoelens, soms uitmondend in depressiviteit. Sommigen verstoppert zich letterlijk. Als dermatologen zouden wij nog meer voor onze patiënten moeten opkomen. De Nederlandse Vereniging voor Psychodermatologie zet zich al in voor de psychische gezondheid van de dermatologische patiënt. Kennis onder de dermatologen in het veld over dit onderwerp is nodig om de patiënten goed te kunnen

doorverwijzen.*

Ik kan me voorstellen dat onze grote achterban – de gewone dermatoloog – niet direct voordelen voor zichzelf ziet van deze Huidalliantie. Zij willen gewoon hun werk goed doen, maar hopelijk komen ze door deze bundeling van krachten dichterbij de patiënt te staan.

Wat drijft u om u hiermee bezig te houden?

Tijdens mijn bestuursperiode vond ik al dat wij het kwaliteitsbeleid onvoldoende gestalte gaven. Ik heb in die tijd veel gedaan aan de Kwaliteitsraad van de NVDV onder voorzitterschap van prof. William Faber en later prof. Martino Neumann, maar dat greemium kwam toch onvoldoende van de grond. Door mijn nieuwe deeltijdaanstelling bij de Regieraad en mijn vertrek bij het CBO kreeg ik de kans om mij meer in te zetten voor de NVDV. Dat viel samen met het opzetten van een aparte kwaliteitspoot bij de Orde van Medisch Specialisten en zo kwam alles samen.

Ik geloof in samenwerking. Wat dat betreft ben ik binnen de NVDV nog niet aan het eind van mijn missie. De interuniversitaire samenwerking binnen de dermatologie kan nog verder ontwikkeld worden, een mooie uitdaging voor de komende jaren!

* Zie ook artikel op pagina 544.

HUIDPATIËNTEN NEDERLAND

Huidpatiënten Nederland is een samenwerkingsverband van patiëntenverenigingen op het gebied van huidziekten en behartigt de belangen van mensen met een huidaandoening. Voorlichting aan patiënten is een van de taken van Huidpatiënten Nederland. De vereniging organiseert activiteiten die de doelstelling van de afzonderlijke verenigingen overstijgen. Eveneens stimuleert Huidpatiënten Nederland de oprichting van nieuwe patiëntenverenigingen voor huidziekten.

HET HUIDFONDS

De Stichting Nationaal Huidfonds is een goeddoelenorganisatie met CBF-keurmerk. Het Huidfonds werft gelden om haar doelstellingen te realiseren zoals het initiëren van wetenschappelijk onderzoek, voorlichting en deskundigheidsbevordering. Voorbeelden van initiatieven van het Huidfonds zijn de website *Check je Vlekje* met informatie over huidkanker en de Huidfonds (NVDV-) patiëntenbrochures op www.huidfonds.nl. Het Huidfonds geeft vier keer per jaar het tijdschrift HUID uit, bedoeld voor huidpatiënten en allen die zich om hun huid bekommeren.

ARTIKELLEN

Doktersassistenten en verpleegkundigen leren complexe technische vaardigheden

A.J. Oosting¹, F.G. Rosweide², L.W. Barkema³, J.N. Bennen⁴, M. Brakman⁵,
M.M. Hulshof⁶, C.M. Uppelschoten⁷

¹ Dermatoloog, Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp

² Dermatoloog, Flebologisch Centrum Oosterwal, Alkmaar

³ Dermatoloog, Antonius Ziekenhuis, Sneek

⁴ Dermatoloog, DC Dermatologie, Amsterdam

⁵ Dermatoloog, Reinier de Graaf Groep, Delft en Voorburg

⁶ Dermatoloog, Reinier de Graaf Groep, Delft en Voorburg

⁷ Algemeen directeur /senior-opleider, U-Consultancy, Nieuwegein

¹⁻⁴ zijn tevens lid van de onderwijscommissie en adviesraad van U-Consultancy

Correspondentieadres:

C.M. Uppelschoten

U-Consultancy

Postbus 7060

3430 JB Nieuwegein

Telefoon: 030-6044170

E-mail: info@uconsultancy.nl

COMPLEXE TECHNISCHE VAARDIGHEDEN

Doktersassistenten en verpleegkundigen die werkzaam zijn op de polikliniek dermatologie, kunnen zich sinds kort verder bekwalen in complexe technische vaardigheden zoals het afnemen van een huidbiopt inclusief het verdoven en hechten. De assistenten en verpleegkundigen nemen door de ontwikkelingen in de dermatologie en de grote patiëntenstroom een steeds belangrijkere plaats in bij patiëntenzorg binnen de polikliniek. Van belang hierbij is een grotere samenwerking tussen dermatoloog, assistenten en verpleegkundigen op het gebied van dermatologische zorg met als doel kwaliteitsverbetering en vergroting van flexibiliteit in de patiëntenzorg. U-Consultancy biedt aanvullend op de basis- en vervolgopleiding 'Polikliniek Dermatologie' een training 'Complexe Technische Vaardigheden' aan. Het doel van de training is om uiteindelijk zelfstandig een groot aantal vaardig-

heden te kunnen toepassen volgens de bestaande richtlijnen en hierbij tevens voorlichting te kunnen geven aan patiënten in de polikliniek dermatologie. De assistenten zijn hierdoor beter inzetbaar tijdens de diverse spreekuren. Er is contact geweest met de KNMG over de vraag of het verrichten van voorbehouden handelingen uitgevoerd mag worden door doktersassistenten en verpleegkundigen en dit werd bevestigend beantwoord.

In 2010/2011 zijn er twee groepen geweest die de opleiding Complexe Technische Vaardigheden hebben gevolgd, één in het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp en één in de Reinier de Graaf Groep in Delft. In dit laatste ziekenhuis ging het om een in-companytraining. Het volledige personeel van de polikliniek dermatologie volgde gezamenlijk de training (21 doktersassistenten, vier verpleegkundigen en twee administratief medewerkers) onder begeleiding van de acht eigen dermatologen. Hierdoor waren alle dermatologen betrokken en konden zij de vertaalslag maken van de cursus naar de praktijk. Gedurende vier dagen van intensieve training wer-



Figuur 1. Intracutane testen oefenen.

den alle assistenten op een gelijk niveau gebracht wat betreft theoretische achtergrond en praktische vaardigheden. Het bevordert de uniformiteit, brengt de kwaliteit van zorg op een hoger peil aangezien de assistenten betere informatie aan patiënten kunnen geven en de assistenten onderling beter uitwisselbaar zijn. Daarnaast ontlast het de werkdruk van de dermatoloog op de polikliniek.

VERSCHILLENDE FASEN

Het aanleren van vaardigheden kent verschillende fasen. Allereerst is er de oriëntatiefase. In deze fase wordt alle achtergrondkennis over het verloop, de werking, de indicatie en het beoogde effect van de vaardigheid gedeeld. Per thema is een instructiefilm gemaakt om het feitelijk verloop van de handeling goed te demonstreren. De kritieke punten die horen bij het uitvoeren van de handeling worden doorgenomen en eventuele voorzorgsmaatregelen die genomen kunnen worden, worden besproken. Na de oriëntatiefase volgt de oefenfase. Allereerst wordt nogmaals de vaardigheid gedemonstreerd, gevolgd door het zelf doen en verder oefenen in een skillslab. Ten slotte is er de fase waarbij men komt tot de daadwerkelijke beheersing van de vaardigheid. De nadruk ligt daarbij op de snelheid en de coördinatie van de deelhandelingen. Men moet kunnen omgaan met stresssituaties en andere onverwachte factoren. Om nog meer ervaring te krijgen in de geleerde vaardigheden is het belangrijk dat de vaardigheden ook in de praktijk worden uitgevoerd.

ERVARINGEN VAN CURSISTEN

De ervaringen van de cursisten uit deze eerste twee trainingen is dat de opleiding goed aansluit op de praktijk van de polikliniek dermatologie en een



Figuur 2. Hechttechniek oefenen op een varkenspoot.

reële meerwaarde biedt voor zowel beginnende als ervaren doktersassistenten en verpleegkundigen. Het stapsgewijs aanleren van de technieken wordt als nuttig ervaren. De assistenten waarderen het zeer dat zij zelf meer medische handelingen mogen uitvoeren en daardoor meer verantwoordelijkheid en vertrouwen van de dermatologen genieten.

De volgende vaardigheden worden gedurende de training 'Complexe Technische Vaardigheden' aangeleerd:

1. zalftherapie en verbindtechnieken (wet wrap-techniek);
2. lichttherapie;
3. intracutane, subcutane, intramusculaire injecties;
4. assisteren bij dermatologische ingrepen;
5. excochleatie en cryocoagulatie;
6. afnemen van huidbiopten (verdoven en hechten);
7. enkel-/armindex;
8. zwachteltechnieken;
9. pneumatische compressie;
10. wondbehandeling;
11. allergietesten;
12. fotodynamische therapie;
13. wrattenbehandeling;
14. afnemen preparaten en kweken;
15. jodium-zetmeeltest;
16. begeleiden patiënt met biologicals.

CERTIFICAAT

De vaardigheden worden in een skillslabsituatie getoetst aan de hand van een KKB (Korte Klinische Beoordeling) met handelingscriterialijst en afgetekend door de eigen of begeleidend dermatoloog. Alle vaardigheden moeten voldoende beoordeeld zijn om in aanmerking te komen voor het certificaat *Gespecialiseerd Assistent Dermatologie, Complexe Technische Vaardigheden Polikliniek Dermatologie*. Het certificaat wordt ondertekend namens de onderwijscommissie. Deze opleiding is geaccrediteerd door de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) en door de V&VN.

SPELD

Verpleegkundigen en doktersassistenten die de training met een voldoende beoordeling hebben doorlopen, ontvangen een speld met de inscriptie: 'gespecialiseerd dermatologieassistent' (zie figuur 3).

Meer informatie: www.uconsultancy.nl



Figuur 3

Psychodermatologie in de Nederlandse dermatologische praktijk

M.C. Luteijn¹, H.E. Boonstra², G. Casteelen³, A.W.M. Evers⁴, J. de Korte⁵, S. Spillekom-van Koulik⁶, J.P.W. van der Veen⁷, M.B. Crijns⁸

¹ Arts-onderzoeker, Universiteit Leiden

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Gelre ziekenhuizen, Apeldoorn

³ Psychiater, afdeling Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

⁴ Hoogleraar Klinische Psychologie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

⁵ Psycholoog, afdeling Huidziekten, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

⁶ Psycholoog, afdeling Medische Psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen Medisch Centrum, Nijmegen

⁷ Dermatoloog, afdeling Huidziekten, Academisch Medisch Centrum en afdeling Huidziekten Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis-Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam

⁸ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis-Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam

Correspondentieadres:

Dr. M.B. Crijns

Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis

Plesmanlaan 121

1066 CX Amsterdam

E-mail: mb.crijns@nki.nl

INLEIDING

Naast het zichtbare karakter van een huidaan- doening kunnen klachten als jeuk en pijn een groot stempel drukken op het psychisch en sociaal functio- neren van patiënten. Bovendien kunnen stressvolle gebeurtenissen een opvlamming van huidziekten veroorzaken, maar ook kan een psychiatrische ziekte zich presenteren als een huidaan- doening. Psychodermatologie is het onderdeel van de der- matologie dat zich bezighoudt met psychologische en psychiatrische factoren die, naast somatische factoren, van belang kunnen zijn bij het ontstaan, het beloop en de behandeling van huidziekten.¹ Uit onderzoek is gebleken dat deze factoren bij ten min- ste 40% van alle huidziekten een rol spelen^{2,7} en dat

psychiatrische aandoeningen onder patiënten met een huidziekte vaker voorkomen dan in de normale populatie.⁸ Door de sterke relatie tussen psycho- sociale factoren en huidziekten is het belangrijk aan deze aspecten in de dagelijkse praktijkvoering voldoende aandacht te besteden. Patiënten bij wie psychodermatologische problematiek wordt gesigna- leerd, kunnen op diverse manieren worden behan- deld. Deze behandeling kan zowel bestaan uit medi- camenteuze therapie (psychofarmaca bij bijvoor- beeld depressieve of angstklachten), als psychosoci- ale maatregelen (gerichte adviezen geven, verwijzing naar maatschappelijk werk of patiëntenvereniging) of psychotherapie (verwijzing psycholoog) wanneer copingstrategieën of persoonskenmerken het ziekte- beloop op negatieve wijze beïnvloeden.⁹⁻¹⁰

Het is tot op heden onbekend in welke mate in de Nederlandse dermatologische praktijk psycho- dermatologie wordt gesignaleerd en behandeld. Vraagstellingen als wat bij het vakgebied derma- tologie hoort en tegen welke grenzen dermatologen aanlopen bij het signaleren en behandelen van deze problemen, zijn niet eerder onderzocht. Uit eer- der onderzoek in de VS is gebleken dat de kennis, behandeling en de noodzakelijke doorverwijzingen op het gebied van psychodermatologische proble- matiek nog ontoereikend zijn.¹¹ Het doel van dit onderzoek is te inventariseren wat de opvattingen en de zelf ingeschatte kennis en vaardigheden van Nederlandse dermatologen is ten aanzien van het signaleren en behandelen van patiënten met psy- chodermatologische problematiek. Daarnaast zal in kaart worden gebracht in welke mate en naar wie patiënten worden doorverwezen en welke factoren hierbij mogelijk een rol kunnen spelen.

MATERIAAL EN METHODE

Aan alle Nederlandse dermatologen en assistenten in opleiding van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) werd een vragenlijst gestuurd. Deze vragenlijst werd geano-

nimiseerd en bevatte een begeleidende tekst waarin het doel van de vragenlijst werd toegelicht.

De vragenlijst bevatte vragen over algemene socio-demografische gegevens (leeftijd, geslacht, praktijkvorm en provincie van de respondent) en daarnaast vragen over:

- inschatting van de prevalentie van psychodermatologische problematiek in de praktijk;
- zelfingeschatte kennis, attitude en taken met betrekking tot psychodermatologie;
- factoren die de dermatoloog beperken tijdens de behandeling van een patiënt met dergelijke problematiek;
- verwijzing: frequentie van verwijzen, naar welke hulpverleners en reden van verwijzing;
- scholing: de toereikendheid van de opleiding in psychodermatologie, mate van deelname aan (na) scholing en de wens tot nascholing over dit onderwerp;
- mogelijke suggesties voor verbeteringen in de zorg voor patiënten met deze problematiek.

De antwoorden konden gegeven worden in multiple choice of op een vijfpunts likertschaal (1 'helemaal niet eens met de vraag' en 5 'helemaal eens met de vraag') worden weergegeven.

Om verdere aanknopingspunten te verkrijgen voor het optimaliseren van de zorg werd de relatie onderzocht tussen kennis van de psychodermatologie en het doorverwijzen van deze patiënten en de relatie tussen de kennis en de mate waarin de dermatoloog aangeeft dat het signaleren, aankaarten en behandelen van psychodermatologie tot het vakgebied behoort.

De verkregen data zijn verwerkt met Microsoft Office Excel 2007 en SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) en voor het analyseren van de normaalverdeling zijn de ANOVA- en de chikwaadraattoets toegepast. Een p-waarde < 0,05 werd als significant beschouwd.

RESULTATEN

Algemene socio-demografische gegevens

Alle 581 leden van de NVDV zijn benaderd; 144 (response rate 24,8%) stuurden een volledig ingevulde vragenlijst terug. Van de respondenten waren 108 dermatoloog (75%) en 36 assistent in opleiding. Acht vragenlijsten waren niet volledig ingevuld, maar hiervan konden wel de deelantwoorden worden verwerkt, waardoor in sommige berekeningen een noemerverschil bestaat.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemende dermatologen was 43,1 jaar (SD 10,6); 48% was man, 53% werkte in een perifere praktijk, 32% academisch, 11% in een privépraktijk/ZBC en 4% op overige wijze. Er was sprake van een gelijkmatige verdeling van de praktijken van de respondenten over de verschillende provincies van Nederland.

Inschatting van prevalentie van psychodermatologische problematiek

Van de respondenten schatte de helft in dat het

percentage patiënten met psychodermatologische problematiek tussen de 1 en 10% lag, 35% schatte dit tussen de 10 en 30%, 9% tussen de 30 en 50% en 5% schatte dit beneden de 1% in. Om psychodermatologische problemen vast te stellen gaf 20% aan gebruik te maken van specifieke vragenlijsten. Op de vraag of er gemiddeld meer tijd aan een consult bij een patiënt met psychodermatologische problematiek werd besteed, was het gemiddelde 3,9 (SD 0,7) op de vijfpunts likertschaal.

Kennis en taken horende bij de dermatoloog

Op de vraag of het signaleren en aankaarten van psychodermatologische problematiek werd beschouwd als horende bij het vakgebied, werd respectievelijk een gemiddelde score van 4,3 (SD 0,7) en 4,0 (SD 0,7) gegeven op de vijfpunts likertschaal. Het behandelen van deze problematiek als horende bij het vakgebied kreeg een gemiddelde score van 2,8 (SD 0,9). De eigen geschatte kennis van het onderwerp psychodermatologie kreeg een gemiddelde score van 2,6 (SD 0,9). Van de respondenten gaf 17% aan bovengemiddeld tot veel kennis te hebben van psychodermatologie.

Er werd een significante correlatie gevonden tussen het scoren van de eigen kennis op het gebied van de psychodermatologie en de frequentie van het doorverwijzen ($p < 0,01$). Hoe hoger de zelfingeschatte kennis, hoe vaker een patiënt met gesignaleerde psychodermatologische problematiek werd doorverwezen. Ook werd er een significante relatie ($p < 0,01$) gevonden tussen de aangegeven kennis en het behandelen van psychodermatologische problematiek, maar niet met het signaleren of aankaarten van deze problematiek. Hoe hoger de dermatoloog zichzelf scoorde op kennis over psychodermatologische problematiek, hoe meer het behandelen van deze problematiek werd beschouwd als horende bij het vakgebied.

Beperkende factoren

Als voornaamste beperkende factor voor het behandelen van psychodermatologische problematiek werd door 62% aangegeven dat er te weinig tijd is om deze patiënten volledig te kunnen behandelen. Als tweede voornaamste beperkende factor gaf 53% aan dat de kennis daartoe ontoereikend is. In 22% van de gevallen werd aangegeven dat er sprake was van andere beperkende factoren zoals te weinig ondersteuningsmogelijkheden, het ervaren van weerstand bij de patiënt, geen affiniteit met psychodermatologie, of te weinig ervaring op dit vakgebied waardoor er weinig tot geen aandacht aan deze problematiek werd gegeven.

Verwijzen

Van de dermatologen die doorverwezen bleek dat zij gemiddeld 8,2 (SD 10,5) patiënten per jaar rechtstreeks doorverwezen naar een professionele psychosociale hulpverlener. Daarbij gaf 35% aan geen gebruik te maken van psychosociale ondersteuning. Wanneer een patiënt met psychodermatologische problematiek verwezen werd naar een psychosoci-

ale hulpverlener, werd er gebruikgemaakt van een variëteit aan hulpverleners. Het meest werd verwezen naar de psycholoog (88%), maar in 56% vond terugverwijzing naar de huisarts plaats (tabel 1). De vier meest voorkomende verwijzindicaties zijn: acceptatieproblematiek (69%), psychiatrische stoornissen (68%), jeuk- en krabproblematiek (62%) en stressproblematiek (59%) (tabel 2).

Verwijzing naar	%
Psycholoog	88%
Psychiater	51%
Maatschappelijk werker	40%
Verpleegkundig specialist	22%
Huisarts	56%
Seksuoloog	26%
Anders	3%

Tabel 1. Disciplines waar doorverwijzing vanwege psychodermatologische problematiek naar plaatsvindt in percentages ($n = 144$).

Verwijsindicatie	%
Acceptatieproblematiek	69%
Jeuk- en krabproblematiek	62%
Stressproblematiek	59%
Psychiatrische stoornissen	68%
Angst- en stemmingsstoornissen	46%
Seksuele problematiek	34%
Anders	5%

Tabel 2. Verwijsindicaties voor patiënten met psychodermatologische problematiek (meerdere antwoorden waren mogelijk) ($n = 146$).

Scholing

Er werd aangegeven dat er tijdens de opleiding weinig specifieke onderwijsmomenten betreffende de psychodermatologie zijn geweest. Voor de dermatologen bedroeg dit gemiddeld 2,4 (SD 1,1) scholingsmomenten en voor de dermatologen in opleiding 3,03 (SD 0,85). Wat betreft nascholingen in de vorm van het volgen van een cursus of congres met psychodermatologie als onderwerp gaf 60,2% aan dat zij dit 1-3 keer hadden gedaan, 18% gaf aan dat dit er meer dan drie waren en 22,2% gaf aan geen enkele nascholing over dit onderwerp te hebben gevolgd. Daarentegen gaf 96% aan wel geïnteresseerd te zijn in nascholing op het gebied van psychodermatologie. De onderwerpen varieerden van nascholing over het screenen/signaleren en doorverwijzen van patiënten met deze problematiek (80%), communicatie met deze patiënten (63%) en scholing over psychofarmaca (43%). Wat betreft interesse in nascholing over de respectieve psychodermatosen was de onderverdeling als volgt: dermatitis artefacta (78%), *body dysmorphic disorder* (66%) en depressie of aanpassingsstoornis als gevolg van de huidziekte (66%). Voor de bereidheid om hierin tijd te investe-

ren werd een gemiddelde gemeten van 3,5 (SD 1,1) op de vijfpunts likertschaal. Van alle respondenten bleek 83% bereid te zijn deze nascholing ook te willen bekostigen.

Verbeteringen

Als verbeterpunten werd het volgende aangegeven: 57% gaf aan dat psychosociale hulpverleners meer kennis van psychodermatologie zouden moeten hebben, 54% wenste meer toegankelijkheid tot specifieke psychosociale hulpverlening in het ziekenhuis of in de dermatologische praktijk en 33% zou graag een vergoeding in de DBC willen terugzien voor psychodermatologische problematiek wanneer de patiënt door de dermatoloog hiervoor wordt behandeld. Het opzetten van een verwijsnetwerk van professionele hulpverleners per regio die zich specifiek met psychodermatologie bezighouden, was een van de suggesties ter verbetering. Zelf meer tijd en aandacht vrijmaken, gratis toegankelijke zelftesten en behandeladviezen en bewustwording vergroten door middel van cursussen of onderwijs waren andere waardevolle suggesties.

DISCUSSIE

Psychodermatologie is tot op heden een onderbelicht deelgebied van het vakgebied dermatologie. Een positieve ontwikkeling is dat er geleidelijk aan meer bewustzijn onder dermatologen te bespeuren is ten aanzien van deze problematiek. Daar uit eerder onderzoek is gebleken dat bij ten minste 40% van alle huidziekten psychosociale factoren een belangrijke rol spelen, zijn de herkenning van deze problemen en eventuele doorverwijzing naar psychosociale hulpverleners van belang gebleken.²⁻⁷ Meer dan de helft (65%) van de dermatologen verwijst bij dergelijke problematiek door, echter in het merendeel (56%) van de gevallen is er sprake van terugverwijzing naar de huisarts. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat volgens de dermatoloog de toegankelijkheid tot die hulpverleners en de specifieke kennis bij die hulpverleners en de dermatoloog over de psychodermatologie verbetering behoeft. De Nederlandse dermatoloog ziet psychodermatologische problematiek als onderdeel van het vakgebied en beschouwt het signaleren en aankaarten ervan tijdens het consult tevens als zijn of haar taak. Echter voor de behandeling van deze patiënten ligt de taakopvatting ingewikkelder. Wellicht kan door het opzetten van een netwerk van professionele psychosociale hulpverleners de specifieke doorverwijzing worden vergemakkelijkt. Daarnaast zou, gezien de relatie tussen de kennis over psychodermatologie en de frequentie van het verwijzen die uit dit onderzoek naar voren is gekomen, het onderwijs tijdens de opleiding en de nascholing op dit gebied meer aandacht moeten krijgen. Door de als onvoldoende ervaren kennis over psychodermatologie te verbeteren, zal de communicatie met de patiënt en het herkennen van deze problematiek tevens worden vergroot waardoor patiënten eerder en beter kunnen worden verwezen.⁸ Echter, niet iedere patiënt staat

open voor verwijzing naar een psychosociale hulpverlener.¹² Een oplossing hiervoor kan zijn dat de dermatoloog bereid is (een deel van) de behandeling voor zijn rekening te nemen. Gezien de gesignaleerde positieve relatie tussen kennis en de attitude van de dermatoloog wen aanzien van zijn taken, zal ook het vergroten van de kennis hiervan een rol kunnen spelen. In de praktijkvoering blijft echter het gebrek aan tijd een beperkende factor.

Er zijn beperkingen van het huidige onderzoek te noemen. Door de lage response rate is er een mogelijke bias opgetreden. De dermatologen die hebben meegedaan aan dit onderzoek, hebben mogelijk een grotere affiniteit met het onderwerp dan de dermatologen die niet hebben geparticipeerd. Ook zien we bij de respondenten een oververtegenwoordiging van academisch werkzame dermatologen. Het aangegeven kennis- en vaardighedenniveau zou daarom voor de hele groep Nederlandse dermatologen lager kunnen uitvallen.

Een ander punt is dat, gezien het observationele karakter van dit onderzoek, geen conclusies kunnen worden getrokken over causale verbanden. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat het meer behandelen van psychodermatologische problematiek tot meer kennis leidt. Toekomstig onderzoek is nodig om de relaties tussen de frequentie van het doorverwijzen en de eigen kennis ten aanzien van psychodermatologie en het zelf behandelen van patiënten met dergelijke problematiek verder te onderzoeken.

In de dagelijkse praktijk blijken gebrek aan tijd en (theoretische) kennis van psychodermatologische problematiek beperkende factoren te zijn voor een goede implementatie van psychodermatologische zorg. Naar aanleiding van dit onderzoek zal de Nederlandse Vereniging voor Psychodermatologie (NVPD) stappen ondernemen om de psychodermatologische zorg in de nabije toekomst te verbeteren. Hoewel er reeds verschillende vragenlijsten bestaan (onder andere IHDL, DLQI, Skindex-29)¹³⁻¹⁵ om de psychodermatologische factoren te signaleren, is het gebruik ervan nog niet wijdverbreid. Om dit gebruik te bevorderen zijn er mogelijkheden om deze door een nurse practitioner of dermatologische doktersassistente te laten afnemen en te laten scoren. Verder zal meer aandacht besteed moeten worden aan specifieke na- en bijscholing voor dermatologen (in opleiding) zodat meer bewustwording over dit deelgebied ontstaat. Tot slot heeft de NVPD de taak op zich genomen om de toegang tot psychodermatologische zorg te vergemakkelijken door het opzetten van een verwijzingsnetwerk met landelijke dekking. Bij voorkeur zal hierbij gebruik worden gemaakt van een stepped-caremodel waarbij een lage mate van psychodermatologische problematiek door de huisarts zou kunnen worden behandeld en er bij een gemiddelde of meer ernstige mate van psychodermatologische problematiek intensievere psychologische zorg wordt ingeschakeld, waarbij het echter wel van belang is dat deze hulpverleners geschoold zijn in het omgaan met deze specifieke problematiek. Een vlottere en betere hulpverlening

zal zo kunnen worden opgezet om de patiënt met psychodermatologische problematiek optimaal te kunnen behandelen.

LITERATUUR

1. Arck P, Slominski A, Theoharides T, Peters E, Paus R. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol* 2006;126:1697-704.
2. Sillevius Smitt J, Everdingen J van, Starink Th, Haan M de. *Dermatovenerologie voor de eerste lijn*. 8ste druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
3. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk F. *Clinical management in psychodermatology*. Berlin/Heidelberg: Springer, 2009.
4. Hughes J, Barraclough B, Hamblin L, White J. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatr* 1983;143:51-4.
5. Jafferany M. *Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders*. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9:203-13.
6. Harth W. Psychosomatic dermatology (psychodermatology). *J Dtsch Dermatol Ges* 2008;6:67-76.
7. Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology* 1998;197:230-4.
8. Poot F, Sampogna F, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. *JEADV* 2007;21:227-34.
9. Harth W, Hermes B, Niemeier V, Gieler U. Clinical pictures and classification of somatoform disorders in dermatology. *Eur J Dermatol* 2006;16:607-14.
10. Harth W, Seikowski K, Gieler U, Niemeier V, Hillert A. Psychofarmacological treatment of dermatological patients – when simply talking doesn't help. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007;5:1101-6.
11. Jafferany M, Stoep A van der, Dumitrescu A, Hornung R. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: result of a survey study. *Int J Dermatol* 2010;49:784-9.
12. Koo J, Lee C. General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo JYM, Lee CS, eds. *Psychocutaneous Medicine*. New York: Marcel Dekker, 2003, p.1-29.
13. Korte J de, Mombers FMC, Sprangers MAG, Bos JD. The suitability of QoL questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review. *Arch Dermatol* 2002;138:1221-7.
14. Finlay AY, Khan GK. *Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use*. *Clin Experimen Dermatol* 1994;19:210-6.
15. Evers AWM, Duller P, Kerkhof PCM van de, Valk PGM van der, Jong EGM de, Gerritsen MPJ, et al. The impact of chronic skin diseases on daily life (ISDL): a generic and dermatology-specific health instrument. *Br J Dermatol* 2008;158:101-8.

SAMENVATTING

Een onlinevragenlijst met betrekking tot kennis, houding en handelen ten opzichte van psychodermatologische problematiek werd verstuurd naar alle Nederlandse dermatologen en dermatologen in opleiding (n = 581). 144 dermatologen en assistenten in opleiding hebben de vragenlijst ingevuld (response rate: 24,8%)

Het signaleren en aankaarten van psychodermatologische problematiek beschouwt de Nederlandse dermatoloog als horende bij het vakgebied, maar het behandelen van dergelijke problematiek echter niet. Een beperkende factor bij het behandelen van patiënten met psychodermatologische problematiek is het gebrek aan tijd en kennis. De eigen kennis van de psychodermatologie en de aandacht hiervoor in de opleiding worden als onvoldoende geschat. Per dermatoloog worden er jaarlijks gemiddeld 8,2 patiënten met psychodermatologische problematiek doorverwezen. Van de ondervraagden geeft 35% aan nooit te verwijzen naar professionele psychosociale hulpverlening. Er werd een significante relatie gevonden tussen de mate van door de dermatologen zelf ingeschatte kennis van psychodermatologie en het aantal doorverwijzingen naar een psychosociale hulpverlener. Om patiënten met psychodermatologische problematiek de juiste hulp aan te bieden is het van belang om het verwijzen van deze patiënten te bevorderen. De Nederlandse Vereniging voor Psychodermatologie wil dit stimuleren door kennis op het gebied van de psychodermatologie te vergroten door middel van (na)scholing, scholing van dermatologische verpleegkundigen en doktersassistenten en door het initiëren van een over heel Nederland verspreid professioneel psychosociaal netwerk.

TREFWOORDEN

psychodermatologie – kennis – behandeling – verwijzing – psychosociaal netwerk

SUMMARY

A questionnaire was mailed to all Dutch dermatologists and residents (n=581) in order to assess their knowledge, attitude and conduct regarding psychodermatological problems in their practice. 144 responded and sent back the questionnaire (response rate 24.8%).

Dutch dermatologists appear to regard the recognition but not the treatment of psychodermatological problems as part of their job. Lack of time and knowledge play a role. On average the Dutch dermatologist refers 8 patients per year to a psychosocial expert. 35% of dutch dermatologists never refer patients to a psychosocial expert. The referral rate is low with regard to the significant incidence of psychological and psychiatric problems in patients with dermatological disorders.

A significant correlation is seen between the degree of perceived psychodermatological knowledge and the tendency to refer patients to experts.

In conclusion, it is important to support dermatologists and their staff by enhancing their psychodermatological knowledge by education and to enhance the referral in daily practice by offering a local psychodermatological network

KEYWORDS

psychodermatological problems – knowledge – treatment – referral – psychosocial expert

**GEMELDE (FINANCIËLE)
BELANGENVERSTRENGELING**
geen

LEERZAME ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Necrobiotisch xanthogranuloom; een paraneoplastisch normolipemisch xanthoom, sterk lijkend op xanthelasma

J.W.M. Heijnen¹, V. Noordhoek Hegt², H.C.T. van Zaanen³, M.C.G. van Praag⁴

¹ Coassistent, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam, momenteel anios psychiatrie, GGZ Delfland, Delft

² Klinisch patholoog, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam (PATHAN)

³ Internist-hematoloog, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam

⁴ Dermatoloog, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam

Correspondentieadres

Dr. M.C.G. van Praag

Afdeling Dermatologie

Sint Franciscus Gasthuis

Kleiweg 500

3045 PM Rotterdam

E-mail: m.vanpraag@sfg.nl

CASUS

Een 67-jarige vrouw presenteerde zich op onze polikliniek met sinds enige maanden progressieve, geelrode plaques rond de ogen en in de hals. Patiënte was al vijftien jaar bekend met gele plaques rond de ogen, die in 1995 en 2001 door twee dermatologen waren gediagnosticeerd als xanthelasma palpebrarum bij een niet verhoogd serumcholesterolgehalte. De laesies werden indertijd behandeld met excisie en later met applicatie van verzadigd trichloorazijnzuur. Er bleven echter recidieven optreden.

Sinds 2005 wordt patiënte halfjaarlijks gecontroleerd door de hematoloog in verband met een B-cel chronische lymfatische leukemie (CLL) stadium 0 (RAI-classificatie), dat wil zeggen een absolute lymfocytose in het bloed zonder lymfadenopathie of hepatosplenomegalie. Gekozen is voor een expectatief beleid.

Bij dermatologisch onderzoek werden in de hals parajuglair twee geelrode, scherp begrensde

plaques gezien van ongeveer 1,5 cm (figuur 1). Periorbitaal waren grotere geelrode plaques met teleangiëctasieën aanwezig (figuur 2). Lateraal van het linkeroog bestond tevens een solitaire, geelrode nodulus van circa 0,5 cm. De serumlipidenspiegel was normaal. Zij had geen andere huidafwijkingen. Onder de klinische differentiële diagnose xanthelasma of necrobiotisch xanthogranuloom werden uit alle plaques biopten genomen en werd de nodulus geëxcideerd.

Bij histopathologisch onderzoek werden veel histio-

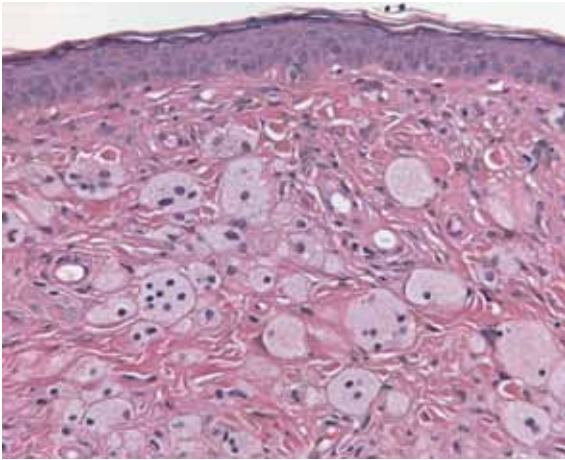


Figuur 1. Geelrode plaques in de hals.

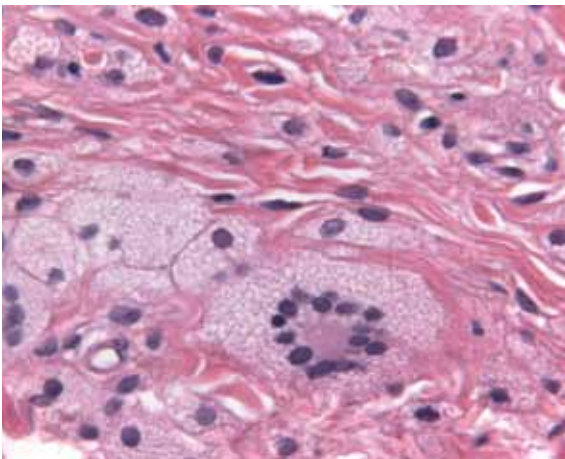


Figuur 2. Geelrode plaques rond de ogen.

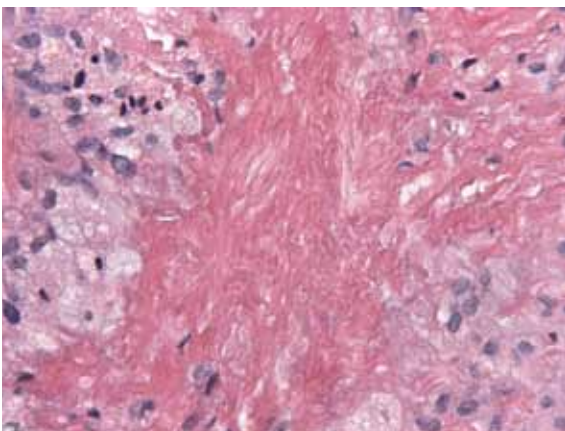
cytaire cellen van het toutonse reusceltype in de dermis gevonden (figuren 3 en 4), soms gepaard met necrose van het collageene bindweefsel (necrobiose) en fibrose (figuur 5).



Figuur 3. Histopathologisch beeld van een huidbiopt, linkerooglid.



Figuur 4. Histopathologisch beeld van een huidbiopt, toutonse reuscel (HE 500x).



Figuur 5. Histopathologisch beeld van een huidbiopt, necrobiose (HE 250x).

DIAGNOSE

Necrobiotisch xanthogranuloom.

BESPREKING

Necrobiotisch xanthogranuloom (NXG) is een zeldzame, chronische granulomateuze huidaandoening, die behoort tot de histiocytosen.

Klinisch begint NXG meestal met geelrode papels en noduli, sterk gelijkend op xanthomen/xanthelasmata, die samenvloeien tot geïndureerde plaques van 0,5 tot 2 cm, maar ook plaques van 25 cm zijn beschreven. De laesies tonen vaak teleangiëctasieën, verlittekening, atrofie en frequent ulceratie.

De afwijkingen bevinden zich meestal periorbitaal, maar komen soms ook op de romp of de extremiteiten voor. Zij zijn vaak asymptomatisch, maar gaan ook wel gepaard met jeuk en pijn.

NXG wordt beschouwd als een multiorgaanziekte. Hepatomegalie, splenomegalie, artritis/artralgie, cardiomyopathie en neuropathie zijn erbij beschreven, net als longaantasting en oogafwijkingen.

De ziekte werd voor het eerst beschreven in 1980 waarbij enerzijds onderscheid werd gemaakt met xanthomen en anderzijds een relatie werd aangegeven met paraproteïnemie en lymfoproliferatieve ziekten.^{1,2} Een review van NXG in 2009 bespreekt 118 patiënten, bij wie een relatie werd gevonden met monoclonale gammopathie (MGUS, 56%), multipel myeloom (ziekte van Kahler, 14%), chronische lymfatische leukemie en het non-hodgkinlymfoom (6%).² Bij meer dan 70% van alle patiënten met NXG werd een paraproteïnemie aangetoond, meestal van het type IgG kappa.³

Bij NXG is de serumlipidenspiegel meestal normaal.⁴ Histologisch onderzoek laat een, meestal bandvormig, granulomateus infiltraat zien in de dermis en subcutis, bestaande uit schuimige macrofagen, veelal van het toutonse reusceltype, necrose van dermaal collageen (necrobiose) en nodulaire lymfocyttaire aggregaten rondom.

De pathogenese van NXG is tot op heden nog niet opgehelderd. Een concept is complexvorming tussen in de dermis geprecipiteerde immuunglobulines en lipides met een granulomateuze vreemdlichaamreactie tot gevolg. Ook een mogelijke reactie op een infectie met *Borrelia burgdorferi*^{2,3,5} wordt gesuggereerd. In een studie uit 2007 worden bij zes van zeven patiënten met NXG spirocheten aangetoond in huidbiopten door middel van microscopie; de borreliaserologie was echter negatief.⁵

Bij onze patiënte konden met behulp van immunohistochemie geen spirocheten worden aangetoond in de biopten en werd met immunofluorescentie geen neerslag gevonden van immuunglobulines (IgG, IgA en IgM) of complement (C3).

In het serum werd geen paraproteïne gevonden. De laatste maanden voor presentatie was er een geringe toename in activiteit van de CLL die zich uitte in oplopend lymfocytental en stijgend LDH.

De hematologische ziekten waarmee NXG meestal is geassocieerd, kunnen zich manifesteren tijdens, vóór of na het verschijnen van de huidaesies. Deze laesies ontstaan gemiddeld twee jaar voordat de hematologische ziekte zich openbaart.^{6,7}

Bij onze patiënte waren de laesies tien jaar geleden ontstaan. Helaas is er geen hematologische screening gedaan in de periode tussen 1995 en 2005; het is daarom onduidelijk wanneer de CLL ontstaan is bij patiënte.

NXG wordt beschouwd als een inflammatoir normolipemisch xanthoom.^{8,9} Klinisch onderscheidt NXG zich van xanthelasmata doordat de NXG-plaques vaker geïndureerd zijn en soms ulcereren. Histologisch zijn xanthelasmata gekenmerkt door superficiael in de dermis gelegen schuimmacrofagen (niet van het toutonse type), zonder ontstekingscomponent of necrobiose en zonder reactieve fibrose. Xanthelasmata kunnen dan ook beschouwd worden als een lokale, inerte stapeling van lipiden in de huid. NXG is daarbij een multior-gaanziekte, waardoor de laesies zich op meerdere plaatsen in het lichaam kunnen manifesteren.^{8,9} Behalve van xanthelasma moet het NXG ook nog gedifferentieerd worden van onder andere necrobiosis lipoidica, granuloma annulare, vreemdlichaamgranuloom, reumanodus, juveniel xanthogranuloom en amyloidose.⁶

Kliniek, histologie en hematologisch onderzoek zullen in de meeste gevallen de juiste diagnose mogelijk maken.

Patiënten met NXG dienen jarenlang te worden vervolgd op de aanwezigheid van monoklonale gammopathie en andere hematologische ziekten. Behandelresultaten waren tot nu toe teleurstellend. Intralesionale steroidinjecties resulteerden in een slechte respons. Systemische chemotherapie met alkylerende agentia met of zonder prednison kunnen effectief blijken. Minder toxische therapie, zoals dapson en clofazimine hebben niet geleid tot verbetering. Chirurgische excisie resulteert in lokaal recidief binnen zes maanden tot één jaar en moet dus worden afgeraden.^{8,9}

SAMENVATTING

Een 67-jarige vrouw met chronische lymfatische leukemie ontwikkelde geelrode plaques in de hals. Patiënte had sinds vijftien jaar reeds gele plaques rond de ogen, die eerder geduid waren als xanthelasmata. Huidbiopten van plaques in hals en op oogleden lieten nu een histopathologisch beeld zien van necrobiotisch xanthogranuloom (NXG). Het NXG is een paraneoplastisch normolipemisch xanthoom, dat klinisch sterk kan lijken op xanthelasma en vaak gerelateerd is aan hematologische maligniteit. Bij twijfel aan de diagnose xanthelasma is klinisch, histopathologisch en hematologisch onderzoek geïndiceerd. Ook dient de patiënt met NXG zonder interne afwijkingen jarenlang vervolgd te worden op het alsnog ontstaan van een lymfomyeloproliferatieve aandoening.

TREFWOORDEN

necrobiotisch xanthogranuloom – xanthelasma palpebrarum – xanthoom – chronische lymfatische leukemie

Concluderend hebben wij hier te maken met een patiënte bij wie NXG van het gelaat en de hals werd gediagnosticeerd, dat geassocieerd was met een CLL. Het NXG is een paraneoplastisch normolipemisch xanthoom, dat sterk kan lijken op xanthelasma en zich veel eerder kan openbaren dan de gerelateerde hematologische maligniteit. Klinisch, histopathologisch en hematologisch onderzoek zijn bij twijfel aan de diagnose xanthelasma geïndiceerd.

LITERATUUR

1. Kossard S, Winkelmann RK. Necrobiotic xanthogranuloma with paraproteinemia. *J Am Acad Dermatol* 1980;3:257-70.
2. Spicknall KE, Mehregan DA. Necrobiotic xanthogranuloma. *Int J Dermatol* 2009;48:1-10.
3. Wood AJ, Wagner MV, Abbott JJ, Gibson LE. Necrobiotic xanthogranuloma: a review of 17 cases with emphasis on clinical and pathologic correlation. *Arch Dermatol* 2009;145:279-84.
4. Kemler MA, Deenstra W, Kon M. [Xanthelasma palpebrarum]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1014-7.
5. Zelger B, Eisendle K, Mensing C, Zelger B. Detection of spirochetal micro-organisms by focus-floating microscopy in necrobiotic xanthogranuloma. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:1026-30.
6. Mehregan DA, Winkelmann RK. Necrobiotic xanthogranuloma. *Arch Dermatol* 1992;128:94-100.
7. Ugurlu S, Bartley GB, Gibson LE. Necrobiotic xanthogranuloma: long-term outcome of ocular and systemic involvement. *Am J Ophthalmol* 2000;129:651-7.
8. Gergen N, Biebl K, Berg BC, Suwatee P. Slowly growing yellow nodule: challenge. *Am J Dermatopathol* 2011;33:92-3.
9. Gergen N, Biebl K, Berg BC, Suwatee P. Slowly growing yellow nodule: Answer. *Am J Dermatopathol* 2011;33:103-4.

SUMMARY

A 67-year old woman with chronic lymphocytic leukaemia developed yellow-red plaques on her neck. She had yellow-red plaques around her eyes for the last 15 years, which were diagnosed as xanthelasma. Skinbiopsies of plaques in neck and on eyelids showed a histopathologic finding of necrobiotic xanthogranuloma (NXG). NXG is a paraneoplastic normolipemic xanthoma, which looks like xanthelasma and is often related to hematologic malignancy. When the diagnosis of xanthelasma is not certain, further clinical, histopathological and haematological evaluation is recommended. A patient with NXG, without abnormal laboratorial findings should be evaluated annually for development of lymfo-myeloproliferative disorders.

KEYWORDS

necrobiotic xanthogranuloma – xanthelasma palpebrarum – xanthoma – chronic lymphatic leukaemia

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

geen

Pagetoïde reticulose-like tumor in een brandwond in relatie tot mycosis fungoides

C.W. van Haselen¹, B.A.M. Sybrandy¹, V. Sigurdsson²

¹ Afdeling Dermatologie, Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem

² Afdeling Dermatologie, Universitair Medisch Centrum, Utrecht

Correspondentieadres:

Dr. C.W. van Haselen

Afdeling Dermatologie

Slingeland Ziekenhuis

Postbus 169

7000 AD Doetinchem

Telefoon: 0314-329591

E-mail: c.van.haselen@slingeland.nl

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Anamnese

Een 55-jarige man presenteerde zich in januari 2011 in verband met een sinds juli 2010 bestaande huidafwijking op de linkeronderarm. Het verhaal van een brandwond als oorzaak was heel consistent en specifiek; een lichte elektrische kookplaat die omhoog kwam na lostrekken van een vastgeplakte pan die vervolgens op de onderarm terecht kwam en aanvankelijk resulteerde in een laesie van circa 5 cm doorsnede die dus later groeide. Bij navraag zat er, zover patiënt zich kon herinneren, op de linkeronderarm geen pre-existente huidafwijking. Ook van laesies elders op het lichaam was hij zich niet bewust.

Patiënt had naar zijn zeggen de brandwond verwaarloosd. Na een paar dagen begon de wond te etteren en na ongeveer een maand besloot hij naar de huisarts te gaan. De afmetingen bedroegen op dat moment 10 bij 12 cm. Behandeling vond plaats met vette gazen in combinatie met mupirocine-zalf, siliconenverband, Prontosan® oplossing en Polymem®. Desondanks groeide de afwijking.

De voorgeschiedenis meldt: obesitas, diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie en een cerebrovasculair accident met volledig herstel.

Medicatie: acetylsalicylzuur, pioglitazon, nifedi-

pine, losartan, metoprolol, hydrochloorthiazide en metformine.

Lichamelijk onderzoek

Bij inspectie was op de linkeronderarm een natte geïnfiltreerde plaque met sereuze crustae en afmetingen 15,5 bij 23,0 cm, bijna circulair aan de linkeronderarm aanwezig (figuur 1). Bij verdere inspectie van de huid werden erythematosquameuze patches verspreid over romp en extremiteiten gezien (figuur 2).



Figuur 1. Natte geïnfiltreerde plaque met sereuze crustae en afmetingen 15,5 bij 23,0 cm bijna circulair aan de linkeronderarm.



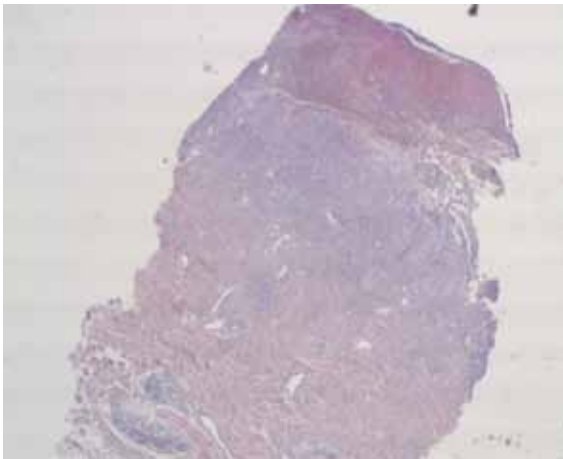
Figuur 2. Erythematosquameuze patches verspreid over romp en extremiteiten.

Lymfeklieren waren bij lichamelijk onderzoek niet palpabel, waarbij opgemerkt dient te worden dat dit werd bemoeilijkt door de obesitas.

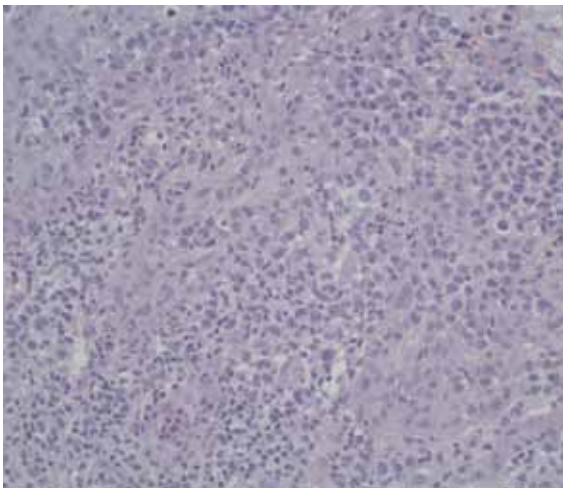
Histopathologisch onderzoek van het biopt van de linkeronderarm liet een epidermis met milde parakeratose en uitgebreide ulceratie zien. De epidermis en adnexen toonden epidermotropisme van lymfoïde cellen en het infiltraat bestond uit grote lymfocytair cellen met grote pleomorfe hyperchromatische nuclei met weinig cytoplasma. In de dermis waren minder, maar vergelijkbare cellen zichtbaar (figuur 3 en 4).

Immunohistochemisch onderzoek toonde aankleuring met CD2, CD3, CD 8 en focaal ook CD30 (figuur 5 en 6). CD4 was negatief en ook CD5-aankleuring was afwezig in de neoplastische cellen. Verdere relevante aankleuringspatronen: TIA-positief, granzyme B-positief.

Histologisch onderzoek van een patch toonde een parakeratotische epidermis met geringe acanthose. In de oppervlakkige epidermis werd een dicht band-



Figuur 3. Epidermis met milde parakeratose en uitgebreide ulceratie. Er is sprake van epidermotropisme van lymfoïde cellen. In de dermis een minder dicht infiltraat met vergelijkbare cellen (vergroting 25x).



Figuur 4. Grote pleomorfe cellen met hyperchromatische nuclei en weinig cytoplasma in de epidermis (vergroting 400x).

vormig infiltraat gezien met epidermotropisme van lymfocytair cellen met kleine irregulaire nuclei. Immunohistochemisch onderzoek toonde hier ook aankleuring met CD2 en CD3. CD4, maar ook CD8 was negatief. De CD30-aankleuring was hier relatief weinig uitgesproken. Plaatselijk was er ook weer verlies van CD5-aankleuring in de atypische lymfocytair cellen. TIA en granzyme B waren hier negatief.

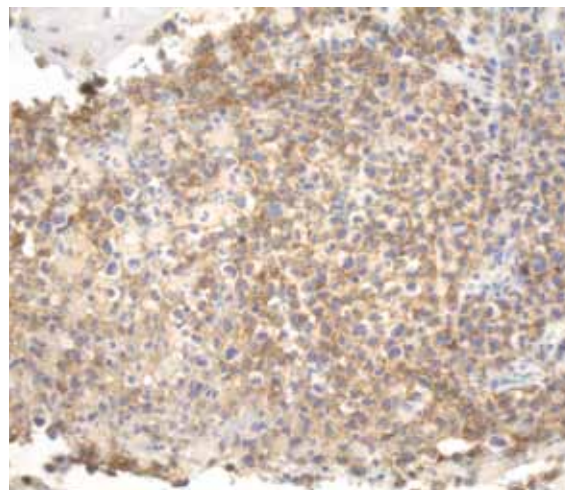
Aanvullend onderzoek

Bij serologisch onderzoek werden geen aanwijzingen gevonden voor een virusinfectie.

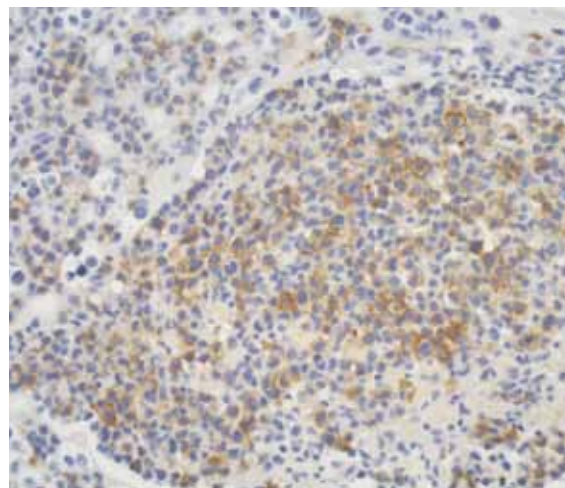
Beenmergonderzoek: geen aanwijzing voor een hematologische maligniteit. CT-thorax/abdomen: lymfeklierpakket links axillair en kleine lymfeklieren retroperitoneaal en mesenteriaal. Histologie van de lymfeklieren toonde het beeld van een reactieve lymfadenopathie.

DIAGNOSE

Pagetoïde reticulose-like tumor in een brandwond in relatie tot mycosis fungoides. (Besproken in de Werkgroep Cutane Lymfomen op 10 maart 2011)



Figuur 5. Aankleuring van de atypische cellen met CD8 (vergroting 400x).



Figuur 6. Focaal ook aankleuring met CD30 (vergroting 400x).

Beloop en behandeling

De mycosis fungoides-patches werden behandeld met clobetasolzalf 2 dd. Hierop was een partiële remissie zichtbaar. Afbouwen naar 1 dd lukte echter niet. Aanvullende UVB-behandeling staat gepland. De pagetoïde reticulose werd behandeld met radiotherapie: acht fracties van 2,5 Gy, vier keer per week. Hiermee ging deze laesie dicht en werd vlakker.

BESPREKING

De European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) en de World Health Organisation (WHO) onderscheiden in hun classificatie van primaire cutane lymfomen diverse entiteiten met consequenties voor diagnostiek, beloop en behandeling. Mycosis fungoides (MF) is het meest voorkomende type waarbij de aandoening zich meestal presenteert met patches en plaques. Epidermotropisme is een histologisch kenmerk. De tumorcellen hebben gewoonlijk het helpercelfenotype en zijn CD30-negatief. Het ontstaan van ulcererende tumoren wijst op progressie. Pagetoïde reticulose (PR) wordt beschouwd als een zeldzame variant van een MF-type primair cutaan T-cellymfoom met als overeenkomst met MF een klonale populatie van T-lymfocyten. Deze aandoening wordt klinisch gekarakteriseerd door solitaire patches of plaques, die kunnen ulcereren en met name voorkomen op de extremiteiten. Het uitgesproken epidermotropisme is een histologisch kenmerk. Een CD 8+/30+-fenotype komt relatief veel bij PR voor vergeleken met klassieke MF. PR wordt op basis van het klinisch beeld, de histologie en het immunofenotype beschouwd als een aparte entiteit binnen het spectrum van primair cutaan T-cellymfomen.¹ Het tegelijkertijd voorkomen van deze aandoeningen bij één patiënt is zeer ongewoon. In een casereport waarbij PR ontstaat bij een patiënt met een MF was er geen duidelijk uitlokkend moment.² De diagnose van de Werkgroep Cutane Lymfomen bij onze patiënt was 'mycosis fungoides stadium 1A en pagetoïde-like afwijking in een brandwond'. Voor klassieke PR was de laesie inderdaad wel erg fors en bovendien was er naast epidermotropisme van de atypische cellen ook sprake van een relatief forse dermale component, terwijl er bij klassieke PR juist sprake is van een weinig uitgesproken dermaal infiltraat. Het klinisch en histologisch beeld, zeker van de patches, paste niet bij een primair cutaan agressief epidermotroop CD 8-positief T-cellymfoom. Het beloop bij onze patiënt suggereert dat de brandwond zeker een rol moet hebben gespeeld; de anamnese was heel specifiek en gedetailleerd en dit maakt een pseudoanamnese (dat wil zeggen: er wordt door de patiënt een niet-relevante gebeurtenis aangegeven als 'eigen' verklaring voor het beloop) zeer onwaarschijnlijk.

Het köbner-effect, ook wel isomorf prikkelfenomeen genoemd, is in de dermatologie een bekende reactie die voor het eerst werd beschreven in 1876 waarbij psoriasis ontstond in de niet-aangedane huid na een huidtrauma. Volgens de definitie gaat het dan wel

om het optreden van een huidafwijking met *dezelfde* diagnose.³ Omdat MF en PR als aparte entiteiten worden beschouwd, zou je in onze casus eigenlijk niet van een köbner-effect mogen spreken. Men zou hieruit echter ook kunnen opmaken dat genoemde entiteiten toch wel erg nauwe banden hebben en dat een *köbner-like* fenomeen een verklaring zou kunnen zijn. Bij cutane T-cellymfomen is het köbnerfenomeen niet in de literatuur te vinden. Wel zijn er casereports over het ontstaan van cutane T-cellymfomen in relatie met eczeem,⁴ spinnenbeten,⁵ pagetoïde reticulose elf jaar na radiotherapie ter plaatse van een primair cutaan anaplastisch T-cellymfoom,⁶ een reactieve benigne atypische intravasculaire CD30-positieve proliferatie na een trauma,⁷ een primair cutaan anaplastisch grootcellig lymfoom dat in het litteken van een brandwond optreedt,⁸ een primair cutaan CD30-positief T-cellymfoom in een chronische brandwond ter plaatse van een onderliggende psoriasisplaque⁹ en multipole lymfocytomen ter plaatse van de naaldin-steekopeningen van een accupunctuurbehandeling.¹⁰ Klassieke MF-laesies in brandwonden zijn in de literatuur niet beschreven.

Om over de rol van de brandwond in onze casus te speculeren wordt de pathofysiologie van de verse brandwond onder de loep genomen. De verse brandwond wordt gekenmerkt door een complexe inflammatoire reactie ter voorbereiding op de wondheling in een later stadium.¹¹

Een sleutelrol in de inflammatoire reactie van de brandwond is weggelegd voor de polymorfkernige leukocyten, mestcellen, trombocyten en endotheelcellen. In de latere fase van de algemene wondheling spelen wondgeassocieerde lymfocytenpopulaties een rol. Er wordt onder andere een toename van CD8-positieve T-suppressorlymfocyten waargenomen. Dit suggereert een rol van deze cellen in de downregulatie van het helingsproces, als de wond zich sluit.¹²

Mogelijk dat er in het complexe micromilieu van de genezende brandwond, met veranderde weefselarchitectuur, vascularisatie en aanwezigheid van antigenen en groeifactoren, een gelokaliseerde immunofenotypische switch heeft plaatsgevonden van de MF-lymfocyten naar CD8-positieve lymfocyten met de bijbehorende klinische en histologische kenmerken van PR. Een dergelijke switch is zeer uniek en is onder andere wel eens beschreven bij T-celprolymfocyttaire leukemie.¹³

Samenvattend illustreert deze casus dat er een köbner-like fenomeen kan optreden bij MF en verder dat MF en PR nauw aan elkaar gerelateerd zijn, ook al worden beide naar de huidige inzichten beschouwd als aparte entiteiten.

LITERATUUR

1. Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood* 2005;105:3768-85.
2. Mühlhof C, Krenkel B, Rübber A, Megahed M.

- Pagetoïde reticulose bei einem patienten mit Mycosis fungoides. Erfolgreiche Therapie mit lokalisierter Elektronenbestrahlung. *Der Hautarzt*; 2010;61:378-82.
3. Sagi L, Trau H. The Koebner phenomenon. *Clin Dermatol* 2011;29:231-6.
 4. Haselen CW van, Toonstra J, Preesman AH, et al. Sézary syndrome in a young man with severe atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1999;140:704-7.
 5. Gorpelioglu C, Sarifakioglu E, Haltas A. Spider bite-induced pagetoid reticulosis? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:446-7.
 6. Mercer SE, Vidal CI, Grummer SE, Strauchen JA, et al. Pagetoid reticulosis after radiotherapy of primary cutaneous anaplastic large-cell lymphoma. *Am J Dermatopathol* 2010;32:79-82.
 7. Baum CL, Stone MS, Liu V. Atypical intravascular CD30+ T-cell proliferation following trauma in a healthy, 17-year-old male: first reported case of a potential diagnostic pitfall and literature review. *J Cutan Pathol* 2009;36:350-4.
 8. Morihara K, Takena H, Morihara T, Kishimoto S. Primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma associated with vascular endothelial growth factor arising from a burn scar. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:S103-5.
 9. Yeung CK, Ma SY, Chan HH, et al. Primary CD30+ve cutaneous T-cell lymphoma associated with chronic burn injury in a patient with longstanding psoriasis. *Am J Dermatopathol* 2004;26:394-6.
 10. Bork K. Multiple lymphocytoma at the point of puncture as a complication of acupuncture treatment. Traumatic origin of lymphocytoma. *Hautarzt* 1983;34:496-9.
 11. Evers LH, Bhavsar D, Mailänder P. The biology of burn injury. *Exp Dermatol* 2010;19:777-83.
 12. Boyce DE, Jones WD, Ruge F, et al. The role of lymphocytes in human dermal wound healing. *Br J Dermatol* 2000;143:59-65.
 13. Tse E, So C-C, Cheung WWW, Kwong Y-L. T-cell prolymphocytic leukaemia: spontaneous immunophenotypical switch from CD4 to CD 8 expression. *Ann Haematol* 2011;90:479-81.

SAMENVATTING

Een 55-jarige man presenteerde zich met een sinds een halfjaar bestaande, groeiende, nattende, vlakke, paddenstoelvormige tumor op de linkeronderarm. Deze tumor was ontstaan uit een brandwond. De wondverpleegkundige had via e-mail foto's gestuurd voor advies waarop de progressie van de laesie te zien was. Op het moment van bezoek aan de polikliniek bedroegen de afmetingen 15,5 bij 23,0 cm. Bij overige inspectie van de huid bleken er op de romp roodschilderende patches aanwezig. Er waren geen zichtbare afwijkingen op de extremiteiten. Diagnose: pagetoïde reticulose-like tumor in een brandwond in relatie tot mycosis fungoides.

Deze casus draagt bij aan de discussie omtrent de rol van externe factoren bij het ontstaan en de progressie van cutane lymfomen en suggereert dat mycosis fungoides en pagetoïde reticulose, die beschouwd worden als aparte entiteiten, toch nauwe banden hebben. De literatuur hierover wordt gepresenteerd.

TREFWOORDEN

mycosis fungoides – pagetoïde reticulose – brandwond

SUMMARY

A 55-year-old man presented with a fungus-like tumour on the left fore-arm which was present for 6 months. The tumour developed from a burn wound. The wound care nurse had sent photographs by e-mail for advice regarding the progression of the lesion. At the time of the visit to our hospital the lesion measured 15,5 by 23,0 cm.

Physical examination showed red-scaling patches on the trunk. No lesions were visible on the extremities.

Diagnosis: Pagetoid reticulosis-like tumour after a burn in relationship to mycosis fungoides.

This case report contributes to the discussion on the role of external factors on the emergence and progression of cutaneous lymphomas and suggests that mycosis fungoides and pagetoid reticulosis, although considered as separate entities, have a close relationship.

In addition the literature is reviewed.

KEYWORDS

mycosis fungoides – pagetoid reticulosis – burn wound

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

geen

QUIZ

Dermatoscopie

E.A. Hamminga¹, N.A. Kukutsch²¹ Aio, afdeling Dermatologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Correspondentieadres:

Dr. N. Kukutsch

Afdeling Dermatologie

Leids Universitair Medisch Centrum

Albinusdreef 2

2300 RC Leiden

E-mail: n.a.kukutsch@lumc.nl

CASUS 17

Vrouw, 76 jaar, sinds vijftien jaar bestaande huidafwijking op de linkervoet. Behandeling met verschillende topische corticosteroiden en antimycotica had geen effect. Binnen de familie komen geen melanomen voor.

1. In de laesie worden geen melanocyttaire kenmerken gezien.

- a. juist
b. onjuist

2. Bij de witte pijlen worden puntvaatjes (dotted vessels) gezien.

- a. juist
b. onjuist

3. De bruine verkleuring duidt bij deze casus op postinflammatoire hyperpigmentatie.

- a. juist
b. onjuist

INLEIDING

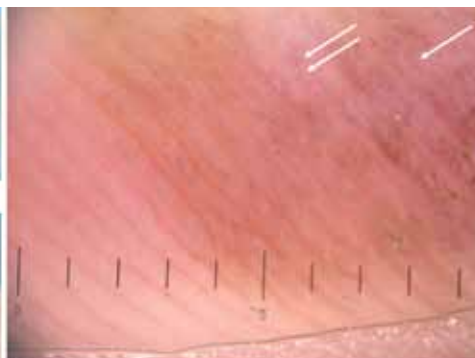
Met deze tweede serie van 10 x 2 casus, verpakt in een quiz, laten wij nu de dermatoscopie van bijzondere lokalisaties (onder andere nagels, handpalmen, voeten, gelaat, slijmvliezen) aan bod komen. De antwoorden op deze casus zijn in consensus gevonden.

4. In de laesie worden onregelmatig verdeelde dots gezien.

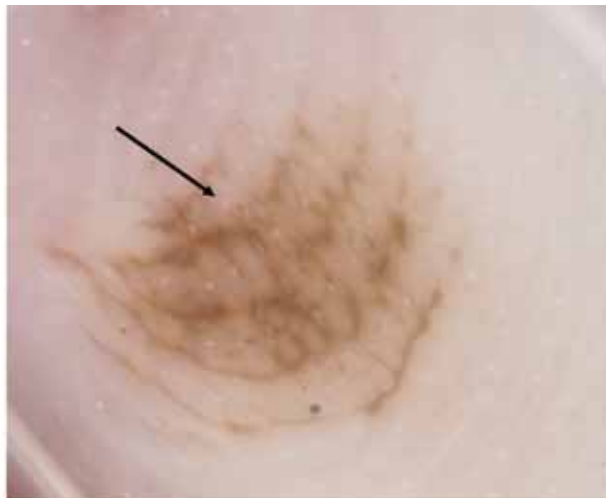
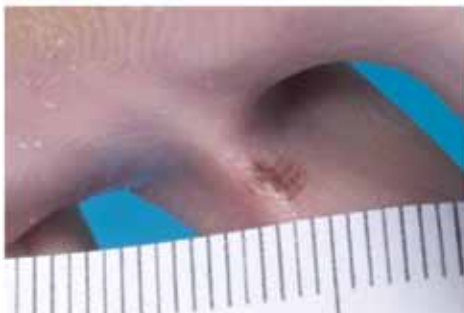
- a. juist
b. onjuist

5. De meest waarschijnlijke diagnose is:

- a. naevus naevocellularis
b. dysplastische naevus
c. acrolentigineus melanoom
d. plaveiselselcarcinoom
e. verruca vulgaris
f. tinea pedis
g. eczeem n.n.o.
h. hemorragie/hematoom
i. postinflammatoire hyperpigmentatie



CASUS 18



Vrouw, 45 jaar, nieuwe moedervlek op dig. IV linkervoet. Voorgeschiedenis: melanoom linkerbil, FAMMM-syndroom.

1. De zweetkliergangen (zwarte pijl) monden uit in de sulci superficialis.
 - a. juist
 - b. onjuist
2. Er is sprake van een fibrillair patroon.
 - a. juist
 - b. onjuist
3. De pigmentatie in de groeven is een benigne kenmerk.
 - a. juist
 - b. onjuist

4. Er is een indicatie voor excisie van de laesie.
 - a. juist
 - b. onjuist

5. De meest waarschijnlijke diagnose is:
 - a. naevus naevocellularis
 - b. dysplastische naevus
 - c. Spitz/reednaevus
 - d. acrolentigineus melanoom
 - e. hemorragie/ hematoom

De antwoorden vindt u op pagina 573

DERMATOCHIRURGIE

Dermatochirurgie: Hoe sluit ik dit defect?

Deel IX: Secundaire granulatie

H.M.S. Sterneberg¹, K. Mosterd², N.W.J. Kelleners-Smeets²

¹ Aios dermatologie, afdeling Dermatologie, Academisch ziekenhuis Maastricht

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Academisch ziekenhuis Maastricht

Correspondentieadres:

Drs. H.M.S. Sterneberg

Afdeling Dermatologie

Academisch ziekenhuis Maastricht

P. Debeyelaan 25

6202 AZ Maastricht

E-mail: h.sterneberg.vos@mumc.nl



Na de eerdere artikelen over het operatief sluiten van huiddefecten na excisie, willen we een niet-invasieve manier van sluiting bespreken. Een methode waarbij chirurgische interventie juist achterwege wordt gelaten: wondgenezing op basis van secundaire granulatie. Het is belangrijk om te weten wanneer u voor deze methode kunt kiezen. In sommige gevallen is secundaire granulatie de enige optie zoals bij een wonddehiscentie, een geïnfecteerde wond of na necrose van een flap of transplantaat. Ook uitstel van reconstructie in afwachting van histopathologisch onderzoek kan al na korte tijd een mooi gegranuleerd defect opleveren, zodat besloten kan worden tot secundaire granulatie over te gaan. Maar afhankelijk van de lokalisatie kan het ook een weloverwogen keus zijn om een wond vanzelf te laten genezen.

In onderstaande twee voorbeelden is ervoor gekozen om het huiddefect, ontstaan na Mohs micrografische chirurgie, secundair te laten genezen. Patiënt 1 had een defect van 14 x 14 mm net proximaal van de linker ala nasi (figuur 1a). Dit defect zou je kunnen reconstrueren met een transpositieplastiek zoals een bilobedplastiek of een romboïdplastiek. Wij kozen voor een gedeeltelijke sluiting craniaal met één transcutane hechting. Het resterende defect van 10 x 10 mm werd opengelaten en bedekt met een vet gaas. Gedurende twee dagen werd een drukverband gegeven ter voorkoming van een eventuele nabloeding. Vanaf één week postoperatief is de patiënt het defect eenmaal daags gaan spoelen met lauwwarm kraanwater. Gedurende de eerste drie weken heeft patiënt het defect afgedekt met een vet gaas en een

pleister. Het resultaat na één week en het eindresultaat na tweeënhalve maand wordt hier getoond (figuur 1b en 1c).

Patiënt 2 had een defect van 38 x 31 mm links temporaal (figuur 2a). Patiënt gaf zelf aan geen reconstructie te willen en dit defect werd eveneens bedekt met een vet gaas en een drukverband gedurende twee dagen. Hij spoelde zelf vanaf één week postoperatief het defect eenmaal daags en bedekte het met een vet gaas en een pleister. Omdat er na één maand enige hypergranulatie zichtbaar was, werd dit aangestipt met zilvernitraat. Op de foto's is het resultaat na één en twee maanden te zien (figuur 2b en 2c).

Beide patiënten waren zeer tevreden met het eindresultaat.

In 1983 beschreef Zitelli al dat een huiddefect gelokaliseerd op de concave gebieden in het gezicht uitermate geschikt zijn om per secundam te laten genezen.¹ Deze bevinden zich in het gebied van de neus, het oog, het oor en de temporaalstreek (figuur 3).² Het natuurlijke wondgenezingsproces geeft op deze lokalisaties een goed cosmetisch resultaat. Dit wondgenezingsproces omvat onder andere een proliferatiefase waarin de vorming van granulatieweefsel, re-epithelialisatie en wondcontractie plaatsvinden. Bij wonden tot in de subcutis treedt re-epithelialisatie alleen op vanuit de wondranden (niet vanuit de bodem) en speelt contractie daarnaast een belangrijke rol bij het sluiten van de wond. Minder diepe wonden, waarbij de adnexen (deels) gespaard zijn, vertonen minder contractie.

Epithelialisatie treedt hierbij niet alleen vanuit de wondrand maar ook vanuit de bodem op. De diepte van een wond is dan ook van invloed op het uiteindelijke genezingsresultaat. De grootte van een wond is vooral bepalend voor de duur van het genezingsproces. Grote defecten kunnen soms deels primair gesloten worden, waardoor een kleiner, resterend defect overblijft dat sneller per secundam geneest. Op het oor granuleren defecten tot op het kraakbeen sneller wanneer één of enkele 2 mm-biopen door het kraakbeen worden afgenomen. Door dergelijke kleine kraakbeenexcisies ontstaat formatie van granulatieweefsel vanaf de andere kant van het kraakbeen.

Naast een fraai cosmetisch resultaat zijn andere voordelen van secundaire wondgenezing: geen reactie op hechtmateriaal, geen necrose en een zeer lage infectiekans, kleiner dan 0,5%.³ Antibiotica zijn in principe niet nodig wanneer een defect open wordt gelaten.

Bovendien kan het voor sommige patiënten een voordeel zijn om ze een (complexe) sluitingsprocedure te besparen. Vooral bij patiënten met multipole huidmaligniteiten is een verschuivingsplastiek vaak niet gewenst uit oncologisch oogpunt. Secundair genezen defecten zijn, net als primair gesloten

defecten, goed klinisch te controleren op een recidief.¹

Ten slotte bespreken wij nog welke lokalisaties niet geschikt zijn voor secundaire granulatie. Dit zijn de huiddefecten gelokaliseerd op de convexe gebieden van de wang, kin, neus en op de helix van het oor (figuur 3).² Wondgenezing op deze lokalisaties geeft vaak ingezonken of juist hypertrofische littekens en een grotere kans op retractie. Ook bij diepere periorbitale en periorale wonden is terughoudendheid geboden, omdat contractie in deze gebieden respectievelijk een ectropion of eclabium kan geven.

LITERATUUR

1. Zitelli JA. Wound healing by secondary intention. A cosmetic appraisal. *J Am Acad Dermatol* 1983;9:407-15.
2. Cordoro KM, Russel MA. Minimally invasive options for cutaneous defects: secondary intention healing, partial closure, and skin grafts. *Facial Plast Surg Clin N Am* 2005;13:215-30.
3. Zitelli JA. Secondary intention healing: an alternative to surgical repair. *Clin Dermatol* 1984;2:92-106.



Figuur 1a.



Figuur 1b.



Figuur 1c.



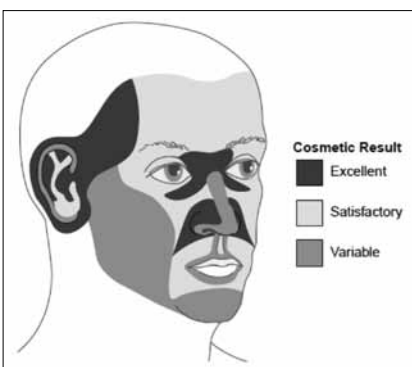
Figuur 2a.



Figuur 2b.



Figuur 2c.



Figuur 3. Cosmetisch resultaat van huiddefecten in het gezicht die genezen door secundaire granulatie. (Cordoro KM van, Russel MA. Minimally invasive options for cutaneous defects: secondary intention healing, partial closure, and skin grafts. *Facial Plast Surg Clin N Am* 2005;13:215-30; met toestemming.)

TEST UW KENNIS

A.C. de Groot, J. Toonstra¹

¹ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, UMC Utrecht

Correspondentieadres:
Dr. Anton C. de Groot
Schipsootweg 5
8351 HV Wapserveen
Telefoon: 0521 320332
E-mail: antondegroot@planet.nl
www.patchtesting.info

ANAMNESE

Een meisje van 8 jaar heeft in twee weken tijd een zwelling ontwikkeld van haar linkeroorlel, waar ze geen last van heeft. Patiënte is goed gezond en gebruikt geen medicijnen.

Lichamelijk onderzoek

Bij onderzoek ziet u een gladde zwelling van de linkeroorlel en de onderste helft van de helix met een livide-rode kleur.



Figuur 1.

VRAGEN

1. Welke vragen stelt u?
2. Welke diagnose vermoedt u?
3. Vraagt u laboratoriumonderzoek aan?
4. Hoe behandelt u deze aandoening?

De antwoorden vindt u op pagina 573

VERENIGING

BESTUUR

Over grenzen

Colette van Hees

Hij is weer voorbij, die ‘mooie’ zomer. We zijn op vakantie geweest, vaak (ver) over de grens van Nederland. Dit jaar niet onverstandig, gezien het onvoorspelbare weer in Nederland. Na een extreem droog voorjaar, een extreem natte zomer en nu een extreem wisselvallig en even nat najaar. Het weer is in de war. En de klimaatverandering heeft behalve voor onze vakantiebestemming ook gevolgen voor het leefgebied van dieren en planten. Een meta-analyse die in augustus in *Science* gepubliceerd werd¹ laat zien dat tweeduizend soorten dieren en planten oprukken van de evenaar richting beide polen, met gemiddeld 17,6 km hemelsbreed, of 12,2 meter bergopwaarts, per tien jaar. Maar ook verwekkers van infectieziekten en/of hun vectoren rukken op naar het noorden. Een van oudsher (sub-) tropische parasitaire infectie zoals leishmaniasis kan men tegenwoordig al oplopen in Spanje of Frankrijk. In de zomer van 2010 zijn op drie bandenbedrijven in Brabant drie verschillende soorten exotische muggen gevonden: de Aziatische tijgermug, de gelekoortsmug en de Amerikaanse rots-poelmug, die het West-Nijlvirus kan overbrengen. Hoe lang duurt het nog voordat de ziekten die zij overbrengen hier inheems zijn geworden?

Worden wij als dermatologen ook minder honkvast? Zoeken we koelere of warmere streken op? Er is veel onvrede over politieke keuzes en klimaat. Trekken we daarom weg? Het aantal in het buitenland verblijvende leden van de NVDV is momenteel 57. Een aanzienlijk deel daarvan is gewoon lid en woont in België, en enkele leden wonen in Duitsland. Veertien andere, vooral buitengewone leden wonen in Aruba, Canada, Curaçao, Denemarken, de Nederlandse Antillen, Portugal, Slowakije, Spanje, Suriname en de Verenigde Staten. Het lijkt dus nogal mee te vallen. Daar staat tegenover dat wij de laatste jaren ook veel buitenlandse (met name Duitse) collegae naar Nederland zagen komen. Van tweehonderd nieuw geregistreerde dermatologen tussen 2000 en 2009 was ruim 20% afkomstig uit het buitenland.

Behalve internationaal verplaatsen wij ons ook regionaal en lokaal. Zo trekken wij momenteel in groten getale weg uit de ziekenhuizen in de richting van zelfstandige behandelcentra (ZBC's). In april 2011 werkten voor zover te achterhalen 380 dermatologen in ziekenhuizen, 94 in ZBC's en 15 in privéklinie-

ken. ZBC's (niet alleen voor dermatologie) hebben in het afgelopen decennium een enorme vlucht genomen. In 2003 waren er 42 klinieken met ZKN (Zelfstandige Klinieken Nederland) certificering, in 2007 waren dit er 135, en in 2010 al 200. Van die 200 verlenen er 24 dermatologische (medisch, chirurgisch, cosmetisch), 31 oogheelkundige, en 23 plastisch chirurgische zorg. De wens om nog echt als vrij ondernemer te kunnen werken ligt hieraan vaak ten grondslag. Men wil de zorg inrichten naar eigen inzicht en zonder tussenkomst van beleidsmakers en bureaucraten. De eigen grenzen bepalen dus.

Is er een grens aan het dokter-zijn? Gaat op vakantie of buiten het werk de witte jas helemaal uit? Wat doen wij als wij iemand op straat of op het strand zien met een overduidelijk basilioom op zijn rug, of een toch wel heel opvallende naevoïde lesie? Navraag onder collega's leert dat de meesten van ons de betreffende persoon wel aanspreken (ook in bus of trein) en adviseren om naar huisarts of dermatoloog te gaan. Sommigen maken daarbij onderscheid tussen een melanoom en andere huidafwijkingen. Er zijn ook collega's die buiten de praktijk de omgeving van zich afsluiten en hun medemensen niet 'zien'. Maar eigenlijk zijn de meesten van ons altijd wel arts, al proberen we allemaal op onze eigen manier onze grenzen te bewaken. De vraag naar zorg en advies is oneindig. Als de omgeving eenmaal weet dat je arts bent, word je overal, ook op het schoolplein en in de sportclub aangesproken. Dat brengt verantwoordelijkheden met zich mee. Wees erop bedacht dat mensen onze adviezen, ook als ze wat gemakkelijk zijn gegeven, soms letterlijk overnemen. Zo kreeg ik eens tot mijn verbazing te horen dat een gezin met (hoogopgeleide) ouders dankzij mijn advies nu in het rijke bezit was van vier kinderen. Na nummer drie was moeder de pil gaan slikken. Ze had klachten die ik aan de pil toeschreef. Ik adviseerde een proefperiode zonder pil. Resultaat: nummer vier. Ze zijn er gelukkig heel gelukkig mee.

U bent gewaarschuwd.

1. Chen IC, Hill JK, Ohlemüller R, Roy DB, Thomas CD. Rapid range shifts of species associated with high levels of climate warming. *Science* 2011;333:1024-6.

Afscheid Dick van Gerwen als voorzitter van het bestuur



Dick maakte na de EADV in Lissabon bekend dat hij zijn bestuurstaken ging neerleggen. De drukke werkzaamheden in Bergen op Zoom en Middelburg noopten hem daartoe.

Wij willen van deze gelegenheid gebruik maken door hier enkele wapenfeiten van Dick te vermelden en hem te bedanken voor wat hij voor de NVDV heeft gedaan.

De aandachtsgebieden van Dick zijn onder andere wondbehandeling, spataderen en lasertherapie. Daarnaast geeft hij via internet huidconsulten. Door middel van gesproken info en foto's beoordeelt hij huidaandoeningen en onderhoudt hij contact met patiënten per e-mail en telefoon. Tot tweemaal toe (2008 en 2009) werden hij en zijn collegae dermatologie van het Lievensberg Ziekenhuis in Bergen op Zoom door Weekblad Elsevier en onderzoeker/beleidsadviseur Peter Lagendijk uitgeroepen tot de beste dermatologen van Nederland.

Dick heeft zich vanaf 1996, toen hij zich vestigde in het Lievensberg Ziekenhuis, ingezet voor de vereniging. Hij begon zijn activiteiten voor de NVDV als lid van de commissie flebologie (hij promoveerde ooit in Nijmegen bij prof. Kuiper op compressietherapie/therapeutisch elastische kousen bij spataderen). In 1999 trad hij toe tot de DBC-commissie en van daaruit in de Beroepsbelangen commissie, waarvan hij in 2007 voorzitter werd. In 2009 kwam hij in het bestuur en nam hij snel na zijn aantreden het stokje over van

Peter Steijlen. Tijdens het voorzitterschap van Dick heeft de vereniging een aantal belangrijke zaken in gang gezet en andere voortvarend voortgezet, zoals:

- een rechtszaak tegen NZa namens NVDV tegen tariefskortingen, die door de NVDV helaas niet werd gewonnen;
- de intensivering van de samenwerking van de NVDV met Huidpatiënten Nederland en het Huidfonds, zoals de oprichting van een gemeenschappelijk bureau (SSH), gezamenlijke activiteiten zoals het kwaliteitszegel en een online diagnosesysteem, en de inrichting van een Huidkoepel;
- het aanpassen van het sponsorbeleid;
- het binnenhalen van de EADV naar Amsterdam in 2014/2015;
- het aanzwengelen van de normstelling binnen de NVDV.

Behalve de beroepsbelangen, heeft Dick altijd veel oog voor het PR-beleid van de NVDV. Hij weet goed de media te bespelen en geeft daar regelmatig blijk van door het schrijven van een persbericht. Ook is hij erg actief op het gebied van ICT en eHealth in de dermatologie.

Wij willen Dick ook langs deze weg enorm bedanken voor zijn inzet voor de NVDV en wensen hem veel succes.

Bestuur NVDV

Werkgroep Geschiedenis van de Dermatologie

Auguste Glastra

Op 6 oktober 2011 is de werkgroep Geschiedenis van de Dermatologie van start gegaan. Een enthousiaste club leden die zich wil ontfermen over het erfgoed van de Nederlandse dermatologie en het 'historisch besef' wil doorgeven aan volgende generaties. De initiatiefnemer en voorzitter, Henk Menke, sprak bij de plechtige installatie de historische woorden: "Wij staan op de schouders van onze voorgangers". Daarmee gaf hij een flinke knipoog aan Isaac Newton die ruim drie eeuwen eerder, nadat hij ook iets groots had gedaan, in een brief aan zijn collega-onderzoeker Robert Hooke schreef: "If I have seen a little further it is by standing on the shoulders of Giants".

De werkgroep bestaat op dit moment nog voornamelijk uit een aantal oudere leden (Wim Bos,

Marianne Crijns, Leonie Driessen, Jannes van Everdingen, William Faber, Auguste Glastra (secretaris), Henk Menke (voorzitter), Alfred Notowicz, Johan Toonstra, Willem van Vloten en Wiete Westerhof), maar wil zich graag verjongen en doet daarom een oproep aan jonge leden en assistenten om zich aan te melden.

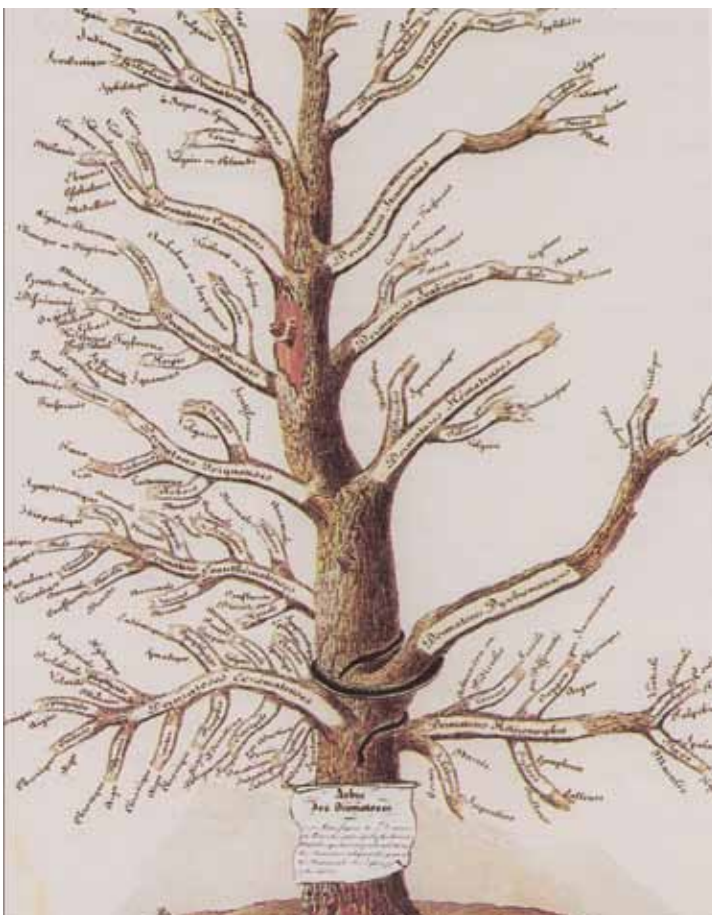
De werkgroep heeft meteen een vliegende start gemaakt. Zo wil men de vitrinekast van de NVDV vullen met alle Nederlandse proefschriften die dermatologische onderwerpen betreffen of door een dermatoloog zijn geschreven. Daarnaast zal een verzameling worden aangelegd van alle Nederlandse leerboeken. Op de volgende vergadering nemen alle leden hun spullen (ook oude instrumenten) mee ter verrijking van de vitrinekast in de huidgang van de Domus.

De werkgroep wil zich ook ontfermen over het archief van de NVDV dat thans wordt bewaard in het Noord-Hollands Archief te Haarlem.

Daarnaast is het de bedoeling om voor het eigen tijdschrift een serie artikelen te starten over de geschiedenis van de dermatologie met in eerste instantie de nadruk op de ontwikkelingen van de dermatotherapie door de eeuwen heen. Opdat de middelen uit de oude doos, zoals varkensreuzel, teer en zwavel, voor het nageslacht bewaard blijven.

Ten slotte wil de werkgroep voor het EADV-congres, dat mogelijk in 2014 in Amsterdam wordt gehouden, een boekje uitbrengen over de betekenis van de Nederlandse dermatologie en onze voorgangers wereldwijd.

Wie zich wil aansluiten, kan volstaan met een mailtje naar de secretaris, Auguste Glastra, augusteglastra@planet.nl



De vertakkingen van dermatosen, zoals beschreven door Jean-Louis Alibert in zijn 'Traité complet des maladies de la peau'.



Even voorstellen

U hebt vast al eens gehoord van de VADV (Vereniging van aios Dermatologie en Venereologie), maar wie zijn het en wat doen ze nou eigenlijk?

We beginnen met een beetje historie. De VADV is in het najaar van 1978 opgericht door de toenmalige arts-assistenten Nico Crombag, Ria den Oudsten-van Leeuwen en Martino Neumann. Sindsdien is de vereniging uitgegroeid tot een belangenbehartiger voor de arts-assistenten in opleiding tot dermato- en venereoloog. Het bestuur van de vereniging bestaat uit één aios-vertegenwoordiger uit elke hoofdopleidingsstad. Sinds enige tijd zijn we een subvereniging van de NVDV en sinds begin 2011 een officiële, KvK geregistreerde, vereniging.

Onze kernactiviteiten zijn het inzetten voor de belangen van aios Dermatologie in Nederland. Dit doen we onder andere door:

- vertegenwoordiging in het Concilium Dermatologicum (NVDV)
- vertegenwoordiging in de COCOM (Cursorisch Onderwijs Commissie, NVDV)
- vertegenwoordiging in de LVAG (De Landelijke Vereniging voor Medisch Specialisten in Opleiding)
- organisatie en financiering VADV-aios-dag

Wat betekent dit in de praktijk?

Vier bestuursleden van de VADV zijn ook lid van het Concilium Dermatologicum. Het Concilium, dat verder gevormd wordt door acht academische opleiders en acht perifere opleiders, geeft de opleiding vorm en bewaakt de kwaliteit ervan. Dit gebeurt onder meer

door het uitvoeren van opleidingsvisitaties, waaraan ook altijd een aios deelneemt. Verder is de VADV vertegenwoordigd in de COCOM en in de overkoepelende aios-vereniging, de LVAG.

De VADV ziet het als taak om zowel voor belangen van aios Dermatologie op te komen binnen de NVDV en de LVAG als ook om de aios Dermatologie te informeren over relevante lopende zaken bij de NVDV en de LVAG. Verder is het niet *all work no play*; we organiseren en bekostigen ook de jaarlijkse VADV-aios-dag, een dag met boeiende sprekers en volop kansen om de banden met (toekomstige) collega's aan te halen.

De VADV is kortom een werkende vereniging, welke u in de toekomst meer op de hoogte zal houden van haar activiteiten.

Voorzitter: Rick Waalboer Spuij, Erasmus MC, Rotterdam

Secretaris: Clarissa Vergunst, VUmc, Amsterdam

Penningmeester: Anton Romeijn, UMCG, Groningen

Leden: Eefje Hamminga, LUMC, Leiden
 Willemijn Hovius, AMC, Amsterdam
 Lizelotte Parren, MUMC, Maastricht
 Elmer Schilderman, UMCU, Utrecht
 Demia Tiemes, UMC St Radboud, Nijmegen

Hebt u suggesties of vragen voor de VADV, neem dan contact op met een van de bestuursleden.

Medische toelatingsovereenkomst (MTO) 2012

S. de Mare, namens de BBC

Correspondentieadres:
 Dr. S. de Mare
 E-mail: s.demare@chello.nl

Per 1 januari 2012 moet u een nieuw MTO (medische toelatingsovereenkomst) met uw ziekenhuis tekenen. De oude MTO's zijn niet meer toereikend door de invoering van het beheersmodel en de verdeling van de gelden achter de voordeur, al dan niet door een collectief.

De OMS en de NVZ hebben gezamenlijk een model-MTO ontwikkeld, die u en uw ziekenhuis kunnen gebruiken als nieuw MTO. De leden van de NVZ hebben hier al mee ingestemd. Tijdens de ALV van de Orde op 24 november j.l. hebben de leden van de Orde zich hierover uit kunnen spreken. Bij het ter perse gaan van dit nummer was nog niet bekend hoe deze stemming is uitgevallen.

Of de model-MTO nu aangenomen is of niet, per 1 januari zal er een nieuw MTO in uw ziekenhuis komen. Wij raden u aan de onderstaande kritische kanttekeningen door te lezen en uw voordeel hiermee te doen, want een model-MTO kan aangepast worden....

1. Het MTO zou wederzijdse verantwoordelijkheid regelen. In artikel 16 lid 2 staat waar u zich allemaal over moet verantwoorden. In artikel 17 staat wat er van de Raad van Bestuur (RvB) wordt verwacht. Belangrijk is dat de RvB de medische staf 'moet informeren en raadplegen', maar de medische staf heeft in dit contract geen enkele zeggenschap over de koers van het ziekenhuis. Er zou dus op zijn minst een **instemmingsrecht** voor de medische staf in moeten komen om te zorgen dat u medebepalend bent voor de koers van het ziekenhuis. In artikel 2 lid 3 staat bijvoorbeeld dat het ziekenhuis verantwoordelijk is voor het beleidsplan en dus het zorgprofiel van het ziekenhuis en 'de daaruit voortvloeiende behoefte aan medisch specialisten'. Het ziekenhuis kan dus uw praktijk opheffen als het niet meer in het profiel past van het ziekenhuis.
2. Er is een **concurrentiebeding** opgenomen, zodat u niet alleen ten opzichte van uw maatschap

afspraken hierover heeft, maar ook ten opzichte van het ziekenhuis. Als u met de gehele maatschap uw ziekenhuis wilt verlaten, kan dit alleen zonder goodwill te ontvangen, terwijl het ziekenhuis nieuwe dermatologen op uw plaats kan aannemen. Daarnaast mag u zich dan niet in het **adherentiegebied** van het ziekenhuis meer vestigen, wat een zeer rekbaar begrip is. Sommige ziekenhuizen hebben een suprarregionale functie en daarmee is het adherentiegebied net zo groot als Nederland.

3. Er staan diverse **huishoudelijke zaken** (bijvoorbeeld aantal aanwezige dagdelen, aantal vakantiedagen) in die thuishoren in het maatschapcontract en niet in een MTO. Op deze manier wordt het maatschapcontract overbodig gemaakt en wordt de zeggenschap over de inrichting van de praktijk door het ziekenhuis overgenomen. De MTO gaat namelijk boven uw maatschapcontract. Het is verstandiger deze zaken in eigen hand te houden.
4. In de MTO staat (art 2 lid 7) dat 'een vertegenwoordiging van de medisch specialisten onderdeel uitmaakt van de onderhandelingsdelegatie voor overleg met de zorgverzekeraar'. In de toelichting (blz. 6) op het MTO staat echter dat de onderhandelingen ook bipartiet kunnen zijn, dus zonder medisch specialist. Deze toelichting is juridisch een onderdeel van het MTO. Dit stuk zou uit de toelichting geschrapt moeten worden, zodat de **onderhandelingen altijd tripartiet** zijn.
5. Het MTO kan zowel voor onbepaalde als **bepaalde tijd** worden aangegaan. In het laatste geval ontnemt dit de specialist zekerheid en de mogelijkheid om een praktijk op te bouwen

Het enige artikel wat u niet kunt wijzigen is art. 15 betreffende de financiële afwikkeling. Dit artikel is aangepast aan de wet over het beheersmodel en zorgt voor uw fiscaal ondernemerschap.

Indien bovengenoemde aanpassingen niet doorgevoerd kunnen worden raden wij u aan niet te tekenen. In dat geval blijft uw oude MTO geldig, behalve de financiële paragraaf. Die is nietig, omdat het niet meer overeenkomt met de wet. Dit is in principe geen probleem, omdat de regels hierover toch al geregeld zijn bij de wet.

PROMOTIE

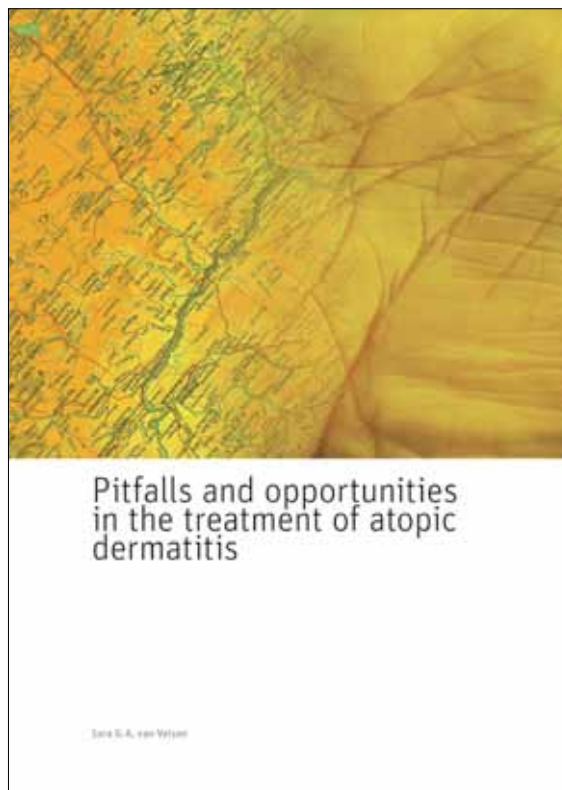
Pitfalls and opportunities in the treatment of atopic dermatitis

Op 28 juni 2011 promoveerde Sara van Velsen op het proefschrift getiteld *Pitfalls and opportunities in the treatment of atopic dermatitis*. Dit onderzoek is verricht aan de afdeling Dermatologie van het UMC Utrecht onder begeleiding van haar promotor, prof. C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen, en haar copromotor, dr. S.G.M.A. Pasmans.

In dit proefschrift onderzochten we de systemische effecten (*pitfalls*) van lokale corticosteroiden en de effectiviteit van nieuwe therapieën (*opportunities*) bij patiënten met matig tot ernstig constitutioneel eczeem.

Constitutioneel eczeem (CE) is een chronische inflammatoire huidziekte, die gepaard gaat met erytheem, zwelling, squamae, vochtscheiding, ragaden en jeuk. Lokale corticosteroiden zijn zeer effectief in het remmen van de inflammatie in de huid en vormen dan ook de hoeksteen van de behandeling. Het gebruik van lokale corticosteroiden kan gepaard gaan met bijwerkingen. Lokale bijwerkingen zijn bijvoorbeeld atrofie van de huid en striae. Systemische bijwerkingen zouden kunnen optreden als lokale corticosteroiden door de huid geabsorbeerd worden in de circulatie (percutane absorptie). Hoge corticosteroidspiegels kunnen de hypothalamus-hypofyse-bijnierschorsas onderdrukken. Bij langdurige onderdrukking van deze as, zoals dat bijvoorbeeld gebeurt bij langdurig oraal corticosteroidgebruik (prednison), kunnen het syndroom van Cushing en osteoporose ontstaan. Omdat er weinig bekend is over de systemische bijwerkingen van lokale corticosteroiden onderzochten we in het eerste deel van dit proefschrift de systemische effecten van lokale corticosteroiden op de bijnierschors en op botdichtheid.

We tonen aan dat bij 89,5% van de volwassen patiënten met een exacerbatie van CE het serumcortisolgehalte binnen 24 uur daalt na een eenmalige applicatie van 20-30 g 0,1% betamethasonvaleraatzalf (cortisol $0,03 \pm 0,03 \mu\text{mol/l}$) of 0,05% clobetasolpropionaat-zalf (cortisol $0,02 \pm 0,03 \mu\text{mol/l}$) aan het begin van een opname. De hoeveelheid en potentie van de lokale corticosteroiden werden afgebouwd tijdens opname in het ziekenhuis. Aan het einde van de opname (na gemiddeld 16 ± 6 dagen) bleek het cortisolgehalte genormaliseerd te zijn bij alle patiënten die 0,005%-fluticasonpropionaat-zalf smeerden ($0,65 \pm 0,29 \mu\text{mol/l}$), bij 60% van de patiënten die



Figuur 1.
De huid is mijn wereld. De huid is voor mij als het oppervlak van de aarde. Alwaar ik werk, leef en liefheb. Waar ik gebaande paden volg. Waar ik de collega's die mij voorgingen bedank voor hun baanbrekend werk. De huid is een wereld waarin mensen leven. Waarin ik op verkenning ga, in onbekend terrein. Waar ik mijn kennis deel en ook probeer om grenzen te verleggen.

0,1% betamethasonvaleraatzalf smeerden ($0,26 \pm 0,24 \mu\text{mol/l}$), maar bij geen van de patiënten die 0,05% clobetasolpropionaat-zalf smeerden ($0,02 \pm 0,02 \mu\text{mol/l}$). Alle patiënten smeerden op dat moment tussen de 10-30 g zalf per dag. De verschillen in cortisolspiegels tijdens gebruik van deze drie lokale corticosteroiden waren significant. Bij een controle na ontslag bleek het cortisolgehalte bij alle patiënten genormaliseerd te zijn. Op dat moment smeerden deze patiënten met een hoeveelheid lokale corticosteroiden die veilig wordt geacht en ook in de richtlijn *Dermatocorticosteroiden* wordt beschreven (100 g/week voor klasse III en 50 g/week voor

klasse IV lokale corticosteroiden).

We beschrijven vervolgens een nieuwe, gevoelige methode om spiegels van clobetasolpropionaat in het bloed te kwantificeren tijdens gebruik van 0,05% clobetasolpropionaatzalf. Er wordt gebruikgemaakt van vloeistofchromatografie met massaspectrometrie (LC/MS/MS). Met deze methode tonen we spiegels clobetasolpropionaat aan in het bloed (binnen 24 uur) na een eenmalige applicatie van 20-30 g 0,05%-clobetasolpropionaatzalf bij patiënten met ernstig CE. Tegelijkertijd wordt een daling gezien van het serumcortisolgehalte.

We concluderen dat de kans op hoge serumcorticosteroidspiegels en dus mogelijke systemische bijwerkingen tijdens het gebruik van lokale corticosteroiden het kleinst is als 0,005%-fluticasonpropionaatzalf gesmeerd wordt. Daarentegen hypothetiseren we dat systemische bijwerkingen kunnen optreden bij patiënten met CE indien er langdurig gesmeerd wordt met meer dan 10 g per dag 0,05%-clobetasolpropionaatzalf. Daarom moet deze hoeveelheid van 0,05%-clobetasolpropionaatzalf alleen gebruikt worden als behandeling met 0,005%-fluticasonpropionaatzalf of 0,1%-betamethasonvaleraatzalf het eczeem niet voldoende in remissie brengt.

Naast het effect van lokale corticosteroiden op de bijnier hebben we tevens het effect op botdichtheid onderzocht bij zowel volwassenen als kinderen met matig tot ernstig CE. Botdichtheid werd gemeten aan het begin en einde van een twee jaar durende follow-upstudie bij 75 volwassenen met CE. Tijdens de studie werd de hoeveelheid voorgeschreven corticosteroiden berekend (oraal, nasaal, inhalatie en lokaal). De analyse werd gecorrigeerd voor niet-lokaal corticosteroidgebruik en mogelijke andere

confounders. Aan het begin van de studie werd bij 37,3% van de patiënten osteopenie gevonden en bij 4,0% osteoporose. Dit is significant meer dan verwacht wordt in de algemene bevolking (15,3% osteopenie en 0,62% osteoporose). Na twee jaar bleef het aantal patiënten met osteopenie of osteoporose gelijk. De verandering in botdichtheid binnen twee jaar verschilde niet significant tussen patiënten die weinig (< 75 g/maand) lokale corticosteroiden hadden gesmeerd en patiënten die meer (≥ 75 g/maand) lokale corticosteroiden hadden gesmeerd. Tijdens follow-up werd gemiddeld 86,8 g lokale corticosteroiden per maand gesmeerd. De meerderheid van de patiënten smeerde met een klasse III lokaal corticosteroid, met name 0,1%-betamethasonvaleraat en 0,005%-fluticasonpropionaat. Een andere factor die een negatieve invloed zou kunnen hebben op botdichtheid is de mate van inflammatie in de huid. Echter, dit is lastig te onderzoeken omdat patiënten meer lokale corticosteroiden gaan smeren als inflammatie in de huid toeneemt.

In deze studie kon een correlatie tussen lokaal corticosteroidgebruik en botdichtheid dus niet worden aangetoond. Echter, er werd een hoge incidentie gevonden van zowel osteopenie als osteoporose. Daarom adviseren we om leefstijladviezen voor een goede botgezondheid te geven aan alle patiënten die klinisch een matig tot ernstig CE hebben: sporten moet worden aanbevolen; de zuivelinname moet ten minste vier porties per dag bedragen en iedereen moet ten minste vijftien minuten per dag in de zon komen met ten minste het gezicht en de handen.

In een groep van zestig kinderen was het aantal kinderen met een te lage botdichtheid niet anders dan ook in de algemene bevolking. Verder bleek het gebruik van lokale corticosteroiden, inhalatie-/intranasale corticosteroiden, systemische corticosteroiden en cyclosporine A in de voorgaande vijf



Figuur 2. Uitreiking van de bul in het Academiegebouw te Utrecht.

jaar geen significante invloed te hebben op de botdichtheid. Bij kinderen met matig tot ernstig CE is er daarom geen reden om leefstijladviezen voor gezonde botten te benadrukken.

Bij patiënten met ernstig CE is het gebruik van lokale corticosteroiden alleen vaak niet voldoende om het eczeem in remissie te brengen. Orale immunosuppressiva zoals cyclosporine A (CsA) geven een daling van de ziekteactiviteit binnen enkele weken, maar bijwerkingen zoals nierfunctiestoornissen en hypertensie maken soms dat het gebruik afgebouwd of gestaakt moet worden. Alternatieve orale immunosuppressiva zijn bijvoorbeeld mycofenolaat natrium met een maagsap beschermende coating (*enteric-coated mycophenolate sodium*; EC-MPS) en everolimus.

In het tweede deel van dit proefschrift onderzochten we de effectiviteit en veiligheid van deze middelen, welke niet geregistreerd zijn voor de behandeling van CE. Tijdens behandeling met EC-MPS (2 dd 720 mg) neemt de ziekteactiviteit van het eczeem af met 40% (objectieve SCORAD) na een behandelperiode van acht weken bij volwassenen met ernstig CE. Deze afname in ziekteactiviteit bleef stabiel gedurende de gehele behandelperiode van zes maanden. Er werden alleen milde bijwerkingen gevonden. In vergelijking met CsA duurt het bij de behandeling met EC-MPS langer voordat er een goed effect op het eczeem zichtbaar is. Toch zou EC-MPS een goed alternatief voor CsA zijn, zeker voor patiënten die eerdere behandeling met CsA

moesten stoppen vanwege bijwerkingen of ineffectiviteit.

Behandeling met everolimus had geen effect op de ernst van het eczeem bij twee volwassenen met ernstig CE. Het lijkt alsof het werkingsmechanisme van everolimus niet geschikt is om de inflammatie in de huid bij patiënten met CE te remmen.

Het effect van een therapie op de mate van ontsteking van de huid kan onderzocht worden met huidscore-instrumenten. De *Self-administered eczema area and severity score* (SA-EASI) is een huidscore-instrument dat patiënten zelf in kunnen vullen en daardoor zou het effect van therapie makkelijker gemeten kunnen worden. De SA-EASI is afgeleid van de *Eczema area and severity index* (EASI) en beide scores correleren goed met elkaar.

In deze studie vonden we dat de SA-EASI ook goed correleert met de objectieve SCORAD, een gevalideerde en veel gebruikte huidscoremethode. Dit werd onderzocht bij zestig kinderen met matig tot ernstig CE. Het bleek dat de gedeelten van de instrumenten die de oppervlakte van het eczeem aangaven, het beste correleerden. De gedeelten van de instrumenten die de ernst van het eczeem aangaven, correleerden minder. Als patiënten meer uitleg krijgen over de metingen van de ernst van het eczeem, dan zouden de correlaties tussen de SA-EASI en de objectieve SCORAD toe kunnen nemen. Dan zou de SA-EASI vaker gebruikt kunnen worden in de dermatologische praktijk of tijdens studies naar de effectiviteit van nieuwe therapieën.

Stichting Dermatologie Project Mozambique

Dick de Hoop

De Stichting Dermatologie Project Mozambique (SDPM) wordt, via de Werkgroep Tropische Dermatologie, gesponsord door de NVDV. Jaarlijks ontvangt de SDPM € 6.000,-.

De SDPM gebruikt deze gelden om de opleiding tot dermatoloog te betalen van een jonge Mozambiquaanse arts, Zeca M.F.J. Calima. Deze opleiding heeft het eerste jaar plaatsgevonden in Beira 1 en wordt nu vervolgd in het Hospital Central da Maputo (HCM), onder leiding van dr. Rui Bastos. Naar verluid zal deze opleiding in juni-juli 2013

voltooid zijn. Dit betekent dat we dan, binnen tien jaar na aanvang van onze werkzaamheden in Beira, een van onze eerste studenten hebben kunnen laten opleiden tot dermatoloog. Dit zou zonder de financiële en daarmee morele steun van de NVDV, dus zonder uw hulp, alleen met veel meer moeite gelukt zijn.

Het bestuur van de stichting ontving in juli j.l. het hier onderstaande rapport van dr. Rui Bastos en wil dit de leden van de NVDV niet onthouden.

Naast de financiering van de opleiding van Zeca Calima wordt namens de SDPM, jaarlijks gedurende vier weken onderwijs in de dermatologie gegeven aan de studenten van de medische faculteit te Beira van de Universidade Católica de Moçambique in het blok dermatologie, dat in het derde jaar gegeven wordt. Dit jaar zijn, net als vorig jaar, deze colleges gegeven door de collegae Harrie van der Meeren en Pierre van Neer. Door hen is ook aan de zaalvisites deelgenomen. Zij hebben daarnaast coassistenten begeleid en zij hebben in de kliniek patiëntendemonstraties gehouden voor studenten en coassistenten.

Naast de colleges zijn practica histologie en microbiologie gegeven. Het practicum microbiologie werd verzorgd door mevrouw Gitta van der Meeren, de echtgenote van Harrie van der Meeren. Voor verdere informatie over de SDPM, haar doelstelling en verslagen, zie: www.dermozam.nl

1. Zeca M.F.J. Calima, A. Cunha. Case Report. A child from Beira with leprosy. Ned Tijdschr Dermatol en Venereol 2009;19:321-23.

Maputo Central Hospital
 Department of Internal Medicine
 Service of Dermatology

Maputo, July 20, 2011


Report of Dermatology Training Activity

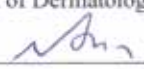
The present report is meant to inform the board of Mozambique Dermatology Foundation about the last 6 month training activities of Mr. Zeca Calima, as a part of the 4 year Specialization in Dermatology. The last 6 months this post-graduate doctor finished the remaining 6 months of the 1 year Internal Medicine rotation; the training activities took place at Maputo Central Hospital, where he did spend 4 months at an Internal Medicine Infirmary and 2 months at the Intensive Care Unit. The last, but not the least, I would like to remind the board, that this trainee just did finish the second year of training so far; namely, 1 year of Dermatology, 6 months of Internal Medicine in Beira and the last 6 months of Internal Medicine (including Intensive Care Unit) in Maputo.

Finally, I would like to express my gratitude to the board for supporting the training of our citizens.

Sincerely,

The Head of Dermatology Service





Dr. Rui Bastos HCM
 Dr. Rui Bastos
 Dermatologista
 (Senior Specialist in Dermatology)

Dit artikel werd eerder geplaatst in nummer 8. Door een storende zetfout en het niet leesbaar afdrukken van de rapportage van collega Rui Bastos was de redactie van mening dat herplaatsing op zijn plaats was. Onze excuses voor deze gang van zaken.

DERMATOLOGIE IN BEELD

Keratosis pilaris

F. van Rooijen¹, R.I.F. van der Waal²¹ Anios, afdeling Dermatologie, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein/Utrecht² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein/Utrecht

Correspondentieadres:

Dr. R.I.F. van der Waal

Afdeling Dermatologie

St. Antonius Ziekenhuis

Postbus 2500

3430 EM Nieuwegein

Een 28-jarige patiënte werd op de poli gezien wegens klachten van atopisch eczeem. Daarnaast vermeldde patiënt dat ze last had van 'rasperige armen'. Patiënte was bekend met hooikoorts. De familieanamnese was positief voor atopie. Bij onderzoek werden op de laterale zijde van de bovenarmen tientallen folliculair gebonden erythemateuze papels gezien, die ruw aanvoelden (figuur 1).

Keratosis pilaris is een onschuldige, frequent voorkomende genodermatose. Geschat wordt dat circa 25% van de Nederlandse bevolking in enige mate keratosis pilaris heeft. De aandoening wordt het meest gezien bij oudere kinderen en op jongvolwassen leeftijd, maar kan op elke leeftijd voorkomen.

Het wordt vaker aangetroffen bij mensen met atopie, overgewicht, of ichthyosis en is vaker manifest in (winter)periodes met een lagere luchtvochtigheidsgraad. Wanneer keratosis pilaris solitair voorkomt, heeft het een dominant overervingspatroon met variabiliteit in de mate van penetrantie. Bij ernstige vormen is mogelijk een translocatie en deletie van chromosoom 18p aanwezig.

Keratosis pilaris lijkt een verhoorningsstoornis te zijn, waarbij follicelcellen een hoornplugje vormen in plaats van afschilferen. Klinisch presenteert dit zich als ruwe folliculaire papeltjes. Deze kunnen variëren van huidkleurig tot erythemateus of bruin. Keratosis pilaris wordt het meest gezien aan de strekzijde van de bovenarmen en -benen, maar kan ook voorkomen op de wangen, het voorhoofd, de onderarmen, de nates en op het bovenste deel van de rug.

Aangezien keratosis pilaris een genetische afwijking betreft, bestaat voor keratosis pilaris nog geen curatieve behandeling. Symptomatisch kunnen keratolytica, zoals ureum of acidum salicylicum bevattende lokale externa, van waarde zijn als onderhoudsbehandeling.

DIAGNOSE

Keratosis pilaris



Figuur 1. Tientallen folliculair gebonden erythemateuze papels.

HUD, SEKS EN CURIOSA

Handindrukken

J.J.E. van Everdingen, F. Meulenberg

¹ Dermatoloog en directeur NVDV, algemeen secretaris
Regieraad Kwaliteit en Zorg

² Publicist en in deeltijd als onderzoeker 'ethiek en fictie'
verbonden aan de afdeling Medische ethiek en filosofie
van de geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam

Correspondentieadres:
E-mail: jannesev@planet.nl

Hoe goed kennen we onze eigen handen? Zoals wij iets door en door kennen in de uitdrukking: 'Die ken ik als mijn broekzak', zo zeggen de Engelsen 'Die ken ik als de rug van mijn eigen hand'. Maar hoe bekend zijn we met de eigen handrug? Uit onderzoek blijkt dat nog geen vijf procent van de mensen de eigen handrug op een foto herkent. Dat geldt overigens voor meer delen van het lichaam. In een proef creëerde men de illusie dat mensen, bij binnenkomst van een hotel, aan de andere kant van de lobby ook iemand zagen binnentreden. In werkelijkheid was dat het eigen spiegelbeeld waarbij het gezicht van de 'ander' onzichtbaar bleef door laaghangende planten aan het plafond. Men zag dus het eigen onderlijf tot aan schouderhoogte. Iedere binnenkomer werd gedurende 5-6 seconden geconfronteerd met het eigen spiegelbeeld, voordat men linksaf sloeg naar de receptie. Op de vraag of ze de ander hadden herkend, antwoordde 85 procent van de mannen ontkenkend en 42 procent van de vrouwen. Bovendien meldde 30 procent van de ontkenkende vrouwen dat de 'ander' hun wel 'bekend' voorkwam. Wat kennen we ons 'lijf' dus eigenlijk slecht. Vooral mannen. Geen wonder dat de herkenning van anderen nog meer moeite kost. Zeker als we enkel afgaan op indrukken.

OP DE HAND HERKENNEN

Dat handen een belangrijk lichaamsdeel zijn, ook in het menselijk verkeer, zal niemand betwisten. Daarvan zijn de meeste mensen zich niet bewust. Neem de proef op de som: acteer als blinde en loop door de eigen woning. De weg is snel gevonden, maar alleen dankzij de handen. Vroeger schakelde men een tegenstander uit door hem de ogen uit te steken en de handen af te hakken. Leprapatiënten kennen die combinatie van nature. Men was dan werkelijk geheel onthand en afhankelijk van anderen. Bij het herkennen van een voorwerp in de hand zonder het te zien, zijn vele sensoren betrokken. Het op die manier ruimtelijk herkennen van een

voorwerp, heet stereognosie. Hierbij komen vrij veel verschillende gevoelsaspecten aan de orde: de aard van het oppervlak herkent men met de tastzin; door het warmtegeleidingsvermogen van het materiaal kan men met de temperatuurzin iets zeggen over het soort materiaal (hout, steen, metaal, rubber); ook de drukzin in de huid draagt bij aan de herkenning van het materiaal; met de gewrichtszin - door de stand van de gewrichten - schat men de grootte van het voorwerp; en met de spierzin (door het op te tillen) krijgt men een inschatting van het gewicht. Er lopen meer verbindingen van de hersenen naar de handen dan naar enig ander lichaamsdeel. Vrijwel niemand denkt na over het eigen handgedrag. Toch bungelen ze slechts zelden. Vaak zijn ze ongemerkt met iets bezig. Aan een oor of neus wrijven, even door het haar strijken. Bij mannen zitten de handen verdacht vaak in de buurt van hun kruis. Omdat in die contreien ook vaak een sleutelbos of een portemonnee zit, komen zij daar dan gemakkelijk 'mee weg'. Ook tijdens het praten doen de handen volop mee. Er zijn zelfs mensen die zo druk gesticuleren dat het bijna storend is.



Handen hebben bij voetballers ook nog andere functies. (Foto zoom.nl)

HUID- EN HANDCONTACT

Volwassenen 'tasten' in het sociale verkeer elkaar af met woorden en ogen. Het sociale huidcontact blijft voornamelijk beperkt tot het schudden van handen, het zoenen bij een ontmoeting of het omhelzen bij afscheid. Bij diverse gelegenheden krijgt dat contact meer uitbundigheid zoals op een huwelijksfeest, bij het behalen van een kampioenschap, het vieren van een verjaardag of bij een ernstig ongeval of overlijden. Woorden schieten dan tekort en veelal legitimeert dat troostrijk of liefdevol huidcontact. Men zegt wel dat liefde een koorts is van de ogen en een hallucinatie van de handen. Maar in de hiërarchie van de zintuigen staat

de tast toch boven de visus (en onder de reuk!). Mensen doen niet voor niets hun ogen dicht als ze vrijen. De handdruk is in de westerse wereld bij een eerste ontmoeting de meest voorkomende vorm van huidcontact. Het is wellicht een overblijfsel uit een ver verleden, uit de tijd dat men elkaar met gestrekte armen en open handpalmen tegemoet trad om te tonen geen wapens te dragen. Alleen in strenge moslimlanden is het geven van een hand aan een vrouw taboe. Zelfs in landen als Japan, waar de buiging de traditionele begroetingswijze is, of in Thailand waar de begroeting aan ons bidden doet denken, is de handdruk inmiddels volledig ingeburgerd. Bij een zakelijke ontmoeting schudt men handen bij aankomst en vertrek. Het sluiten van een deal krijgt bekrachtiging via een handdruk. Een handdruk bezegelt ook een prijsuitreiking op een podium of een ontmoeting tussen twee wereldleiders. John F. Kennedy was de eerste die intuïtief (er was toen nog maar weinig bekend over lichaamstaal) aanvoelde hoe je bij een handdruk het beste op de foto staat. Hij zorgde er altijd voor dat hij links op de foto kwam, wat hem een dominante handdruk bezorgde. Er zullen niet veel mensen zijn die zich hier dagelijks mee bezighouden. Zij denken eerder aan het besmettingsgevaar dat in de handdruk schuilt, beducht voor mensen die verkouden zijn.

HAND VOOR JE MOND ALS JE NIEST!

De overdracht van verkoudheidvirussen gebeurt namelijk meestal niet via de lucht maar via de handen. In een bekend onderzoek werd een groep vrijwilligers geïnfecteerd met de belangrijkste verwekker van verkoudheid, het rhinovirus. Snipverkouden gingen de proefpersonen kaartspelen, samen met



'Heus, ik doe niks.' (Foto life-news.com)

twee groepen van niet verkouden mensen. In de eerste groep gebruikten de verkouden mensen gewone, katoenen zakdoeken en liep ruim de helft van de gezonde mensen een verkoudheid op. In de tweede groep gebruikte men papieren zakdoekjes met ont-smettingsmiddel. Niemand werd ziek.

Ook uit ander onderzoek blijkt dat het rhinovirus vooral via handen naar de neus of de ogen gaat, en niet via de lucht. Na een handdruk met een geïnfecteerd persoon raakt gemiddeld driekwart van de mensen eveneens besmet, terwijl hoesten, niezen, spreken en zingen gemiddeld slechts vijf procent van de mensen besmet. Niet langer handen schudden is echter niet de oplossing, want het rhinovirus is sterk en overleeft het buiten het menselijk lichaam enkele uren op telefoons, speelgoed, deurenknoppen en dergelijke. Het zit ook op de stoel, de tafel, en de krant van verkouden mensen. Zeker als die mensen steeds hun hand voor de mond houden.

HANDOPLEGGING

Toch is er veel hardnekkigheid in het geloof dat niet de handen maar de mond de overbrenger is van het verkoudheidsvirus. Er zijn veel verklaringen voor persistentie van dwaalgeloof. Een daarvan is de aanstekelijkheid daarvan. In die zin hebben dergelijke besmettelijke gedachten veel weg van een virusinfectie. Zo publiceerde NRC-Handelsblad enkele jaren geleden de resultaten van een opinieonderzoek, uitgevoerd door de Nederlandse Vereniging voor Statistiek. Aan 813 personen van 18 jaar en ouder werd gevraagd of ze geloof hechtten aan zaken als grafologie, wichelroedelopen, genezing door handoplegging, telepathie en voorspellende dromen. Tussen de 30 en 45 procent van de ondervraagden antwoordde positief, alleen de dromen scoorden iets lager met ruim 20 procent. Deze percentages gaven de groepen sterke gelovers weer. Daarnaast was er nog een groep matige gelovers van bijna 20 procent.

DE HANDDRUK TUSSEN ARTS EN PATIËNT

De handdruk is ook het gebruikelijke ritueel als arts en patiënt elkaar ontmoeten. Bij het afscheid herhaalt zich dit dan weer. Een arts moet dit ritueel goed beheersen. De handdruk mag niet te ferm, maar ook niet te slap zijn. Een harde handdruk drukt dominantie uit en is voor menig patiënt met gewrichtsklachten pijnlijk. Omdat gewrichtsklachten veelal onzichtbaar zijn, is de arts geleerd niet al te hard te knijpen. Maar ook niet te zacht. Een zachte handdruk komt weinig doortastend of zelfs onzeker over. De vuistregel: Oefen evenveel druk uit als de ander doet. Zo voelt men vrijwel meteen of er een discrepantie is tussen de eigen handdruk en die van de patiënt, en is aanpassing snel te realiseren. Het is een belangrijk ingrediënt voor het begin van een goede verstandhouding. De stand van de hand draagt hieraan bij. Een hand in verticale positie creëert gelijkwaardigheid en wederzijds respect. Blijf de ander daarbij recht in de ogen kijken. Want een handcontact zonder oogcontact heeft toch iets van een slappe of kleffe hand.

DERMATOSCOPIE

ANTWOORDEN

Casus 17

1B, 2A, 3B, 4A, 5C

Diagnose: Acrolentigineus melanoom, basis digitus I, breslowdikte 1,8 mm, clarkniveau IV, geen ulceratie of microsattelitose, aan de rand in-situcomponent.

Vanwege de anatomische bijzonderheden aan de handpalmen en voetzolen presenteren gepigmenteerde huidafwijkingen zich anders dan op andere delen van het lichaam. Klinische kenmerken voor acrale melanomen zijn (plots en op volwassen leeftijd ontstane) laesies met een diameter groter dan 7 mm met een irregulaire, asymmetrische, wisselend gepigmenteerde opbouw en wisselend scherpe begrenzing. Dermatoscopische maligne kenmerken voor gepigmenteerde laesies aan de acra zijn een parallel ribbelpatroon met pigment op de toppen (corresponderend met atypische melanocyten/melanocyttaire nesten in de cristae intermediae), homogeen bruin/zwart/grijze gebieden met verlies van zweetkliergangen, onregelmatig verdeelde dots en globules, roze gebieden en atypische vaten, abrupte begrenzing in de periferie. De pigmentatie op de toppen (prominentier in de rechte helft van de afbeelding), de homogeen roze gebieden met verlies van zweetkliergangen, de onregelmatige verdeelde dots en de atypische vaatinjectie in deze laesie zijn dermatoscopische kenmerken van een melanoom. Acrale melanomen in een vroeg stadium (melanoma in situ) vertonen meestal een parallel ribbelpatroon (met pigment op de toppen), terwijl melanomen in een later stadium vaker een diffuse pigmentatie (zoals hier) met verschillende bruin/zwarttinten bij dermatoscopie laten zien. Een valkuil bij de acrale melanomen is echter dat ze weinig gepigmenteerd kunnen zijn (zoals bij deze casus) en derhalve ook niet herkend worden als gepigmenteerde laesie en behandeld worden als eczeem of mycose.

Casus 18

1B, 2B, 3A, 4B, 5A

Diagnose: naevus naevocellularis

Bij deze laesie is er sprake van een 'benigne' parallel patroon. De melanocyten liggen rond de cristae limitantes, waardoor pigmentatie te zien is in de sulci superficialis (de groeven). De zweetklieruitgangen (de witte puntjes) monden uit in de cristae superficiales (de toppen) en zijn in deze laesie intact en regelmatig verdeeld, wat een benigne kenmerk is. Gezien zojuist genoemde benigne kenmerken is er geen indicatie voor excisie – ondanks het op latere leeftijd ontstaan van de laesie. Op drukzones van de voet wordt vaak een fibrillair patroon gezien met parallelle bruine strepen dwars op de huidlijnen, welke tot stand komen door verschuiving van de pigmentbevattende hoornkolom door externe druk op de voet. De laesie in deze casus bevindt zich niet in een drukzone en toont een parallel patroon, zoals gebruikelijk op deze lokalisatie.

TEST UW KENNIS

ANTWOORDEN

1. U vraagt of patiëntje op die plaats of in de buurt van het oor is gebeten door een teek (ja) en of ze een rode groter wordende ring heeft (gehad) op de huid (neen).
2. U stelt de diagnose borrelielymfocytoom. Deze goedaardige zwelling wordt veroorzaakt door de spirocheet *Borrelia burgdorferi*, die verantwoordelijk is voor de ziekte van Lyme, de lymeborreliose. In het merendeel van de gevallen ontstaat als eerste manifestatie van 'een lyme' de welbekende zich naar perifeer uitbreidende rode ring, het erythema migrans, maar in 2-3% van de gevallen uit het zich als een borrelielymfocytoom. Deze aandoening, die ook vaak lymphocytoma cutis wordt genoemd, wordt gekenmerkt door één of meer gladde blauwrode pijnloze noduli of plaques van één tot enkele centimeters. Er zijn twee duidelijke voorkeurslokalisaties: de oorlel en helix bij kinderen en de tepelhof bij volwassenen (figuur 2). Op de tepel kan de blauwrode kleur ontbreken zodat de tepel alleen verdikt en drukpijnlijk is en vast aanvoelt (figuur 3). Andere lokalisaties zijn: de neus, het scrotum (figuur 4), de schouders en de bovenarm. Tachtig procent van de patiënten weet zich een tekenbeet te herinneren op de plaats van of op enige afstand van het lymfocytoom. Dat kan al vele maanden geleden zijn. In een kwart tot de helft van de gevallen is een erythema migrans voorafgegaan of nog aanwezig op het moment van het onderzoek. Neuroborreliose en artritis zijn bij enkele patiënten met het lymfocytoom gelijktijdig aanwezig.

3. Wanneer patiënte – zoals in dit geval – weet dat ze gebeten is door een teek, mag de diagnose op grond van het karakteristieke beeld en de anamnese gesteld worden en is bevestiging door het aantonen van positieve borreliaserologie niet nodig. Dat geldt ook wanneer de patiënt een erythema migrans heeft gehad of nog heeft in de buurt van de voor borrelielymfocytoom verdachte afwijking, of andere manifestaties van Lymeborreliose aanwezig zijn. Is dit niet het geval, dan kan borreliaserologie aangevraagd worden; in 70% van de gevallen zullen tegen *B. burgdorferi* gerichte antistoffen aanwezig zijn.
4. Een borrelielymfocytoom wordt volgens de CBO-richtlijn Lyme-borreliose (www.cbo.nl) behandeld met doxycycline 2 dd 100 mg gedurende tien dagen. Dat kan bij dit patientje echter niet, omdat ze jonger is dan 9 jaar, een contra-indicatie voor tetracyclines. U schrijft daarom amoxicilline 3 dd 250 mg (of beter nog 30 mg/kg) gedurende veertien dagen voor. Overigens verdwijnen borrelielymfocytomen onbehandeld na een aantal maanden ook spontaan..

LITERATUUR

1. CBO. Richtlijn Lyme-borreliose. Beschikbaar via: www.cbo.nl. (Richtlijn Lyme Borreliose)
2. Groot AC de, Toonstra J. Casuïstiek in de Dermatologie – deel 1. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009: p. 307-310. (ISBN 9789031361885)



Figuur 2. Lymfocytoom op de tepelhof.



Figuur 4. Borrelielymfocytoom op het scrotum.



Figuur 3. Drukpijnlijke zwelling van de linkertepel en areola.