

Het *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie* is het officiële orgaan van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie en verschijnt 10x per jaar in een oplage van 1.200 exemplaren. Het NTvDV is vanaf 1 januari 2008 geïndexeerd in EMBase, de internationale wetenschappelijke database van Elsevier Science.



HOOFDREDACTIE

Dr. Rob C. Beljaards
Centrum Oosterwal
Binnenweg 209 | 2101 JJ Heemstede
Sandstep Healthcare Invest
Biltseweg 14 | 3755 ME Bosch en Duin
T 06-51610799 | E-mail: r.beljaards@nvdv.nl

THEMA

WETENSCHAP

VERENIGING

REDACTIE

Dr. M.W. Bekkenk (*Domeingroep pigmentstoornissen*)
Dr. A.M. van Coevorden (*Domeingroep cosmetische dermatologie*)
P.K. Dikrama (*Domeingroep haar & nagels*)
Dr. M.B.A. van Doorn (*Domeingroep inflammatoire dermatosen*)
Dr. R. van Doorn
Dr. S. van der Geer-Rutten (*Domeingroep dermatochirurgie & lasers*)
Dr. A. Galimont-Collen (*Domeingroep dermatotherapie*)
Dr. S.M. Habib
F.M. Homan
C.J. de Jonge (*Domeingroep kinderdermatologie*)
M.J. Jonker (*Domeingroep anogenitale dermatosen*)
Dr. N.A. Kukutsch
Dr. T.M. Le
Dr. A.J. Onderdijk
Prof. dr. T. Rustemeyer (*Domeingroep allergie & eczeem*)
M. Tebbe-Gholami (*Domeingroep oncologie*)
Dr. H.B. Thio (*Domeingroep huidinfecties en SOA*)
Dr. M.B. Visch (*Domeingroep Vaten*)

WERKROEP 'IN HET KORT'

D. Appelen
M.W.D. Brouwer
Dr. F.M. Garritsen
F.M. Homan
Dr. M. Kroon
J.G.M. Logger
A.L. Nguyen
J. Zweegers

BEELDREDACTIE

Lies Rijksen
Virginia Hercules

INZENDEN VAN KOPIJ/RICHTLIJNEN

Richtlijnen voor het inzenden van kopij:
zie www.nvdv.nl > professionals > dermatologie > tijdschriften en boeken > NTVDV.
Hier vindt u ook het Toestemmingsformulier patiënt.

UITGEVER EN ADVERTENTIES

Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie
Domus Medica | Postbus 8552 | 3503 RN Utrecht
Jannes van Everdingen (j.vaneverdingen@nvdv.nl)
Frans Meulenberg (f.meulenberg@nvdv.nl)

REDACTIESECRETARIAAT

redactie@nvdv.nl

BASISONTWERP EN LAY-OUT

Studio Sponselee

VORMGEVING EN TRAFFIC

Daniël Gerritsen (www.dandez.nl)

DRUK EN VERZENDING

Scholma, Print & Media

COPYRIGHT

©2020 Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie

ABONNEMENTEN

Standaard € 250,- per jaar.
Studenten (NL) € 120,- per jaar.
Buitenland € 375,- per jaar.
Losse nummers € 32,50.
Aanmelding, opzegging en wijziging van abonnementen:
zie redactiesecretariaat.

INHOUD

JUBILEUMNUMMER

- 3** *Voorwoord:*
Rob Beljaards - Bladwijzer
- 4** Jannes van Everdingen – Dertig jaar dermatologie: highlights
- 5** *Journal American Academy of Dermatology:*
Dirk M. Elston – Tragedy and medical advances during the COVID-19 pandemic
- 12** *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde:*
Wim Opstelten, Marcel G.M. Olde Rikkert – Op de huid van de tijd
- 15** *Arts en Auto:*
Marjan Enzlin – Kantoorurenspecialisme
- 17** *Huisarts & Wetenschap:*
Ivo Smelee – Het jachtdomein van de spin
- 21** *Interne Geneeskunde:*
Hans C. Ablj – Een beenwond, Venetiaans ceruse en de dood in bad
- 25** Dermacryptogram
- 27** *Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie:*
Willem Lems – Dermatologie en reumatologie: goede burenen!
- 30** *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde:*
Casper P. Bots – Tandarts en dermatoloog: samen optrekken in hoofd-halsgebied
- 33** *Netherlands Journal of Medicine:*
Paul van Daele – Muggenbeten
- 35** *Nederlands Tijdschrift voor Oncologie:*
Ellen Kapiteijn – Behandeling van gemetastaseerd melanoom en de rol van de dermatoloog hierbij
- 38** *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde:*
Armand Rondas, Jolanda Gebben – De rol van voeding bij de preventie en behandeling van decubitus
- 42** Dermacryptogram: oplossing
- 44** *Medisch Contact:*
Bertho Nieboer – Wie pakt de regie?
- 46** *Journal European Academy of Dermatology and Venereology:*
Johannes Ring - Scientific publishing in Europe
- 51** Jannes van Everdingen – Het einde van schoolvorming en -strijd

ILLUSTRATIE OMSLAG

Cartoon van Fokke & Sukke, gemaakt door John Reid, Bastiaan Geleijnse en Jean-Marc van Tol.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvuldigd, 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 of producten van advertenties. Uitgever en auteurs aan-vaarden 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. **ISSN 0925-8604**

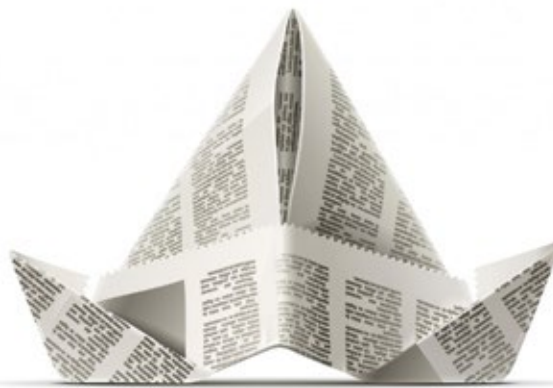
SPECIALS TEN BEHOEVE VAN CONGRESSEN/ NASCHOLING/VERGADERINGEN

Het is van belang dat u er rekening mee houdt dat het tijdschrift maximaal 50 redactionele pagina's mag bevatten. Als het meer dan 50 pagina's worden, dan worden de extra kosten die hieraan zijn verbonden doorberekend aan uw organisatie, tenzij u van tevoren met de NVDV andere afspraken hebt gemaakt over de verdeling van deze kosten. De kosten bedragen € 350,- per 4 gedrukte pagina's.



Bladwijzer

R.C. Beljaards



Er zijn van die momenten waarvan je wilt dat ze nooit komen. Als een berg zag ik op tegen mijn zestigste verjaardag. Ik was bang dat het na het ingaan van een nieuw decennium het nooit meer hetzelfde zou zijn, zoals wij dat als mensheid ook voelden toen het jaar 2000 aantrad. En wat bleek? Als je eenmaal over de drempel heen bent gestapt, valt het achteraf allemaal reuze mee en gaat het leven gewoon door alsof er geen enkele knik in zit. Er zijn echter ook momenten die zeker wel gevierd moeten worden. De eerste voetafdruk op de maan in 1969, de winst tijdens het EK Voetbal in 1988, een nieuwe president in de USA. Maar ook het gedrukte woord kent jubel-momenten. Ik kijk net zo uit naar de NRC op de zaterdag, als naar een nieuwe roman van Arnon Grunberg. En dan nu is er feest rond het tijdschrift, dat nagenoeg ongemerkt zijn dertig jarig bestaan viert. In een van mijn eerdere voorwoorden memoreerde ik al eens dat mijn carrière synchroon liep met het tijdschrift. Dertig jaar tijdschrift valt voor mij samen met dertig jaar dermatoloog-zijn. Het feestelijk dertigjarige jubileum van ons tijdschrift is een goede reden om vooruit te blikken, maar ook om terug te kijken op de geboorte en voorgeschiedenis.

GEBOORTE

In de jaren '80 van de vorige eeuw kende de NVDV twee goed lopende bulletins: het *Bulletin Contactdermatosen*, onder aanvoering van Anton de Groot, en *Psoriasis Nieuws*, het paradepaardje van Peter van de Kerkhof. Beide bladen kwamen met grote regelmaat uit, waren goed gevuld en werden veel gelezen en geprezen. In 1990 vond het bestuur van de NVDV, onder voorzitterschap van Martino Neumann, dat de tijd rijp was voor een eigen tijdschrift en verzocht Jannes van Everdingen, die zich toen al ontpopte tot schrijver en uitgever, een explorerend onderzoek te verrichten naar de mogelijkheden van een eigen verenigingsorgaan. Dat nieuwe blad moest eigenstandig levensvatbaar zijn (lees: voldoende sponsors en adverteerders kunnen werven) en draagvlak hebben of zien te ontwikkelen onder de NVDV-commissies en leden. En dan waren er ook nog afspraken met de firma's Glaxo en Essex, die voor de verspreiding van het *Bulletin Contactdermatosen* en het *Psoriasis Nieuws* zorgden. Die moesten bereid zijn tot herziening van wederzijdse contractuele verplichtingen.

Men benaderde de twee commissies die hier rechtstreeks mee van doen hadden, de commissie Contactdermatosen en de commissie Psoriasis. Johan Nater, in zijn functie als voorzitter van de commissie Contactdermatosen, stemde in, maar wel onder de 'voorwaarde' de nieuwe hoofdredacteur

te werven uit de kring van de redactiecommissie van het *Bulletin Contactdermatosen*. Desgevraagd was het Anton de Groot die zich hiervoor opwierp. Ook de commissie Psoriasis ging akkoord, bij monde van secretaris Dirk Bruijnzeel. Peter van de Kerkhof was bereid een stap terug te doen en maakte daarmee de weg vrij voor Anton de Groot, als eerste hoofdredacteur. Ook het bestuur ging akkoord en daarmee was het tijdschrift geboren.

IN WORDING

Inmiddels zijn we dertig jaar verder. Dankzij de inzet van de vijf voorgaande hoofdredacteurs die hier zeker naamsvermelding verdienen (Ton de Groot, Rini Korstanje, Jan Gerrit van der Schroeff, Pieter van der Valk en Peter Arnold) en de opeenvolgende redacties, groeide het in eerste instantie ingezette experiment van verenigingsblad uit tot een volwaardig wetenschappelijk tijdschrift met een oplage van zo'n 1000 exemplaren. Het heeft een serieuze plek verworven naast de wetenschappelijke tijdschriften van de zusterverenigingen en buitenlandse dermatologische tijdschriften. Het is dan ook zeer verheugend dat juist deze zuster-tijdschriften, uitgenodigd op ons dertigjarig feestje, van de partij willen zijn en in deze editie een bijdrage leveren. De auteurs kregen de vrije hand wat betreft de invulling van hun bijdrage. De enige 'eis' was dat de bijdrage op zijn minst een relatie met dermatologie moest hebben. Het leverde een scala van invalshoeken op. Huisarts Ivo Smeele houdt ons in zijn overwegingen over het tijdschrift (pag. 17) een spiegel voor en het doet deugd dat we van hem een bovengemiddeld rapportcijfer krijgen.

Rest mij niets meer dan allen die de afgelopen dertig jaar kopij hebben ingestuurd te danken voor hun bijdrage. Zonder inhoud zouden wij niet meer zijn dan een kaff (weliswaar getooid met Fokke en Sukke, maar toch). Ik kijk uit naar de fraaie artikelen die wij de vele jaren die nog voor ons liggen, mogen gaan ontvangen. En ik verheug mij daarnaast zeer op de samenwerking met de redactie in vernieuwde samenstelling. Gefeliciteerd allen!

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Rob Beljaards

E-mail: r.beljaards@nvdv.nl

Dermatoloog en hoofdredacteur NVDV



Dertig jaar dermatologie: highlights

J.J.E. van Everdingen | *Illustratie: Voske*

Het *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie (NTvDV)* bestaat dit najaar 30 jaar. Een goed moment om terug te blikken op de belangrijkste trends en ontwikkelingen in de laatste 30 jaar. Deze staan niet op zichzelf, maar hangen samen met internationale ontwikkelingen binnen het vakgebied dermatologie en met sociale en economische ontwikkelingen in Nederland. Hier volgt een overzicht in vogelvlucht.

Aanvankelijk had dit stuk het karakter van highlights, ingedeeld naar trends, kwaliteitsactiviteiten en vakinhoudelijke ontwikkelingen, maar gaandeweg ontstond na commentaar van diverse bestuursleden, leden van de werkgroep Geschiedenis van de dermatologie en andere historisch geïnteresseerde dermatologen een lappendeken van werkwijzen, groeiprocessen, nieuwe technieken en dergelijk, zodat de aanvankelijke rubricering de werkelijkheid te veel geweld aandeed. Op verzoek van de hoofdredacteur werd een nieuwe kunstgreep toegepast en werd elke ontwikkeling voorzien van een jaartal, meestal een begindatum, waardoor het geheel nu chronologisch is gerangschikt en als strooigoed door dit jubileumnummer is verspreid.



1990: Fotodynamische therapie	6	2006: Nieuwe geneesmiddelen	39
1991: Groeistruipen	7	2007: Kwaliteit van leven	40
1992: Mannen worden vrouwen	8	2008: App en vloed	41
1993: Professionalisering bureau	9	2009: Tekort aan dermatica	43
1994: Opleiding(sduur)	10	2010: Venereologie	43
1995: 'Samen beslissen'	13	2011: Immunotherapie	43
1996: Van kijken naar doen	16	2012: Cosmetische dermatologie	43
1997: Verhuisdozen	18	2013: Evidence-based dermatologie	45
1998: Biologicals	19	2014: Flebologie	47
1999: EADV-congressen	22	2015: Reputatie	48
2000: Richtlijnen en domeingroepen	25	2016: Visitatie	50
2001: Schotvrije ruimte	28	2017: Off label	51
2002: Taakherschikking	31	2018: Nascholing	52
2003: Evaluatie-onderzoek	32	2019: Commissies van wijzen	53
2004: Kinderdermatologie	34	2020: Non-covidzorg	54
2005: Teledermatologie	36		

Directeur NVDV



Tragedy and medical advances during the COVID-19 pandemic

Dirk M. Elston

It is a pleasure to contribute to the 30th anniversary commemorative issue of the *Netherland's Journal of Dermatology and Venereology*. What a year this has been!

This past year could be dubbed the year of the virus and medical journals played a critical role in the vetting, dissemination and archiving of key knowledge about COVID-19. We demonstrated the range of cutaneous manifestations related to the virus and debated whether or not COVID toes are actually a specific viral manifestation. Authors in China also reported a high incidence of cutaneous injuries among healthcare workers related to personal protective equipment and alerted us that manual manipulation of the mask to shift the mask and goggles away from cutaneous erosions could reduce the effectiveness of protective measures. Prevalence of skin damage was 97.0% among frontline healthcare workers with the nasal bridge being the most commonly affected site and simple interventions, including more frequent work rotations and the use of adhesive barrier films could help prevent harm. [1] We also learned that androgen receptors may play a role in viral entry and adverse outcomes [2], and weighed evidence for and against continuation of biologics during the pandemic. [3]

This year also provided us with game changing data on pharmacological interventions for hidradenitis suppurativa and reminded us of the key role surgery continues to play in the treatment of this debilitating disease. [4-7] Recent articles and guidelines address the approach to patients with this devastating disease, risks of medical therapy during the COVID-19 pandemic, current gaps in therapy and new data on agents reported to be effective in this condition. [8-13] While adalimumab has received the most press, high dose infliximab regimens similar to those used with inflammatory bowel disease represent a new treatment paradigm, and when efficacy is lost to neutralizing antibodies there is new evidence suggests that adjuvant therapy with methotrexate or sirolimus has the potential to restore responsiveness. [14-22] Other biologics that block Th17 T cells, IL12/23 or IL-23 alone also appear to have efficacy in this setting, and further studies are needed to determine relative efficacy of these biologic agents. [23-25] Short courses of antibiotics can be beneficial but emergence of resistance can complicate longer courses of



Dirk Elston: "The past year has been a challenging one."

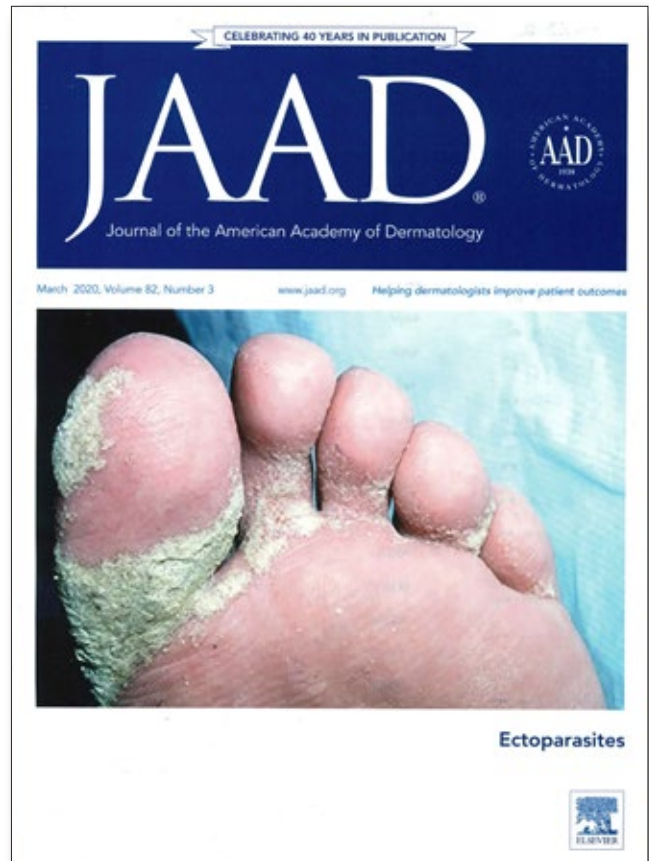
treatment. [26,27] Cultures are of limited value as anaerobic bacteria predominate and are difficult to grow in culture. [28] Future studies should use molecular techniques to delve into the microbiome of hidradenitis. Topical antiseptics continue to be helpful, and those with less potential for antibiotic resistance are particularly valuable. [29,30] Drugs that affect neutrophils can also be helpful in this setting, including doxycycline, dapsone, anakinra and canakinumab, and antiandrogens including spironolactone can help with long-term control of disease. [31,32] Apremilast, on the other hand improves specific disease measures but an overall effect on quality of life was limited. [33,34] There have also been reminders that hidradenitis suppurativa can coexist with inflammatory bowel disease, and pyoderma gangrenosum, and may represent a systemic inflammatory disorder in the spectrum of autoinflammatory diseases. [35,36]

Important articles published this year demonstrated usefulness of dupilumab in the pediatric age group and

MD, Editor, *Journal of the American Academy of Dermatology*. Professor and Chairman Department of Dermatology and Dermatologic Surgery Medical University of South Carolina, Charleston (SC), USA

new potential roles for dupilumab in the treatment of hand dermatitis, idiopathic dermatitis, nummular eczema, bullous pemphigoid and prurigo nodularis, but also raised awareness that persistent dermatitis in patients on dupilumab may be related to *Pityrosporum* or contact dermatitis, especially to cocamidopropylbetaine in soaps and shampoo. [37-46] We also received an important warning about the potential for fatal progression of cutaneous T-cell lymphoma (CTCL) in patients treated with dupilumab. [47,48] Authors from UCSF and Northwestern University described seven patients given dupilumab for clinically presumed atopic dermatitis or to treat refractory pruritus in cutaneous CTCL. While six of the seven patients experienced transient improvement, all subsequently demonstrated disease progression and fatalities occurred. [49,50] Dupilumab remains a valuable agent in our therapeutic armamentarium, but physicians should be vigilant for signs of CTCL in patients on dupilumab therapy and the physical examination during follow-up visits should include the buttocks, groin, thighs, and limb girdle areas as these are common sites for the appearance of CTCL. Other authors have reported CTCL following use of dupilumab and more research is needed to determine the magnitude of the risk and contributing factors [51,52] Pathogenesis is likely complex as targeted cytokines appear to modulate lymphomas and can exert a beneficial or negative response in various settings. Dupilumab modulates signaling of both the IL-4 and IL-13 pathways, and interleukin 13 in particular may play a role in progression of various forms of lymphoma.

Scarring alopecia remains one of our most difficult disease categories and many patients with alopecia have multifactorial disease leading to confusion and suboptimal outcomes. It is important to remember that pattern alopecia affects almost half of adults of European decent. By extension, this means that roughly half of the patients of European descent whom we treat for scarring alopecia also have a background of pattern hair loss and addressing both conditions can lead to better treatment outcomes. [53] Topical minoxidil has a defined role in the treatment of pattern alopecia, but recent studies have focused on the effectiveness



and tolerability of low dose minoxidil administered orally. [54-60] Antiandrogens such as spironolactone and cyproterone acetate may also be helpful to treat background pattern alopecia and improve hair density in women, and patients should also be evaluated for papulosquamous disease, thyroid disorders and dietary issues that may contribute to superimposed telogen effluvium. Targeted therapy has led to dramatic improvement in many conditions, including JAK-inhibitor therapy for alopecia areata, vitiligo, granuloma annulare, lichen planopilaris,

1990 | Fotodynamische therapie



Sinds de jaren negentig wordt fotodynamische therapie toegepast bij diverse (pre)maligniteiten, waaronder keratosis actinica, morbus Bowen en superficieel basocellulair carcinoom. Het leidde tot veel Nederlandse proefschriften. Deze veelbelovende therapie werd met open armen ontvangen. Zonder dat er een mes aan te pas komt, is bij de meeste patiënten een fraai cosmetisch resultaat haalbaar. Maar de bijwerkingen, roodheid, zwellung, korstvorming, jeuk, een wond die te lang vochtig blijft of infecteert, blijvende lichtere en/of donkere vlekken ter plaatse van de behandeling, hebben het indicatiegebied gaandeweg toch enigszins beperkt, vooral toen de resultaten van twee grote multicenter trials onder leiding van Maastrichtse dermatologen uitwezen dat de behandeling van superficieel basocellulair carcinoom en aktinische keratosen met respectievelijk imiquimod en 5-fluorouracil-crème een veel hoger slagingspercentage heeft dan fotodynamische therapie.

sarcoidosis, and chronic eczema and rituximab therapy for immunobullous diseases. [61-67] As dermatologists prescribe more of these agents, it is important to remain vigilant for potentially lethal side-effects of therapy. JAK inhibitors can cause cytopenias, lipid abnormalities and an increase thrombotic risk with the associated risk of fatal pulmonary embolism. Patients should be monitored appropriately and counseled about the risks, early recognition of complications, and preventive strategies.

Covid-19 has not been the only infectious disease that gained focus this year. Patients on immunosuppressive agents should be assessed for the presence of any underlying disease prior to the initiation of therapy. In particular, those on rituximab must be monitored for reactivation of hepatitis B with massive hepatic necrosis.

All clinicians should be aware of issues with screening for hepatitis B, in particular the removal of core IgG antibody from acute hepatitis panels reducing our ability to screen for latent infection in patients who are surface antigen-negative. The core IgG antibody must be ordered separately and patients should be monitored for signs, symptoms and laboratory evidence of hepatitis. In our patients with immunobullous disease, glucocorticoids are often used concurrently with rituximab or other steroid-sparing agents and can mask hepatitis reactivation. Prompt intervention is key and some evidence suggests that rituximab therapy may be possible in patients with latent infection if given together with antiviral prophylaxis. Physicians should also be aware that false-positive serological and DNA testing for hepatitis can occur in patients who have been recently vaccinated. Careful evaluation of patient history is key.

The past year has been a challenging one and few of us well be sad to see it go, but we should remember the remarkable advances in disease treatment and prevention that have emerged during this year. Covid-19 has been a potent reminder that we are all in this together and physicians play a key role not only in disease treatment, but also in prevention, public policy and as important role models. It is an honor and a privilege to serve society in the role of physician and healer. May we all carry those banners proudly

and live up to the sacred calling we accepted. Keep well so you can continue to serve your patients.

LITERATURE

1. Lan J, Song Z, Miao X, Li H, Li Y, Dong L, Yang J, An X, Zhang Y, Yang L, Zhou N, Yang L, Li J, Cao J, Wang J, Tao J. Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019. *J Am Acad Dermatol.* 2020 May;82(5):1215-1216. doi: 10.1016/j.jaad.2020.03.014. Epub 2020 Mar 18. PMID: 32171808; PMCID: PMC7194538.
2. Wambier CG, Goren A. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection is likely to be androgen mediated. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul;83(1):308-309.
3. Lebwohl M, Rivera-Oyola R, Murrell DF. Should biologics for psoriasis be interrupted in the era of COVID-19? *J Am Acad Dermatol.* 2020 May;82(5):1217-1218.
4. Daveluy S. Medical therapy is the optimal treatment for hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Sep;83(3):977-978.
5. Melendez Gonzalez MDM, Sayed CJ. Surgery is an essential aspect of managing patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Sep;83(3):979-980.
6. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part I: Diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Jul;81(1):76-90.
7. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part II: Topical, intralesional, and systemic medical management. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Jul;81(1):91-101.
8. Flood KS, Porter ML, Kimball AB. A visit guide for hidradenitis suppurativa - managing a complex disease in a busy clinic. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Sep;30:S0190-9622(20)32677-3. doi: 10.1016/j.jaad.2020.09.076. Epub ahead of print. PMID: 33010310.
9. Savage KT, Singh V, Patel ZS, Yannuzzi CA, McKenzie-Brown AM, Lowes MA, Orenstein LAV. Pain management in hidradenitis suppurativa and a proposed treatment algorithm. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Sep 17:S0190-9622(20)32627-X. doi: 0.1016/j.jaad.2020.09.039. Epub ahead of print. PMID: 32950543.
10. van Straalen KR, Prems LM, Hylkema TH, Janse IC, Dickinson J, Houwing R, van der Zee HH, Brouwer S, Prems EP, Horváth B. Impact

1991 | Groeistuipen



De NVDV kende in 1991 kende NVDV 292 leden, thans 591 'gewone' leden. De NVDV is in 30 jaar tijd qua ledenaantal verdubbeld. Om elkaar goed te informeren en met elkaar in contact te treden worden verschillende communicatiekanalen gebruikt. De laatste vijf jaar verstuurt het bestuur via het bureau maandelijks digitale nieuwsbrieven, een initiatief van Lies Rijkse, coördinator bestuurszaken. Die worden goed gelezen, evenals de online polls die het bureau verstuurt. Het NTvDV bevat momenteel een eigen katern 'Verenigingsnieuws'. Op de website is een forum om met elkaar van gedachten te wisselen.

- of Hidradenitis Suppurativa on work productivity and associated risk factors. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Aug 4;50:190-9622(20)32318-5.
11. Narla S, Price KN, Sachdeva M, Shah M, Shi V, Hamzavi I, Alavi A, Lowes MA. Proceeding report of the fourth Symposium on Hidradenitis Suppurativa Advances (SHSA) 2019. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jun 1;50:190-9622(20)30989-0.
 12. Seltzer JA, Okeke CAV, Perry JD, Shipman WD, Okoye GA, Byrd AS. Exploring the risk of severe COVID-19 infection in patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Aug;83(2):e153-e154.
 13. Garg A, Neuren E, Cha D, Kirby JS, Ingram JR, Jemec GBE, et al. Evaluating patients' unmet needs in hidradenitis suppurativa: Results from the Global Survey Of Impact and Healthcare Needs (VOICE) Project. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Feb;82(2):366-376.
 14. Zouboulis CC, Okun MM, Prens EP, Gniadecki R, Foley PA, Lynde C, Weisman J, Gu Y, Williams DA, Jemec GBE. Long-term adalimumab efficacy in patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa/acne inversa: 3-year results of a phase 3 open-label extension study. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Jan;80(1):60-69.e2.
 15. Kimball AB, Sundaram M, Shields AL, Hudgens S, Okun M, Foley C, Ganguli A. Adalimumab alleviates skin pain in patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa: Secondary efficacy results from the PIONEER I and PIONEER II randomized controlled trials. *J Am Acad Dermatol.* 2018 Dec;79(6):1141-1143.
 16. Ghas MH, Johnston AD, Kutner AJ, Micheletti RG, Hosgood HD, Cohen SR. High-dose, high-frequency infliximab: A novel treatment paradigm for hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2020 May;82(5):1094-1101.
 17. Fougere AC, Reguia Z, Roussel A, Bécherel PA; Groupe d'Etudes Multicentriques (GEM) ResoVerneuil. Hidradenitis suppurativa management using tumor necrosis factor inhibitors in patients younger than 18 years: A series of 12 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul;83(1):199-201.
 18. Oskardmay AN, Miles JA, Sayed CJ. Determining the optimal dose of infliximab for treatment of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Sep;81(3):702-708.
 19. Blaszczak A, Trinidad JCL, Cartron AM. Adalimumab for treatment of hidradenitis suppurativa during the COVID-19 pandemic: Safety considerations. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul;83(1):e31.
 20. Khullar G. Comment on "Sirolimus as combination rescue therapy with tumor necrosis alpha inhibitors for severe, refractory hidradenitis suppurativa". *J Am Acad Dermatol.* 2020 Aug 12;50:190-9622(20)32420-8.
 21. Orenstein LAV, Wright S, Strunk A, Garg A. Low prescription of tumor necrosis alpha inhibitors in hidradenitis suppurativa: a cross-sectional analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Aug 3;50:190-9622(20)32310-0.
 22. Wang LL, Micheletti RG. Low-dose methotrexate as rescue therapy in patients with hidradenitis suppurativa and pyoderma gangrenosum developing human antichimeric antibodies to infliximab: A retrospective chart review. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Feb;82(2):507-510.
 23. Casseres RG, Prussick L, Zancanaro P, Rothstein B, Joshipura D, Saraiya A, Turkowski Y, Au SC, Alomran A, Abdat R, Abudu M, Kachuk C, Dumont N, Gottlieb AB, Rosmarin D. Secukinumab in the treatment of moderate to severe hidradenitis suppurativa: Results of an open-label trial. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jun;82(6):1524-1526.
 24. Frew JW, Navrazhina K, Grand D, Sullivan-Whalen M, Gilleaudeau P, Garcet S, Ungar J, Krueger JG. The effect of subcutaneous brodalumab on clinical disease activity in hidradenitis suppurativa: An open-label cohort study. *J Am Acad Dermatol.* 2020 May 13;50:190-622(20)30834-3.
 25. Casseres RG, Kahn JS, Her MJ, Rosmarin D. Guselkumab in the treatment of hidradenitis suppurativa: A retrospective chart review. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Jul;81(1):265-267.
 26. Delage M, Jais JP, Lam T, Guet-Revillet H, Ungeheuer MN, Consigny PH, Nassif A, Join-Lambert O. Rifampin-moxifloxacin-metronidazole combination therapy for severe Hurley Stage 1 Hidradenitis Suppurativa: prospective short-term trial and one-year follow-up in 28 consecutive patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jan 10;50:190-9622(20)30049-9.
 27. Caposiena Caro RD, Cannizzaro MV, Botti E, Di Raimondo C, Di Matteo E, Gaziano R, Bianchi L. Clindamycin versus clindamycin plus rifampicin in hidradenitis suppurativa treatment: Clinical and ultrasound observations. *J Am Acad Dermatol.* 2019 May;80(5):1314-1321.
 28. Goldberg SR, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa: Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2020 May;82(5):1045-1058.
 29. Leiphart P, Ma H, Naik HB, Kirby JS. The effect of antimicrobial washes on antibacterial resistance in hidradenitis suppurativa lesions. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Mar;80(3):821-822.
 30. Pascual JC, Encabo B, Ruiz de Apodaca RF, Romero D, Selva J, Jemec GB. Topical 15% resorcinol for hidradenitis suppurativa: An uncontrolled prospective trial with clinical and ultrasonographic follow-up. *J Am Acad Dermatol.* 2017 Dec;77(6):1175-1178.
 31. Goldberg SR, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa: Current and emerging treatments. *J Am Acad Dermatol.* 2020

1992 | Mannen worden vrouwen



De medische professie was van oudsher een mannenbolwerk, maar dat is drastisch veranderd. Toen Auguste Glastra in 1992 aantrad als eerste vrouwelijke bestuursvoorzitter was 23% van de praktiserende dermatologen vrouw. Thans zijn er meer vrouwelijke dan mannelijke dermatologen: anno 2020 is 62% vrouw. Die verhouding is ook terug te vinden bij huisartsen en andere specialismen. Vrouwen, zegt men, zouden empathischer zijn dan mannen. Voor patiënten zou dat gunstig moeten uitpakken.

- May;82(5):1061-1082.
32. Golbari NM, Porter ML, Kimball AB. Antiandrogen therapy with spiro-lactone for the treatment of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Jan;80(1):114-119.
 33. Vossen ARJV, van Doorn MBA, van der Zee HH, Prens EP. Apremilast for moderate hidradenitis suppurativa: Results of a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Jan;80(1):80-88.
 34. Aarts P, Vossen ARJV, van der Zee HH, Prens EP, van Straalen KR. Long-term treatment with apremilast in hidradenitis suppurativa: 2-year follow-up of initial responders. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Sep 3;S0190-9622(20)32540-8.
 35. Deckers IE, Benhadou F, Koldijk MJ, Del Marmol V, Horváth B, Boer J, van der Zee HH, Prens EP. Inflammatory bowel disease is associated with hidradenitis suppurativa: Results from a multicenter cross-sectional study. *J Am Acad Dermatol.* 2017 Jan;76(1):49-53.
 36. Tannenbaum R, Strunk A, Garg A. Overall and subgroup prevalence of pyoderma gangrenosum among patients with hidradenitis suppurativa: A population-based analysis in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Jun;80(6):1533-1537.
 37. Muzumdar S, Zubkov M, Waldman R, DeWane ME, Wu R, Grant-Kels JM. Characterizing dupilumab facial redness in children and adolescents: A single-institution retrospective chart review. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul 2;S0190-9622(20)32103-4.
 38. Shahriari N, Strober B, Shahriari M. The role of dupilumab in the management of idiopathic chronic eczematous eruption of aging. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul 15;S0190-9622(20)32187-3.
 39. Paller AS, Siegfried EC, Thaçi D, Wollenberg A, Cork MJ, Arkwright PD, Gooderham M, Beck LA, Boguniewicz M, Sher L, Weisman J, O'Malley JT, Patel N, Hardin M, Graham NMH, Ruddy M, Sun X, Davis JD, Kamal MA, Khokhar FA, Weinreich DM, Yancopoulos GD, Beazley B, Bansal A, Shumel B. Efficacy and safety of dupilumab with concomitant topical corticosteroids in children 6 to 11 years old with severe atopic dermatitis: A randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 3 trial. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jun 20;S0190-9622(20)31152-X. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.054. Epub ahead of print. PMID: 32574587.
 40. Shah P, Milam EC, Lo Sicco KI, Cohen DE. Dupilumab for allergic contact dermatitis and implications for patch testing: Irreconcilable differences. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Sep;83(3):e215-e216.
 41. Chiricozzi A, Maurelli M, Gori N, Argenziano G, De Simone C, Calabrese G, Girolomoni G, Peris K. Dupilumab improves clinical manifestations, symptoms, and quality of life in adult patients with chronic nodular prurigo. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul;83(1):39-45.
 42. Geller S. Interleukin 4 and interleukin 13 inhibition: A promising therapeutic approach in bullous pemphigoid. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul;83(1):37-38.
 43. Waldman RA, DeWane ME, Sloan B, Grant-Kels JM, Lu J. Dupilumab for the treatment of dyshidrotic eczema in 15 consecutive patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020 May;82(5):1251-1252.
 44. Choi S, Zhu GA, Lewis MA, Honari G, Chiou AS, Ko J, Chen JK. Dupilumab treatment of nummular dermatitis: A retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol.* 2020 May;82(5):1252-1255.
 45. Raffi J, Suresh R, Botto N, Murase JE. The impact of dupilumab on patch testing and the prevalence of comorbid allergic contact dermatitis in recalcitrant atopic dermatitis: A retrospective chart review. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jan;82(1):132-138.
 46. Igelman S, Kurta AO, Sheikh U, McWilliams A, Armbrrecht E, Jackson Cullison SR, Kress DW, Smith A, Castelo-Soccio L, Treat J, Boothe WD, Diaz LZ, Levy ML, Patel A, Lee LW, Fraile-Alonso MC, Antaya RJ, Shah S, Kittler N, Arkin L, Siegfried E. Off-label use of dupilumab for pediatric patients with atopic dermatitis: A multicenter retrospective review. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Feb;82(2):407-411.
 47. Heymann WR. Dupilumab cuts both ways. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul;83(1):35-36.
 48. Elston DM. Dupilumab and cutaneous T-cell lymphoma. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul;83(1):33-34.
 49. Espinosa ML, Nguyen MT, Aguirre AS, Martinez-Escala ME, Kim J, Walker CJ, Pontes DS, Silverberg JJ, Choi J, Pro B, Pincus LB, Guitart J, Zhou XA. Progression of cutaneous T-cell lymphoma after dupilumab: Case review of 7 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul;83(1):197-199.
 50. Abdat R, Waldman RA, de Bedout V, Czernik A, Mcleod M, King B, Gordon S, Ahmed R, Nichols A, Rothe M, Rosmarin D. Dupilumab as a novel therapy for bullous pemphigoid: A multicenter case series. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul;83(1):46-52.
 51. Miyashiro D, Vivarelli AG, Gonçalves F, Cury-Martins J, Sanches JA. Progression of mycosis fungoides after treatment with dupilumab: A case report. *Dermatol Ther.* 2020 Jun 19:e13880. doi: 10.1111/dth.13880. Epub ahead of print. PMID: 32558148.
 52. Chiba T, Nagai T, Osada SI, Manabe M. Diagnosis of mycosis fungoides following administration of dupilumab for misdiagnosed atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2019 Jul 1;99(9):818-819.
 53. Vano-Galvan S, Trindade de Carvalho L, Saceda-Corralo D, Rodrigues-Barata R, Kerkemeyer KL, Sinclair RD, Hermosa-Gelbard Á, Moreno-

1993 | Professionalisering bureau



Het bureau van de NVDV professionaliseerde. Tot 1993 was het secretariaat bij de secretaris van het bestuur aan huis gevestigd, vervolgens bracht men dit onder bij de VVAA in Maarsen, omdat er destijds geen plaats was in de Domus Medica. In 2007 ging het bureau over naar de nieuw gebouwde Domus Medica. Dat gaf het startsein tot een veel betere onderlinge samenwerking van medisch wetenschappelijke verenigingen. De NVDV onderschreef het initiatief (van de toenmalige Orde van Medisch Specialisten) om met één krachtige stem in politiek en samenleving te spreken, en steunde daarmee de komst van de Federatie Medisch Specialisten, die in 2015 werd opgericht. Hiermee werden de professionele banden (in samenwerking, van beleid tot aan praktische uitvoering) nadrukkelijk aanhalend. Het bureau kent thans een tiental medewerkers, van wie de meesten parttime zijn verbonden aan de NVDV.

- Arrones ÓM, Jimenez-Cauhe J, Bhojrul B. Oral minoxidil improves background hair thickness in lichen planopilaris. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Apr 11;S0190-9622(20)30566-1.
54. Randolph M, Tosti A. Oral minoxidil treatment for hair loss: A review of efficacy and safety. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jul 1;S0190-9622(20)32109-5. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.1009. Epub ahead of print. PMID: 32622136.
55. Jha AK, Sonthalia S, Zeeshan MD, Vinay K. Efficacy and safety of very-low-dose oral minoxidil 1.25 mg in male androgenetic alopecia. *J Am Acad Dermatol.* 2020 May 31;S0190-9622(20)31005-7. doi: 10.1016/j.jaad.2020.05.129. Epub ahead of print. PMID: 32492469.
56. Therianou A, Vincenzi C, Tosti A. How safe is prescribing oral minoxidil in patients allergic to topical minoxidil? *J Am Acad Dermatol.* 2020 Apr 11;S0190-9622(20)30567-3.
57. Pirmez R, Salas-Callo CI. Very-low-dose oral minoxidil in male androgenetic alopecia: A study with quantitative trichoscopic documentation. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jan;82(1):e21-e22.
58. Jimenez-Cauhe J, Saceda-Corralo D, Moreno-Arrones OM, Ortega-Quijano D, Fernandez-Nieto D, Vaño-Galvan S. Reply to: "Very-low-dose oral minoxidil in male androgenetic alopecia: A study with quantitative trichoscopic documentation". *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jan;82(1):e23-e24.
59. Ramos PM, Sinclair RD, Kasprzak M, Miot HA. Minoxidil 1 mg oral versus minoxidil 5% topical solution for the treatment of female-pattern hair loss: A randomized clinical trial. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jan;82(1):252-253.
60. Jimenez-Cauhe J, Saceda-Corralo D, Rodrigues-Barata R, Hermosa-Gelbard A, Moreno-Arrones OM, Fernandez-Nieto D, Vaño-Galvan S. Effectiveness and safety of low-dose oral minoxidil in male androgenetic alopecia. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Aug;81(2):648-649.
61. Peterson D, King B. UVL in combination with other therapies for vitiligo: synergy or necessity? *J Am Acad Dermatol.* 2020 Sep 3;S0190-9622(20)32584-6.
62. Kim BS, Sun K, Papp K, Venturanza M, Nasir A, Kuligowski ME. Effects of ruxolitinib cream on pruritus and quality of life in atopic dermatitis: Results from a phase 2, randomized, dose-ranging, vehicle- and active-controlled study. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jun;82(6):1305-1313.
63. Nakagawa H, Nemoto O, Igarashi A, Saeki H, Kaino H, Nagata T. Delgocitinib ointment, a topical Janus kinase inhibitor, in adult patients with moderate to severe atopic dermatitis: A phase 3, randomized, double-blind, vehicle-controlled study and an open-label, long-term extension study. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Apr;82(4):823-831.
64. Damsky W, Thakral D, McGeary MK, Leventhal J, Galan A, King B. Janus kinase inhibition induces disease remission in cutaneous sarcoidosis and granuloma annulare. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Mar;82(3):612-621.
65. Hosking AM, Juhasz M, Mesinkovska NA. Topical Janus kinase inhibitors: A review of applications in dermatology. *J Am Acad Dermatol.* 2018 Sep;79(3):535-544.
66. Guttman-Yassky E, Silverberg JI, Nemoto O, Forman SB, Wilke A, Prescilla R, de la Peña A, Nunes FP, Janes J, Gamalo M, Donley D, Paik J, DeLozier AM, Nickoloff BJ, Simpson EL. Baricitinib in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: A phase 2 parallel, double-blinded, randomized placebo-controlled multiple-dose study. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Apr;80(4):913-921.
67. Plante J, Eason C, Snyder A, Elston D. Tofacitinib in the treatment of lichen planopilaris: A retrospective review. *J Am Acad Dermatol.* 2020 May.

CORRESPONDENTIEADRES

Dirk M. Elston, MD

E-mail: elstond@musc.edu



1994 | Opleiding(s)duur

De opleidingsduur werd per 18 april 1994 verlengd van 4 jaar naar 5 jaar. De nieuwe voorzitter van de NVDV per november 2020, Birgitte Visch, ging een maand daarvoor in opleiding en viel zo nog net onder de oude regeling. Het opleidingsplan van 2009 voldeed jarenlang prima. Vanwege een aantal maatschappelijke en onderwijskundige ontwikkelingen werd het in 2018 tijd voor een update en werd er een nieuw landelijk opleidingsplan gepubliceerd. De opleiding is thans gestructureerd met themakaarten voor het verplichte basisdeel van de opleiding en mogelijke verdiepingsstages die individueel zijn in te vullen, mede omdat er nog steeds deelgebieden zijn waarin het aangeboden kennis- en vaardigheidsniveau tussen de UMC's varieert.



Op de huid van de tijd

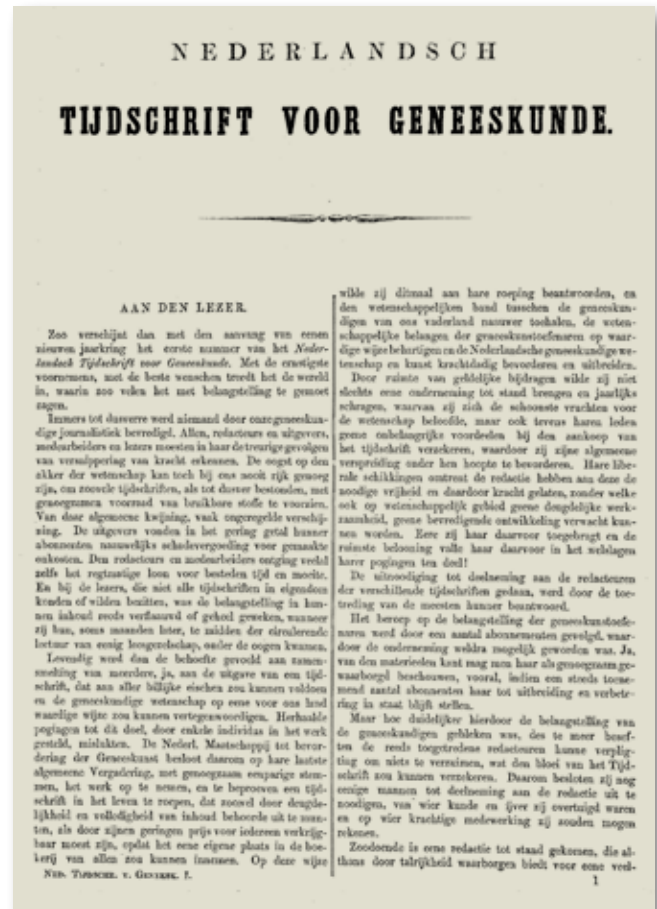
Wim Opstelten¹ en Marcel G.M. Olde Rikkert²

Een markant moment: het *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie* beleeft zijn dertigste jaargang. Daarbij passen onze felicitaties namens de redactie van het - overigens nog veel oudere! - *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Dermatologie is een belangrijk vakgebied, dat in ons tijdschrift altijd ruim aan bod komt. Dat is niet verwonderlijk: de huid omvat en verbindt, letterlijk en figuurlijk. In een algemeen tijdschrift voor een multidisciplinair lezerspubliek, zoals het *NTVG*, hebben klinische onderwerpen vaak ook een dermatologisch aspect. Er is nauwelijks een vakgebied te noemen, waarin de huid niet een essentieel aandachtsgebied vormt. Evenmin is er een levensfase waarin huidziekten niet voor een belangrijk deel bijdragen aan de morbiditeit: van de vele kinderziekten met vlekjes tot de problemen van de verouderende huid. In die zin hebben dermatologen grote generalistische potentie, waarvoor het *NTVG* ze graag een podium biedt. Ter gelegenheid van het lustrum van uw tijdschrift blikken we terug en doen we een greep uit enkele dermatologische publicaties uit enkele jaargangen van het *NTVG*: de eerste jaargang (1857), de jaargang waarin uw tijdschrift het levenslicht zag (1990) en de afgelopen 12 maanden.

1857

‘Zoo verschijnt dan met den aanvang van eenen nieuwen jaarkring het eerste nummer van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*. Met de ernstigste voornemens, met de beste wenschen treedt het de wereld in, waarin zoo velen het met belangstelling te gemoet zagen.’ Dat waren de eerste regels ‘Aan den lezer’ van de redactie, gevormd door een Comité van Redactie met daaromheen een groep ‘mannen (...), van wier kunnen en ijver zij overtuigd waren en op wier krachtige medewerking zij zouden mogen rekenen’. Van die groep waakte dr. J. Zeeman over het vakgebied van de huidziekten. Zijn eerste bijdrage was waarschijnlijk (het werd met de initiaal ‘Z’ ondertekend) een referaat over een Duitstalige publicatie van E. Koch over schimmelziekten, zoals pityriasis versicolor, welke aandoening vooral zou opspelen bij ‘ziekelyk vermeerderd zweet’. [1] Om die reden zou het veel voorkomen bij lijders aan tuberculose (die werden aangeduid met *phtisici*) en typhus. Vervolgens gaat hij in op de verschillende schimmellokalisaties bij favus, pityriasis, herpes tonsurans (die wij nu ringworm noemen) en mentagra (schimmelziekte in de baardstreek) om te besluiten dat schimmelziekten goed behandeld kunnen worden met *acid. sulphurosum* (‘twee oncen op zes oncen water’). Daarnaast zijn er in de eerste jaargang referaten over



Eerste nummer van het *NTVG* uit 1857.

roseola-exanthem bij typhus, over de verschillende vormen en behandeling van condylomata en over het onderscheid tussen toen veel voorkomende kinderziekten met vlekjes: rubeola (waarbij waarschijnlijk rode hond bedoeld werd; de naam rubeola wordt thans vaker voor mazelen gebruikt), morbilli en scarlatina. [2-3] Tot dan toe was het twijfelachtig of rode hond wel ‘eene afzonderlijke ziekte’ betrof of een bastaardvorm van een gelijktijdig bestaande mazelen en scarlatina of ‘eenvoudig als eene derde vorm van uiting van een aan alle drie gemeen-

¹ Huisarts en adjunct-hoofdredacteur *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, Amsterdam

² Hoogleraar, klinisch geriater en hoofdredacteur *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, Amsterdam



Wim Opstelten (links) en Marcel Olde Rikkert: "Vooralsnog lijkt een app de dermatoloog niet te kunnen vervangen."

schappelijke gift', maar de opvatting dat het een aparte aandoening betrof won gaandeweg terrein.

1990

Uit deze jaargang lichten we nummer 42, dat grotendeels gewijd is aan het melanoom. Sinds 1950 bleek de voor leeftijd gecorrigeerde landelijke sterfte verviervoudigd, met vooral een stijging onder 30- tot 69-jarigen en betere overlevingskansen voor vrouwen dan voor mannen. [5] Overigens werden in het jaar voorafgaande aan deze publicatie door huisartsen tweemaal zoveel huidpreparaten naar een eerstelijns pathologisch-anatomisch laboratorium gestuurd als een jaar eerder, met een meer dan zevenvoudige stijging van het aantal melanomen. [6] Vermoed werd dat dit een direct gevolg zou zijn van de sproetenbus die in dat jaar langs de kust reed als experimentele screening. Bij nadere analyse bleek dit echter niet het geval: slechts één melanoompatiënt bleek direct via deze screening verwezen, bij de overige 14 melanomen speelde het indirecte effect van de begeleidende publiekscampagne wel een rol. De therapie bestond in die tijd uit excisie en overige behandelingsmethoden – zoals regionale perfusie, radiotherapie en chemotherapie – speelden slechts een ondergeschikte adjuvante en palliatieve rol. [7] De toepassing van monoklo-

nale antistoffen en van 'biological response modifiers' werden nauwelijks genoemd en de werkelijke betekenis van die methoden moest nog nader onderzocht worden. [8] Wat wel zichtbaar was in de 1990-jaargang was een verslag van de voordrachten tijdens de 252e vergadering van de NVDV, waarin een breed scala aan onderwerpen de revue passeert. [9]

DE AFGELOPEN 12 MAANDEN

'Dermatologen zijn bijzondere dokters', grapte de cabaretier Fons Jansen in de tweede helft van de vorige eeuw, 'Het zijn de enigen bij wie je de uitslag hebt vóór het onderzoek'. Nog altijd drijven vreemde plekjes mensen naar de dokter. En hoewel het diagnostisch instrumentarium van de huidarts de laatste decennia is uitgebreid, is de dermatologie nog steeds bij uitstek een kijk-vak. Het is dan ook niet verwonderlijk dat onze in het jaar 2000 gestarte en veelgelezen rubriek *Diagnose in beeld* regelmatig typische huidafwijkingen laat zien, waarvan de diagnose à vue gesteld kan worden: bij jong en oud, van onschuldige kwaaltjes tot levensbedreigende aandoeningen. [10-13] Ook de gevolgen van veranderende recreatieve trends worden belicht, terwijl er ook aandacht blijft voor de eeuwenoude psycho-dermatologie. [14,15]

1995 | 'Samen beslissen'



De noodzakelijke voorwaarde van een goede arts-patiëntrelatie is van alle tijden. Formalisering hiervan gebeurde via de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Daarbij hoort dat dermatoloog en patiënt in gezamenlijkheid een in 1995 beslissing nemen over het in te zetten behandeltraject, het zogenoemde shared decision making of 'samen beslissen'. 'Samen beslissen' is een herijking van de arts-patiëntrelatie die door veel dermatologen gaandeweg laagdrempelig is omarmd. Al wil circa een derde nog altijd dat de dokter bij voorkeur zegt wat de patiënt 'moet doen'.



Van links naar rechts:
33-2019, 19-2020, 3-2020, 46-2020.

Op onze uitnodiging blikten enkele dermatologen rond de laatste jaarwisseling terug op het afgelopen decennium, waarbij ze ook hun verwachting uitspraken voor de komende 10 jaar. [16] De verworvenheden van 'targeted' therapie en immunotherapie bij de behandeling van het melanoom, de effectiviteit van small molecules en biologicals voor ziekten als psoriasis en – op het invasieve vlak – de mogelijkheden van Mohs' micrografische chirurgie en nieuwe behandelmethoden in de flebologie hebben de recente ontwikkeling van de dermatologie in belangrijke mate gemarkeerd. Voor de toekomst zien ze een prominente plaats van biomarkers en 'machine learning'. Vooralsnog echter lijkt een app de dermatoloog nog niet te kunnen vervangen. [17]

DE TOEKOMST TEGEMOET

Wat leert ons dit historisch overzicht in vogelvlucht? De laatste 163 jaar vormen veel van dezelfde dermatologische aandoeningen nog steeds het hoofdmenu van huidafwijkingen voor dermatoloog en huisarts. De diagnostiek en behandeling zijn echter onvergelijkbaar en ook de laatste 30 jaar nog drastisch veranderd. Die vooruitgang in wetenschap en techniek heeft ons daarbij veel goeds gebracht, maar vraagt ook om een verstandige en doelmatige inzet daarvan. Niet alles wat kan zal ook in iedere situatie even effectief, noodzakelijk of wenselijk zijn. [18] Voorts moeten we bereid zijn om behandelingen die inmiddels niet effectief zijn gebleken ook daadwerkelijk te stoppen. [19] Dat geldt voor het gehele domein van de geneeskunde, inclusief de dermatologie (www.doenoflaten.nl), waarbij laagrisico patiënten veilig met veel minder dermatologische controles van een basaalcelcarcinoom toekunnen. Daarom zetten we ons ervoor in om meer aandacht te geven aan passende zorg. Daarnaast zal het NTVG blijven wat het al ruim anderhalve eeuw is: een breed, algemeen medisch tijdschrift dat lezers wil informeren over de ontwikkelingen in de geneeskunde, binnen maar vooral ook net buiten, maar wel met een link naar het eigen vakgebied. Juist omdat de huid de weerslag van zoveel systemische ziekten toont vormen NTVG en NTDV samen een ideale informatiebron voor de dermatoloog van de toekomst. Meer dan ooit immers zullen patiënten met dermatologische afwijkingen ook andere aandoeningen hebben die relevant zijn voor diagnostiek en behandeling. En meer dan ooit zal de huid een bonte landkaart van multimorbiditeit worden. Laten we elkaar dus nog lang op de huid blijven zitten.

LITERATUUR

1. Bijdragen betreffende huidziekten, met schimmelvorming. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1857;1:60-1.

2. Roseola-exantheem bij typhus. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1857;1:149.
3. Condylomata: pathologie en behandeling. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1857;1:203-5.
4. Rubeola wel te onderscheiden van morbilli en scarlatina. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1857;1:279
5. Hoogendoorn D. Het melanoom van de huid in de landelijke statistiek van doodsoorzaken en in de ziekenhuisstatistiek. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990;134:2034-8.
6. Bosch MM, Boon ME. Het maligne melanoom in een eerstelijns pathologische-anatomisch laboratorium in 1988 en het sproetenbusjaar 1989. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990;134:2051-4.
7. Rampen FHH, Ruiters DJ, Kroon BBR, Rümke Ph. Herziene consensus melanoom van de huid. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990;134:2031-3.
8. Neering H, Van Joost Th. Het melanoomprobleem in Nederland. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990;134:2027-8.
9. Van Everdingen JJE. Mededelingen van de Nederlands Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990;134:2505-12.
10. Van der Waa JD, Vredenburg AD. Een zuigeling met maculae en papels. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2020;164:D5098.
11. Van Berkum-Zandkamp N, Houwiong RH, Sanders-Koers RZ. Een 84-jarige man met een ulcus op zijn enkel. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2020;164:D4647.
12. Plug SG, Van Rooijen GL. Een vrouw met een zwarte nodus in de navel. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2020;164:D4991.
13. Sandberg Y, Sprenger R, Den Bakker MA. Een snelgroeïende huidtumor tijdens immuuntherapie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2020;164:D4557.
14. Van Munster IG, Baran KC, Van Trier T, Meij-de Vries A. Bevriezingswonden door recreatief lachgasgebruik. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2020;164:D4794.
15. Van der Bent SAS, Kemperman PM, Vulink NC, Hoekzema R. Morgellons, een 'sociaal overdraagbare' aandoening. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2019;163:D4109.
16. Spuls PI, Sanders CJG, Nijsten TEC. Dermatologisch decennium. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2019;163:DD4591.
17. D'Angremont E. App kan dermatoloog nog niet vervangen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2020;164:C4476.
18. Olde Rikkert MGM. We gaan op berenjacht. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2020;164:B1709.
19. Opstelten W. Onzinnige zorg. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2019;163:B1585.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Wim Opstelten en prof. dr. Marcel Olde Rikkert
E-mail: w.opstelten@ntvg.nl



Kantoorurespecialisme

Marjan Enzlin

Eén van onze dochters werd 20 jaar geleden geboren met een nauwelijks zichtbare vlek op haar schouder. Eigenlijk was het meer een verkleuring van de huid, zo licht dat de vlek – die een groot deel van haar schouder bedekte – pas na een paar dagen door ons werd opgemerkt. Ik besteedde er weinig aandacht aan, maar de vlek leek met het kind mee te groeien, werd donkerder en de arts op het consultatiebureau zei dat ik er toch eens een dermatoloog naar moest laten kijken.

Dat was begin van een tweejaarlijks uitstapje naar een alleraardigste dermatoloog, die vertelde dat het een reuzenmoedervlek betrof, die we in de gaten moesten houden. De vlek werd bekeken, opgemeten en gefotografeerd. Niet gehinderd door enige kennis van de materie leek het mij een goed plan om een vlek die later mogelijk kwaadaardig zou worden direct weg te halen, maar dat was geen goed plan, vertelde de dokter. De vlek was op de huid al zo groot als de halve schouder en vermoedelijk onder de huid nog groter. Weghalen tijdens de groei zou lastig zijn en was ook niet nodig. Gewoon tweejaarlijks laten controleren, het kind laten groeien en dan in een aantal operaties weghalen, was het advies.

Aldus geschiedde 17 jaar later. Onze dochter en haar dermatoloog, waren het erover eens. Al hadden ze elk een eigen

argument. 'Jij wilt van die lelijke vlek af', zei de dermatoloog turend door een soort vergrootglas 'en ik vind dat het medisch gezien tijd wordt, dus we vragen de plastisch chirurg hem weg te halen'. Vier operaties en bijna twee jaar later was de vlek vervangen door een groot litteken. Beslist geen kwestie van 'even een vlekje wegwerken', maar het kind, inmiddels bijna een jonge vrouw, was zeer gelukkig.

Zelf kwam ik als patiënt slechts één keer bij een dermatoloog. Nadat in een maand tijd drie keer iemand tegen me gezegd had dat er iets op mijn wang zat, ging ik het bedoelde moedervlekje eens wat beter bekijken. Het ding zat er al sinds ik me kon heugen, maar nooit eerder had iemand me erop gewezen, dus toen dat ineens wél gebeurde, realiseerde ik me dat er iets veranderd moest zijn. Dat was ook zo, bleek bij inspectie voor de spiegel. Het vlekje dat eerder vlak was, had



Marjan Enzlin: "Een vlekje wegwerken."

Hoofdredacteur Arts en Auto

het zich in korte tijd ontwikkeld tot een bultje, waarmee ik naar mijn toenmalige huisarts ging, voornamelijk omdat ik het lelijk vond. 'Haal maar weg', zei ik tegen de huisarts die ik had leren kennen als een dokter die kleine ingrepen graag zelf deed. Maar de huisarts stuurde me naar een dermatoloog. 'Omdat ik zeker wil weten dat het onschuldig is én omdat het in je gezicht is', beargumenteerde hij. 'We hebben niet voor niets specialisten.'

Eenmaal bij de dermatoloog werd ik gerustgesteld over de aard van mijn moedervlek bultje en in hetzelfde consult werd het verwijderd. Snel en netjes. *En passant* vroeg ik naar wat andere vlekjes op mijn huid, die door de dokter tot mijn schrik 'onschuldige ouderdomsvlekken' werden genoemd, waarna nog een opgewekt 'wen er maar aan, het worden er nog veel meer' volgde. 'En bedankt', zei ik 'ben ik op mijn veertigste net van mijn jeugdpuistjes af, krijg ik ouderdomsvlekken'. Enfin, tamelijk onbeduidend allemaal in vergelijking met werkelijke huidproblemen. Want de huid, en zeker de voor iedereen zichtbare huid, is behalve voor de weerspiegeling van de algemene gezondheid, voor sommigen een grote bron van zorg, pijn en schaamte. Nog afgezien van het feit dat een beschadigde huid ook *porte d'entrée* kan zijn voor enge bacteriën die we liever niet in onze bloedbaan hebben. Zo kwam een vriend van me, die zijn hele leven al lijdt onder heftig eczeem, eens op de intensive care terecht met sepsis, veroorzaakt door een bacterie die via zijn open gekrabde arm het lichaam binnendrongen was. Toen hij daarvan opgeknapt was, zorgde een dermatoloog ervoor dat de eczeem voortaan onder controle bleef en zich deze heftige gebeurtenis niet herhaalde.

Nog een voorbeeld. De aanvankelijk onbeduidend lijkende jeugdpuistjes van onze andere dochter, die zich in no time ontwikkelden tot een volledig ontstoken gezicht, waartegen huismiddeltjes en diverse antibiotica van de huisarts niet hielpen. Toen ze uiteindelijk bij een dermatoloog kwam, vloekte deze geïrriteerd dat ze veel eerder had moeten komen. Hij schreef haar vervolgens een heftige medicamenteuze therapie voor die een klein jaar in beslag nam en waarvoor ze maan-



delijks haar bloed moest laten controleren. Maar helpen deed het wel en behalve dat de pijn verdween, durfde onze dochter zich ook weer in het openbaar te vertonen. Over kwaliteit van leven gesproken.

Dermatologen worden niet altijd op waarde geschat door andere medisch specialisten, merk ik wel eens. Ooit zei een hippe chirurg, vol van zijn eigen specialisme, tegen me: 'Wie als basisarts een baan van 9 tot 5 ambieert, moet dermatologie kiezen; nauwelijks spoed en geen diensten'. Die man heb ik toen maar even verteld dat hij naar mijn mening het belang van dermatologen voor de kwaliteit van leven van patiënten onderschatte. Want als er iets goed mis is met ons grootste en meest zichtbare 'orgaan', maken juist dermatologen het verschil. En het lijkt mij tamelijk onbelangrijk dat ze dat doorgaans tijdens kantooruren doen.

CORRESPONDENTIEADRES

Marjan Enzlin

E-mail: marjan.enzlin@artsenauto.nl

1996 | Van kijken naar doen



De NVDV vierde haar eeuwfeest met een groot feest, een cabaret door en voor eigen leden en een rijk geïllustreerd gedenkboek. In die 100 jaar en vooral in de laatste 30 jaar daarvan, veranderde de dermatologie van een beschouwend vak, met af en toe nieuwe diagnostische loten aan de kijkstam, zoals dermatoscopie, confocale microscopie, steeds meer in een doe-vak. De operatieve dermatologie is een belangrijk onderdeel in de opleiding. Er is vrijwel geen dermatoloog meer die niet ook kan opereren. De Mohs' micrografische chirurgie is in 20 jaar tijd uitgegroeid tot de gangbare behandeling voor hoog-risico-BCC. De drie jongste dermatologische universitaire afdelingen in Nederland, te weten Rotterdam, Nijmegen en Maastricht (waar de enige RCT tot nu toe is verricht) droegen in belangrijke mate bij aan deze ontwikkeling. Ondertussen wordt deze behandeling ingezet voor andere huidkankers dan BCC.



Het jachtdomein van de spin

Ivo Smeele

30 Jaar is een serieuze leeftijd, dan gaat een medisch wetenschappelijk tijdschrift meetellen. Maakt het NTvDV dat waar? Een n=1 onderzoek laat zien dat, beoordeeld met de meetlat voor wetenschappelijke tijdschriften, het NTvDV goed scoort op de criteria wetenschappelijkheid, *need to know*, toegankelijkheid en aantrekkelijk vormgeving. Aandachtspunten zijn betrouwbaarheid en transparantie. Kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar de meningen van de lezers op deze punten is het mooiste cadeau dat de lezers en het NTvDV zichzelf kunnen geven.

30 Jaar is een serieuze leeftijd. In het leven vaak het moment van de grote toekomstbepalende stappen. Een goed moment om weer eens de meetlat langs het NTvDV te leggen, zoals ik als hoofdredacteur van het 60-jarige *Huisarts & Wetenschap* enkele jaren geleden op verzoek van de redactie eerder al mocht doen. Mijn instrumentarium (de meetlat) komt uit de uitgeverwereld. Die verkopen titels aan abonnees en adverteerders. Voor een (dokters)redactie die (vaak) navelstarend zichzelf de vraag stelt of de koers richting lezers nog de juiste is, kan een meetlat een uitstekend hulpmiddel zijn. Onthoud bij alles: de lezer staat centraal! En niet de auteur, hoe hard die ook zijn best heeft gedaan en teleurgesteld reageert als de redactie voorstelt het proefschrift, de vrucht van jaren ploeteren, te laten samenvatten in pakweg 1500 woorden. En evenmin de redactieleden die al hun vrije tijd en liefde in hun prachtige verenigingsblad stoppen.

Wat wil die lezer(es)? Die zit met het dilemma: waar de kostbare (lees- en scherm)tijd aan te besteden? Die tijd gaat bij voorkeur niet naar een lange zwaar wetenschappelijke tekst met een hoog zuchtgehalte maar naar compacte informatie die snel toegankelijk is. [1] Het spinnenweb (figuur) vat fraai samen wat de lezers graag willen. [2] Met deze meetlat in de

hand beoordeel ik (n=1) nummers van het NTvDV uit 2015 (eerdere jaargangen waren nog niet beschikbaar op de website) en leg dat naast enkele nummers uit 2020.

DE JARIGE DE MAAT GENOMEN

Wetenschappelijk en *need to know* staan bij een tijdschrift van een wetenschappelijke vereniging centraal. Met uitgebreide referenties, Nederlands en Engelstalige abstracts, een beoordeling door een onafhankelijke redactie die systematische en gestructureerd beoordeelt met een vastgesteld instrument en een *Embase* notering, scoort het NTvDV hierop hoog. Gemist wordt het originele onderzoek, hetgeen echter voor ons kleine taalgebied te hoog gegrepen is. En openden nummers in 2015 met pagina's vol met congresprogramma's, verengingsnieuws of abstracts, in 2020 zijn het volwaardige, korte op de praktijk gerichte artikelen die deugdelijk wetenschappelijk zijn onderbouwd, gericht op de volle breedte van het vak zoals venereologie, oncologie, inflammatoire huidaandoeningen, systeemziekten, cosmetische dermatologie, organisatie van dermatologische zorg, et cetera. Daarmee scoort ook *need to know* absoluut hoog, voor zover ik als huisarts kan beoordelen. Met titels als nieuwe ontwikkelingen bij psoriasis, maar ook actuele COVID-19 artikelen, al geplaatst in het vier-



Figuur. Links: Lezers(huisartsen)oordeel uit 2018 over 6 medische titels gericht op huisartsen. (n=755) Rechts: Lezeroordeel NTvDV (n=1).

Huisarts/hoofdredacteur *Huisarts & Wetenschap*

de nummer van 2020! Daarin is de impact van deze crisis voor de dermatologie goed neergezet, met de (beperkte en vergankelijke) kennis van dat moment. Lees het NTvDV en je bent bij in het vak en de ontwikkelingen. Wetenschappelijk en *need to know* scoren voor mij een 8.

BETROUWBAARHEID

Het NTvDV oogt betrouwbaar. Geschreven door zowel aankomende, praktiserende als vooraanstaande collega's en wetenschappers. Beoordeling vindt plaats door de collega's in de redactie. Peer review is er echter niet, noch is er een discussiepagina op de site waar de artikelen staan en lezers op kunnen reageren. En hoe het met de belangen zit, is niet altijd duidelijk, bijvoorbeeld bij de cosmetische dermatologie, waar een artikel over de complicaties bij fillers vragen oproept, met name over mogelijk strijdige belangen. Bij betrouwbaarheid hoort (transparantie ten aanzien van) belangenverstrengeling. Een complexe discussie. Bij de meest artikelen staat hier niets over, en als er iets staat is dat meestal "geen". Ook bij het advies van een domeingroep met een standpunt over een (toch niet al te goedkope) biological staat daar niets over vermeld. Een kleine zoektocht in het transparantieregister levert toch lange lijsten aan vergoedingen op bij de meerderheid van de auteurs in het NTvDV. [3] Een zesje, geef ik als score op dit criterium.

DIEPGANG

Diepgang is voor de dermatologie natuurlijk een extra uitdaging uit de aard van het vak. De huid is de oppervlakte, maar daaronder gaat een wereld (van zowel lichaam als geest) schuil. U kent ze wel: "Ik krijg de kriebels ...van die man in mijn slechte huwelijk, mijn collega op het werk". Als huisarts vraag ik mij wel eens af of er voldoende aandacht en voldoende onderzoek daarnaar is en het NTvDV daarover voldoende publiceert, buiten de voorzichtige aanzet daartoe in het recente oktober nummer. Diepgaand willen zijn, is natuurlijk voor elk wetenschappelijk tijdschrift het dilemma. Het NTvDV worstelt zich hier doorheen met goed onderbouwde en diepgaande maar toch korte artikelen. Waren de stukken in 2015 nog 3-4 pagina's met meer dan 2000 woorden, nu is bijna alles 2 max 3 pagina's lang in druk, met maximaal 1200 woorden. Een topprestatie want zoals de Franse filosoof Blaise Pascal (1623-62) schreef: "Je n'ai fait cette lettre - ci plus longue que parce que je n'ai pas eu le loisir de la faire plus courte". [4]



Klein minpuntje in de diepgang is de literatuurlijst die soms pas na drie weken online te raadplegen is. Een dikke 7.

ONAFHANKELIJKHEID

Dat kan, zoals gesteld, wel een tikkeltje transparanter. 50% van de advertenties zijn van firma's die de prijzige biologicals verkopen. Er lijkt een strakke scheiding te zijn tussen de onafhankelijke redactie die over de inhoud gaat en de uitgever (de Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie) die de zakelijke kanten beheert en de contacten heeft met de adverteerders. Prijzenswaardig is de open discussie over sponsoring van nascholing in nummer 4 van 2020. Een discussie die aanzet tot nadenken. Een 7.

TOEGANKELIJKHEID

Moest de lezer(es) zich in 2015 langs champagne, geklaag over ICT en DBC's en programma's van congressen een weg proberen te banen door het tijdschrift, anno 2020 wordt de

1997 | Verhuisdozen



Het aantal ziekenhuizen is in vijftig jaar teruggelopen van circa 100 naar 70. In 1997 hadden de Nederlandse ziekenhuizen bij elkaar opgeteld bijna 60.000 bedden. Thans nog geen 40.000. Tegelijkertijd is dermatologische zorg voor patiënten verschoven van klinische naar poliklinische behandeling en zijn er steeds meer zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Sommige ZBC's zijn zo voorbeeldig ingericht dat ziekenhuizen hierna(ar) weer hervormden.

lezer(es) door de sublieme Fokke en Sukke gedwongen in ieder geval het NTvDV uit de folie te halen. Chapeau voor het binnenhalen van Fokke en Sukke, en wees er zuinig op. De heren kunnen ineens vertrokken zijn en het binnenhalen van een cartoonist in een wetenschappelijk tijdschrift is geen sinecure. De *editorials* zijn geen verkapte inhoudsopgave en de pakkende leads trekken de lezer het artikel in. Verbeterpuntje: laat de lead echt de lead zijn, net als bij de kranten en durf de content weg te geven, de (geïnteresseerde) lezer(es) kiest dan zelf om verder te lezen. Net als de brief aan de huisarts, conclusie en beleid graag bovenaan. De *personal touch* ("maak kennis met") bevordert de toegankelijkheid van zowel het NTvDV als van de auteurs (het zijn net gewone mensen met *guilty pleasures*). En dat alles onder het motto 'Beter goed gejat en dan slecht bedacht'. Een 8 voor toegankelijkheid.

SCHRIJFSTIJL

De schrijfstijl is ten opzichte van 2015 veel actiever, compacter, vlotter en eenvormiger geworden. En zonder de klassieke kopjes (methoden, resultaten) maar meer inhoudelijk. Goed voor de lezer(es) om snel de kern te pakken. De vormgeving is sterk verbeterd. Rustige bladspiegel, inspringende leads, heldere doch rustige tussenkopjes, mooi kader voor de samenvatting (tip, publiceer de Engelse samenvatting alleen op het web), voldoende beeld (pijltjes om de lezer de weg te wijzen?), afdoende functioneel wit en ook de witte voorkant geeft rust (tip, nog eens aan een logo denken in plaats van een vijf woorden tellende titel?). Beiden een 7.

HET CADEAU

Overall een ruime 7,5 tot 8 voor het NTvDV. Chapeau, er is hard gewerkt en het resultaat mag er zijn, is de conclusie uit dit n=1 onderzoek. Cadeausuggesties voor de volgende verjaardag? Allereerst, ga zo door!

En verder? De tijdgeest vraagt meer digitaal. Doorlopend en *online first* publiceren en communiceren met de lezer(es)(en) via website en digitale (wekelijkse) nieuwsbrief. Interactiviteit via reactiemogelijkheid bij de digitale artikelen. Door *DermaPodcast* onderweg in de auto gezellig doch serieus bijgepraat worden over de laatste ontwikkelingen gebaseerd op de artikelen in NTvDV. [5] Een goed functionerende zoekfunctie op de website. De lead in *the lead* zetten, de samenvatting naar web-only, belangverstengeling wat transparanter, meer korte nieuwsberichten over relevante ontwikkelingen.

De meeste medische tijdschriften hebben de volwassenheid van het 30-jarige NTvDV pas bereikt op hun 60^e of 100^e verjaardag. Voor 30 lentes telt het NTvDV serieus mee.

Cadeautip voor lezers? Oordeel, reageer, vul enquêtes in en geef de redactie een met elkaar gemaakt spinnenweb.

LITERATUUR

1. www.henw.org/artikelen/hw-lezen-werk-maar-wel-leuk-werk-geraadpleegd-20-oktober-2020
2. www.henw.org/artikelen/lezers-tevreden-over-nieuwe-hw-geraadpleegd-20-oktober-2020
3. www.transparantieregister.nl/geraadpleegd-15-oktober-2020
4. www.twainquotes.com/Letters.html geraadpleegd 20 oktober 2020
5. www.huisartspodcast.nl/henw/geraadpleegd-20-oktober-2020



Ivo Smeele: "De tijdgeest vraagt meer digitaal."

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Ivo Smeele

E-mail: i.smeele@nhg.org

1998 | Biologicals



Infliximab (Remicade®) was de eerste biological in de dermatologie. Het kwam in 1998 op de markt voor de behandeling van mensen met psoriasis. Er volgden nog vele andere. Behalve psoriasis zijn er nu ook biologicals voor eczeem, hidradenitis suppurativa en chronische spontane urticaria. De klinische dermatologie heeft hierdoor niet alleen een ander gezicht gekregen, voor veel patiënten met deze chronische huidaandoeningen is het leven drastisch veranderd.



Verborgen dermatologie in de schilderkunst

Een beenwond, Venetiaans ceruse en de dood in bad

Hans C. Ablij

Huidaandoeningen liggen letterlijk aan de oppervlakte. Geen wonder dat huidaandoeningen terug te vinden zijn in kunstwerken en dan op vooral schilderijen. Het vergt dan een geduldig en een geoefend oog te ontdekken om welk dermatologische euvel het gaat. Er zijn echter ook schilderijen waarop de huidaandoening niet zichtbaar is in de verflaag, hoe lang en secuur je ook kijkt. Het aandachtig zoeken moet zich dan richten op de geschiedenis van de persoon in kwestie. In de volgende voorbeelden komen we dan terecht in de tijd van de Tudordynastie in het Engeland van de zestiende eeuw en in de tijd van de Franse Revolutie.

Hoeveel tijd en liefde een kunstenaar in zijn kunstwerk steekt, zo weinig tijd nemen we soms om bij een kunstwerk stil te staan. We kijken, aanschouwen en bewonderen, de ene keer van een afstand, dan weer met het hoornvlies bijna tegen het canvas of het marmer om de details vol verwondering tot je door te laten dringen. Sommige kunstwerken worden goeddeels genegeerd bij een gang door het museum: te veel te zien en te weinig tijd. Er zijn ook schilderijen die je maar moeilijk loslaten en waar je het liefst binnen zou willen stappen, als figurant of toeschouwer. Je wilt de personen op het doek horen praten en lachen, je wilt het eten ruiken dat op tafel staat, op een zeventiende eeuwse kruk gaan zitten om een hapje mee te eten, de muziek horen die gespeeld wordt. Kortom, je wilt deel worden van de handeling. Ieder kunstwerk heeft meerdere verhalen in zich, waarvan het onderwerp van het kunstwerk er maar één van is. Er zijn vele verhalen te ontdekken achter het kunstwerk, bijvoorbeeld die van het leven van de kunstenaar zelf, of de reden waarom hij het kunststuk maakte. Er zijn ook onderwerpen waarbij er onder de eerste verflaag een onverwacht verhaal zit. En als je hierin gaat verdiepen, kun je zomaar worden meegezogen in de geschiedenis van de persoon op het doek en de periode waarin hij of zij leefde. Ook dáár ligt, naast verwondering en genot, de kracht van kunst: verder kijken dan je neus lang is en jezelf het plezier gunnen om de geschiedenis van de kunstenaar, het kunstwerk en het onderwerp te achterhalen, waarbij de achtergrond tegen welke en omstandigheden waaronder het werk is ontstaan vrijwel zonder uitzondering de moeite waard zijn om je in te verdiepen.

In 1992 hebben dermatoloog Marianne Crijns en kunsthistoricus Riek van Leeuwen in het boek *Huidziekten in de beeldende kunst* een prachtig overzicht gegeven van dermatologische



aandoeningen in de beeldende kunst, en dan vooral in de schilderkunst. Het boek is geïllustreerd met tal van voorbeelden en beschrijft uiteenlopende periodes, van de middeleeuwen tot de moderne tijd. Soms was de huidziekte zelf het onderwerp, maar meestal betrof het 'toeval', omdat degene op het doek een huidaandoening had die nu eenmaal zichtbaar was en in het blikveld van de kunstenaar lag. De huidaandoeningen liggen letterlijk altijd aan de oppervlakte, waarbij het soms overduidelijk is waaraan de persoon leed, maar waarbij

Internist Alrijne Ziekenhuis en redacteur *Interne Geneeskunde*

soms ook geduld en een geoefend oog nodig is om te ontdekken waar het dermatologische euvel zich bevindt. Er zijn ook schilderijen waar de huidaandoening van het betreffende onderwerp in het geheel niet in de verflaag te vinden is, hoe lang en secuur je ook kijkt. Het aandachtig zoeken zal zich dan moeten richten op de geschiedenis van de persoon in kwestie. In de volgende voorbeelden komen we dan terecht in de tijd van de Tudordynastie in het Engeland van de zestiende eeuw en in de Franse Revolutie.

HENRY VIII, MEDISCH DETECTIVE MET EEN DERMATOLOGISCH LUCHTJE

Henry VIII kwam in 1509, op 15-jarige leeftijd, als tweede Tudorkoning op de troon van Engeland. Zijn vader had in 1485, tijdens de slag bij Bosworth, de Engelse kroon veroverd van Richard III (Wars of the Roses).

Henry was als jongvolwassene knap, atletisch, innemend en intelligent, én hij was geïnteresseerd in kunst en wetenschap. Naarmate hij ouder werd, veranderde hij echter van karakter. Hij werd in toenemende mate achterdochtig en wreed naarmate de jaren verstreken. Anna Boleyn, zijn tweede echtgenote en moeder van de latere koningin Elizabeth I, werd in 1536 onthoofd. Filosoof en humanist Thomas More, een van Hendriks intiemste vrienden en belangrijkste adviseur tijdens zijn beginperiode als koning, eindigde een jaar eerder op het schavot. In 1542 liet Henry ook zijn vijfde vrouw, Catherine Howard, op 19-jarige leeftijd onthoofden. De redenen waren divers: Anna Boleyn werd beschuldigd van overspel en incest met haar broer, Thomas More werd veroordeeld voor zijn openlijke kritiek op Henry's scheiding van Catherine van Aragon - hetgeen de stichting van de Anglicaanse Kerk inluidde, en de ietwat onnozele en flirterige Catherine moest een vermeende buitenechtelijke relatie met de dood bekopen. Bij de reconstructie van de levensloop van Henry vallen dus zijn veranderde fysionomie en toenemende hardvochtigheid op. Als we zijn portretten op chronologische volgorde naast elkaar zetten, zien we het historisch bewijs dat zijn lichaamsgewicht hand over hand toenam. Op de laatste twee schilderijen van Hans Holbein de Jongere is de koning nog redelijk flatteus afgebeeld, maar de beschrijvingen van tijdge-



noten laten geen twijfels bestaan over de werkelijk omvang van Henry. Wat ook opvalt, is dat zijn extremiteten in deze gewichtstoename gespaard blijven, én dat zijn kleine mond en dunne lippen dezelfde zijn als op het schilderij waar hij als de jonge tiener, Arthur Tudor, Prince of Wales, staat afgebeeld. Wat we echter niet zien op de schilderijen, is de chronische wond aan één van zijn onderbenen waar hij al jaren door werd geteisterd. Wat was begonnen met kleine kneuzing na een val van zijn paard tijdens een ridderspel, ontwikkelde zich in de jaren erna als een kwalijk riekende en etterende beenwond die almaar groter werd en geen enkele geneezingsten-

1999 | EADV-congressen



In 1999 werd in Amsterdam het 8e *European Academy of Dermatology and Venereology* Congres georganiseerd. Dit congres trok ruim 4000 bezoekers uit 85 landen van binnen en buiten Europa. Het was niet alleen wetenschappelijk, maar ook financieel een groot succes. In 2014 werd dat nog eens dunnetjes overgedaan. Het 23ste EADV-congres werd wederom in Amsterdam gehouden met Bibi van Montfrans als motor acht de schermen. Dit congres trok toen bijna 14.000 bezoekers. Voor het eerst meer dan de AAD-meeting in de Verenigde Staten. Vermeldingswaardig is ook dat dat Nederland na Roemenië het land is met de meeste EADV-leden (niet procentueel, maar absoluut!).

dens liet zien. Het been moest op enig moment vrijwel dagelijks worden verbonden en de stank die daarbij vrijkwam was niet te harden. Voor de tiener Catherine Howard zal dit mogelijk tot walging hebben geleid en haar seksuele opwindning voor de koning in de kiem hebben gesmoord. Als we alles op een rijtje zetten en als medisch detective een schuldige willen aanwijzen, dan komen we hoogstwaarschijnlijk uit op de ziekte van Cushing: overgewicht met normale ledematen en een vollemaansgezicht. De beenwond werd mogelijk veroorzaakt door necrobiosis lipoidica bij diabetes mellitus, al dan niet gepaard gaande met secundaire infecties. Maar daar is, zoals gezegd, niets van te zien op de schilderijen. Henry staat er fier bij, alsof er geen vuiltje aan de lucht is, met onder zijn linker knie de Orde van de Kouseband.

DE VERBLEKING VAN ELIZABETH I

Na de dood van Henry VIII in 1547, volgde zijn jongste zoon hem op als Edward VI. De negenjarige nieuwe koning van Engeland was de zoon van Henry's derde vrouw, Jane Seymour. De goedhartige en protestantse Edward was ziekelijk en overleed al op 16-jarige leeftijd, waarschijnlijk aan tuberculose. Hij werd - tegen zijn uitgesproken wens die hij voor zijn dood meerdere malen uitte - opgevolgd door de fanatieke katholieke Mary I Tudor, de enige dochter uit het huwelijk van Henry VIII en Catherina van Aragon. Haar bijnaam 'Bloody Mary' heeft ze te danken aan de vervolgingen en vele executies van protestanten die plaatsvonden tijdens haar regeerperiode. Na 11 jaren van hardvochtig bewind tegen alles wat protestants was, overleed ze in 1558. Elizabeth, de dochter van Henry VIII en Anna Boleyn, was 25 jaar toen ze de kroon van Mary I overnam. Ze was overtuigd protestants, maar van religieus fanatisme moest ze niets hebben. Ze kan beschouwd worden als de eerste verlichte vorst van Engeland die alle Engelsen wilde verenigen, ongeacht hun religieuze overtuigingen. Met Henry VIII als vader konden Mary en Elizabeth niet bepaald terugkijken op een harmonieus en liefdevol gezinsleven. Elizabeth verloor op 3-jarige leeftijd haar moeder en Mary werd haar moeder grotendeels ontnomen doordat Catherina van het hof werd verbannen, om vervolgens haar leven te slijten in een kasteel ver buiten London. De protestantse Elizabeth en de katholieke Mary hadden dus een familieband die door religie en intriges uit elkaar werd getrokken. Mary heeft zelfs met de gedachten gespeeld om Elizabeth te verbannen of zelfs te laten executeren. Daar is het niet van gekomen. De bloedband die ze hadden en hun doorgemaakte getroebleerde jeugd, waren mogelijk de oorzaken dat Mary aan het eind van haar leven toenadering zocht tot haar halfzus en haar opvolging op zijn beloop liet.

Er zijn vele portretten van koningin Elizabeth I geschilderd. Als tiener en jonge vrouw wordt ze met haar rossige haar en slanke gezicht en gestalte, als een goede partij voor eventuele huwelijkskandidaten afgebeeld. Velen hebben naar haar hand gedongen in haar jonge jaren - en ook later - niet in de laatste plaats om een koninklijke en machtige alliantie te smeden met Engeland. De Virgin Queen is echter altijd vrijgezel gebleven en met haar dood kwam er een einde aan de Tudordynastie. Op latere schilderijen lijkt haar gezichtshuid



steeds meer te verbleken. Hoewel Engelsen van zichzelf al wat aan de bleke kant zijn, speelt er bij Elizabeth nog wat anders. In 1562, toen ze 29 jaar was, kreeg ze hoge koorts en werd ze ernstig ziek. Gedurende een week hing haar leven aan een zijden draadje en was men op de achtergrond al bezig met haar opvolging. Hoewel Elizabeth het aanvankelijk niet wilde geloven, bleek de diagnose pokken te zijn. Ze overleefde de ziekte ternauwernood, maar wat niet overleefde was haar schoonheid. De pokken hadden zichtbare sporen achtergelaten in haar gezicht. Om dit te bedekken smeerde ze haar gezicht in met Venetiaans ceruse, een mengsel van water, azijn en lood, dat men in de zestiende eeuw gebruikte als cosmetisch bleekmiddel voor de huid. De witte kleur werd veroorzaakt door het witlood dat in het mengsel zat. Veelvuldig en langdurig gebruik was niet ongevaarlijk, waarbij ernstige huidafwijkingen en haaruitval vrijwel altijd als bijwerkingen optraden en loodvergiftiging tot de dood kon lijden. Het blijft speculatief of Elizabeth daadwerkelijk Venetiaans ceruse heeft gebruikt, of toch misschien een ander wittend middel. Ze is tenslotte 67 geworden, wat pleit tegen chronisch gebruik van lood. Hoe dan ook, de toenemende witte kleur van haar gezicht op de schilderijen die na haar dertigste zijn gemaakt, pleit voor het gebruik van enig middel om haar littekens te verbergen - en om haar schoonheid te vereeuwigen.

MARAT EN DE DOOD IN BAD

De onverzoenlijke journalist en jakobijn Jean-Paul Marat voedde met zijn geschriften en vurige toespraken de bodem die tot de bloedigste periode uit de Franse Revolutie leidde: Le Terreur. Duizenden (vermeende) tegenstanders van de revolutie werden guillotineerd tijdens dit jakobijnse schrikbewind. De hoeveelheid bloed die aan de handen van Marat kleefde, deed niet onder voor de hoeveelheid bloed aan de handen van Robespierre, Danton en Saint-Just, om er maar eens een paar te noemen. Schuld was in deze periode niet van belang, dat was de stellige overtuiging van Marat. De collaterale schade van de dood van onschuldigen zou uiteindelijk rust, vrijheid en geluk garanderen voor de rest van het volk. Uiteindelijk moesten ook de koppen rollen van Louis XVI en zijn echtgenote Marie-Antoinette, niet op instigatie van

Robespierre, die de executie van de Bourbons onverstandig vond, maar door de opstelling van de hardvochtige Marat. Marats uitzinnige radicalisme en moordlust begon zich na 1793 tegen hem te keren. Er kwam vooral protest en tegenstand vanuit de hoek van de girondijnen, een gematigder factie, maar zeker niet zachtzinnig. De girondijnen dolven het onderspit in de machtsstrijd die ontstond, hetgeen uiteraard resulteerde in de onthoofding van de leiders. Marat werd steeds meer vermeden in de schizofrene angstcultuur die er heerste, waarbij iedereen iedereen kon aanwijzen als antirevolutionair en met de wijsvinger een doodvonnis kon vellen. En zelfs Danton vermeed Marat - en terecht, bleek later -, niet alleen uit politieke overwegingen of angst, maar ook door de zure stank die Marat met zich meedroeg. Marat had al enkele jaren te kampen met een huidziekte die mogelijk was ontstaan in 1790, toen hij een tijdje ondergedoken zat in de Parijse riolen. Zijn aandoening ging gepaard met blaarvorming en een onbedwingbare jeuk over zijn gehele lichaam. Om het overdag enigszins draaglijk te maken had hij regelmatig doeken bij zich, gedrenkt in azijn. Hij legde die dan over zijn hoofd en gezicht om de pijn te verzachten en de jeuk te verminderen, waarbij mogelijk het warme badwater ook een rol speelde in zijn snelle dood. Als hij thuis was bracht hij zijn tijd grotendeels door in bad. Dit was blijkbaar de enige manier om de symptomen tegen te gaan en hem enig comfort gaven. Zijn bad was zijn werkplek, maar werd ook zijn doodsbad. Op 13 juli 1793 lukte het de girondijnse Charlotte Corday om onder valse voorwendselen Marats kamer te betreden, zogenaamd om een lijst met antirevolutionairen op te stellen. Tijdens het dicteren van de namen was één diepe steek met een keukenmes in Marats borst voldoende; hij overleed vrijwel direct, mogelijk ook door toedoen van het warme badwater. Corday werd opgepakt en eindigde enkele dagen later onder de guillotine. De dood van Marat is door verschillende kunstenaars op doek gezet. Het schilderij van zijn vriend Jacques-Louis David, zelf een jakobijn van de radicaalste soort, is echter het meest oorspronkelijke. De twee waren goede vrienden en zij hadden dezelfde ideeën over de revolutie en de toekomst van Frankrijk. David was de dag voor de moord nog bij Marat op bezoek gegaan. Het bad, de doeken over het werkblad, het doek om zijn hoofd, het houten tafeltje met daarop het potje inkt en de schrijfveer; David heeft het tafereel geschilderd zoals hij het de vorige dag nog herinnerde, toen Marat nog levend en wel in bad lag. En op het schilderij hangt de dode Marat met hoofd en arm buiten het bad. Een herdefiniëring van een stilleven.

Er is een brede differentiaaldiagnose van Marats huidaandoening: eczeem, dermatitis herpetiformis, een geslachtziekte, schurft enzovoort. Omdat de klachten begonnen na zijn verblijf in de Parijse riool - in ieder geval volgens Marat zelf en er is weinig reden om aan zijn verhaal te twijfelen - is de meest waarschijnlijke verklaring dat er sprake was van een schimmelinfectie, waarbij secundaire bacteriële infecties de zaak verergerde.



Alle bovenstaande dermatologische diagnoses zijn speculatief. Het is niet meer te achterhalen aan welke (huid)ziekten de bovengenoemde personen daadwerkelijk hebben geleden. Dat kan ook niet met de gebrekkige informatie die we tot onze beschikking hebben. En bovendien: dermatologie is een visueel vak en naar kunst kijken is een visuele bezigheid. Als de huidaandoening niet in de verflaag zit, dan is er geen huidaandoening. Of misschien toch wel, maar dan moet je ook achter het schilderij kijken. Je stapt dan tijdelijk uit de wereld van de dermatologie, maar dat is ook de bedoeling en het mooie van kunst.

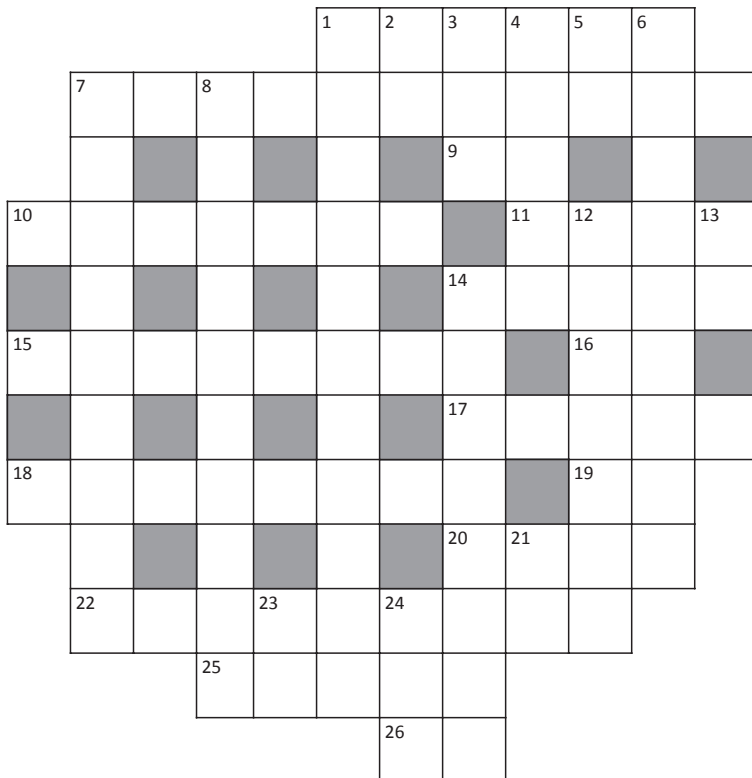
CORRESPONDENTIEADRES

Ir. Hans C. Ablj
 E-mail: hcablij@me.com



Dermacryptogram

J.J.E. van Everdingen



Horizontaal

1. Beroepsgroep die in coronatijd van tijd tot tijd onaangenaam van zich liet horen (6)
7. Perineum (6+5+2+5)
9. Leeg (2)
10. Zie 7.
11. Nederlandse stroming met Duitse wortels (4)
14. Vingerwijzende maat bij melanoom (5)
15. Knoeien met veelvoud van 24 verticaal (8)
16. Netwerk van buisjes en zakjes en onderdeel van 24 verticaal (2)
17. Dermatoloog die NVDV verliet (5)
18. Dekmantel (8)
19. Vooral (2)
20. Familie van 11 horizontaal in Spanje (4)
22. Vermoeden dat volgt op 14 horizontaal (9)
25. Universele wondheler (mv) (5)
26. Straling waar CPLD zich druk om maakt (2)

Verticaal

1. Van warmte voorzien (11)
2. Zonder non (2)
3. Maat die men zichzelf toekent (3)
4. Lange stukken huid (5)
5. Samen met elkaar (2)
6. Maatstaf (9)
7. Beleg van extreem gerichte dermatologen (9)
8. Rode rotsformatie in dermatologenland (10)
12. Standvastig persoon (7)
13. Maat voor spreiding (2)
14. Waar Coronavrezers (niet) naar uitkijken (8)
21. Afgekeurd (2)
23. Witte jas (2)
24. Bouwsteen van de huid (3)

Zie voor de oplossing, pagina 42

Directeur NVDV

2000 | Richtlijnen en domeingroepen



Om kwalitatief hoogstaande dermatologische zorg te kunnen leveren, zet de NVDV verschillende instrumenten in, zoals multidisciplinaire richtlijnen met inbreng van patiënten- en aanpalende verenigingen, uitkomstenregistraties, kwaliteitsvisitaties, accreditatie, (na)scholing en voorlichting. Richtlijnen vormen de basis van het kwaliteitsbeleid. In 1997 werd de commissie Richtlijnen opgericht, onder voorzitterschap van Martino Neumann. In 2000 ging de commissie Richtlijnen op in de Kwaliteitsraad van de NVDV onder voorzitterschap van William Faber. De NVDV heeft met ruim 25 richtlijnen circa 90% van de dermatologie gedekt. Het modulaire onderhoud is belegd bij 12 domeingroepen, opgericht tijdens het bestuursvoorzitterschap van Roland Koopman: Allergie-eczeem, Anogenitale dermatosen, Cosmetische dermatologie, Dermatochirurgie en lasers, Dermatotherapie, Haar en nagels, Huidinfecties en soa, Inflammatoire dermatosen, Kinderdermatologie, Oncologie, Pigmentstoornissen en Vaten. De NVDV kent daarnaast diverse werkgroepen voor onderdelen van dermatologie, zoals Tropische dermatologie (gestart in 2000) en Geschiedenis van de dermatologie (gestart in 2011).



Dermatologie en reumatologie: goede burenen!

Willem Lems

Graag wil ik beginnen met het feliciteren met het bereiken van de 30e jaargang van het *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie* (NTvDV). Er zijn natuurlijk felicitaties voor de huidige hoofdredacteur, dr Rob Beljaards, maar evenzeer voor de voorgaande hoofdredacteurs, de huidige en eerdere redactieleden, de uitgever en uiteraard de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie.

Dertig jaar is een leeftijd waar mensen vaak even bij stilstaan. Vorige zomer bereikte onze dochter die leeftijd, en voor haar voelde dat toch een beetje alsof haar jeugd aan het voorbijgaan was. We kochten een extravagante feestjurk voor haar; zo kon ze het middelpunt zijn van een groot feest in een enorme fabriekshal in Amsterdam-Noord, in aanwezigheid van veel leeftijdsgenoten en familie. Dat kon toen nog ...

DEEL 1. OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN

Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen het Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie en het Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie? Wat kunnen we van elkaar leren?

Als hoofdredacteur van het *Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie* (NTvR) kijkend naar het NTvDV, ben ik onder de indruk van de huidige oplage met 10 nummers per jaar, elk met ruim 50 pagina's. Dat is aanzienlijk meer dan het NTvR dat slechts viermaal per jaar verschijnt (in een oplage van 800; het NTvR is in de 23^e jaargang). Het verschil tussen vier en tien is fors; de uitgever van het NTvR deed door de jaren heen pogingen het aantal nummers per jaar op te hogen naar 6 of 8 per jaar, omdat dit een flinke toename aan advertentie-inkomsten zou betekenen. De redactie van het NTvR was altijd afhoudend: we hebben onze handen vol aan 4 nummers per jaar, meestal overigens wel met 70-80 bladzijden per nummer.

Het NTvR is voor zijn inkomsten afhankelijk van sponsorgelden, leden krijgen het blad gratis toegezonden, en niet-leden moeten ervoor betalen. Dat is niet anders dan het NTvDV. Niet alleen het aantal nummers per jaar verschilt, ook de financiering. Overeenkomsten zijn er ook: beide tijdschriften hebben een hoofdredacteur, een goede en breed georiënteerde redactie, inclusief aios-vertegenwoordiging. Beide tijdschriften drijven inhoudelijk op een balans tussen wetenschappelijke artikelen, verenigingsnieuws, en rubrieken zoals de mens achter de dermatoloog/reumatoloog.



Willem Lems: "Samenwerken met in de buurt een prima koffieapparaat."

Wetenschappelijke artikelen krijgen in het NTvR vaak gestalte via interviews met recent benoemde hoogleraren of andere kopstukken uit de vereniging, naast de rubriek 'promoties', zijnde meestal 3 per editie. De voorbereiding van beide soorten artikelen gebeurt zorgvuldig: een ervaren journalist gaat op pad met een lijstje interessante vraagstellingen rondom carrière en plannen van de hoogleraar/het kopstuk, en de promovendus krijgt een lijst met prikkelende vragen rondom het proefschrift voorgelegd, meestal gericht op de klinische praktijk.

Reumatoloog in Amsterdam UMC, locatie VUmc, en in Reade. Tevens hoofdredacteur van het *Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie*

Uiteraard bevat het NTvR ook verenigingsnieuws: als het bestuur vertegenwoordigd is in de redactie komen de ideeën voor artikelen vanuit de vereniging als het ware vanzelf, maar nu is dat tijdelijk niet het geval. Gelukkig houdt het huidige bestuur de ogen en oren goed open, dus momenteel loopt dat goed. Maar op de lange termijn is dit in mijn ogen toch in aanleg een achilleshiel.

Tenslotte: de NVR wordt steeds groter, er zijn ook rubrieken als *de Jonge Klare*, wie komt waar terecht en welke extra functies worden vervuld binnen de vakgroep, respectievelijk het ziekenhuis? Recent begonnen we met een rubriek *de gepensioneerde reumatoloog* waarin auteurs, meestal met trots, terugkijken op hun carrière, en de lezer inzicht verschaffend in 'life after rheumatology'.

Laten we een kijkje nemen in de keuken van de redactie van het NTvR: de redactie bestaat uit 2-4 reumatologen, 1 of 2 aios, een vertegenwoordiger van fysiotherapie, verpleegkunde, soms ook een ergotherapeut, de uitgever en een secretaresse. De redactie is volstrekt onafhankelijk in de keuze van de artikelen, er is geen inmenging van het bestuur. Tweemaal per jaar is er een vergadering met de gehele redactie, en tweemaal met de kernredactie bestaande uit twee reumatologen (dr Pit Kerstens en ondergetekende), aangevuld met uitgever en secretaresse. Tijdens de redactievergadering worden alle artikelen van het eerstvolgende nummer besproken: er is geen echte *peer review* met substantiële kans op afwijzing, wel screent de hele redactie een ingeleverd manuscript op mogelijke zwakkere plekken die verbetering behoeven. Bij verbeteringen moet men denken aan verheldering van de tekst, scherpere of meer figuren, correctie van typo's en het stroomlijnen van namen en affiliaties van auteurs. Soms rijst de vraag of bij een manuscript een farmaceutische industrie betrokken is. We letten daar de laatste jaren steeds scherper op in een streven naar meer transparantie.

Het tweede deel van de vergadering bestaat uit brainstormen over de komende twee nummers, waarna iedereen met een aantal taken huiswaarts gaat. De andere twee vergaderingen zijn alleen met de kernredactie; de overige redactieleden leveren hun opmerkingen schriftelijk in. Tot voor kort waren de twee vergaderingen met de gehele redactie in een gezellige entourage: behalve werken aan het tijdschrift was er ook



ruimte voor gezelligheid en informele contacten. Zelf vond ik dat wel reëel gezien de inspanningen van betrokkenen om het tijdschrift viermaal per jaar in de lucht te houden, maar momenteel kan dit niet vanwege de COVID-bepalingen.

Het NTvR is dus in de 23^e jaargang, met nog steeds dezelfde uitgever en twee kernreumatologen (PK en WFL), en dezelfde structuur met health professionals en inmiddels ook met aios. De layout is twee keer structureel aangepast en gemoderniseerd; voor het laatst in 2018. Een potentiële bedreiging is de financiële steun van de farmaceutische industrie: vermindert die of valt die weg, dan is een andere vorm van financiering noodzakelijk.

In de beginjaren was het moeilijk om auteurs te enthousiasmeren en collegae riepen ons wel eens toe al druk genoeg te

2001 | Schotvrije ruimte



Tussen 1^e en 2^e lijn zijn sinds 2001 nieuwe zorgvormen ontwikkeld, waarbij de dermatoloog patiënten ziet in een huisartsenpraktijk. Later is ook de anderhalvelijnszorg ontwikkeld. Bij deze vorm van specialistische zorg of interventie werkt een specialist met de huisarts samen in de huisartsenpraktijk en geeft een passend advies. Dit zou niet alleen kostenbesparend kunnen werken, maar voorziet ook in de behoefte van patiënten om de zorg dicht bij huis te krijgen. Veel dermatologen hebben hieraan op de een of andere manier invulling gegeven.

zijn met het lezen van internationale literatuur. Nu is vrijwel iedereen bereid om iets voor het NTvR te schrijven als we iemand daartoe uitnodigen, en ook zijn er spontane inzendingen. Velen lezen het NTvR en we ontvangen regelmatig positieve feedback. Het NTvR is uitgegroeid tot een gevestigd blad.

DEEL II. VERGELIJKING

Voor deze gelegenheid deed ik een vergelijkend onderzoek bij NTvDV en NTvR.

Vraagstelling:

In hoeverre zijn de twee bladen interessant zijn voor elkaars doelgroepen?

Methoden:

Ik bekeek de eerste 8 nummers van het NTvDV uit 2019, en ook alle 8 nummers van het NTvR uit 2018 en 2019.

Resultaten:

1) Reumatoloog beoordeelt NTvDV: ik ben onder de indruk van 8 fraaie uitgaven van het NTvDV. Het tijdschrift bevat voor niet-dermatologen interessante artikelen over liposuctie, wielrenners en huidafwijkingen, et cetera. Er zijn ook een aantal artikelen die echt aan de reumatologie raken: artikelen over vasculitis, maar ook over IgG4 en zelfs jicht, maar telkens, enigszins tot mijn verbazing, zonder een reumatologische auteur. Er zijn ook interviews met dermatologen, waaronder een prachtig interview met prof Theo Starink, min of meer stalkend achter een Audi. Het aantal artikelen met verenigingsnieuws en met health-professionals in het NTvDV is summier, bij navraag blijkt dat een bewuste keuze van de (hoofd)redactie in een transitie van een min of meer informatief verenigingsblad naar een wetenschappelijk tijdschrift met peer review.

2) Reumatoloog/hoofdredacteur beoordeelt NTvR: kan er een groter risico zijn op bias? Wat ook nu opvalt: vanuit reumatologie is er weinig aandacht voor dermatologie. Ik vond artikelen uit de Maartenskliniek over het meten van ziekteactiviteit bij artritis psoriatica, over uitkomsten bij patiënten met vroege artritis psoriatica uit Rotterdam, en over JAK-remming bij patiënten met artritis psoriatica: bij alle drie artikelen ontbreekt een dermatologisch co-auteur. Het koningsnummer was een casus over een patiënte met dermatomyositis en pijnlijke subcutane noduli van reumatoloog in opleiding Heleen van Dongen, reumatoloog dr Richard van Vugt én als medeauteur dermatoloog dr Tom Stoof.

Conclusie:

Uit deze kleine steekproef blijkt dat er over en weer weinig aandacht is voor elkaars vakgebieden, met als logische consequentie: van gezamenlijk auteurschap is nauwelijks sprake. Hier zit ruimte voor verbetering.

DEEL III: DERMATOLOGIE EN REUMATOLOGIE: GOEDE BUREN!

Tenslotte mijn eigen visie op beide vakgebieden. Ik ben opgeleid in het VUmc, en was als co-assistent enorm onder de indruk van prof Van Dijk (die twee brillen bij zich had, één extra voor zorgvuldige inspectie van de huid) en van dr, later professor, Theo Starink: beiden imponeerden door hun kennis van dermatologische ziektebeelden waarvan ik nog nooit eerder hoorde. Ik leerde daar dat consulten dermatologie een

meerwaarde hebben voor internisten/reumatologen.

Ik was later arts-assistent interne geneeskunde in Rotterdam, waar een jonge vrouwelijke dermatoloog de consulten deed. Wij waren in die tijd met bijna allemaal mannelijke aios, en sommigen vonden het een sport zoveel mogelijk consulten aan te vragen bij deze knappe collega; anderen zeiden daarmee te bedoelen onder de indruk te zijn van haar efficiënte en goede diagnostiek.

Mijn vervolgopleiding tot reumatoloog was in Utrecht, en daar lagen de poliklinieken dermatologie en reumatologie naast elkaar. Dit leidde tot een goede samenwerking en mooie discussies bij de wekelijkse bespreking van complexe systeemziekten en vasculitiden. Bij terugkeer in het VUmc waren de poliklinische afdelingen dermatologie en reumatologie opnieuw burens. Het is voor een reumatoloog een groot voordeel om een patiënt met een mogelijk beginnende herpes zoster of met misschien een vlindererytheem bij SLE even tijdens het spreekuur te laten zien aan de dermatoloog. Bij het koffiezetapparaat hoorde ik dan of er wel of niet een vroege herpesinfectie was; belangrijk om te weten bij patiënten met reumatische aandoeningen en immunosuppressiva. Of hoorde ik dat het toch rosacea was in plaats van SLE; dus niet ophogen van immunosuppressiva maar antibiotica geven. Afgezien van incidentele contacten, zijn er ook in veel andere ziekenhuizen gestructureerde gezamenlijke besprekingen, waarvan men over en weer van elkaar leert, wat uiteindelijk natuurlijk de patiëntenzorg ten goede komt. Vaak betreft het gezamenlijke besprekingen rondom psoriasis, SLE, vasculitis of zelfs Behcet.

Elders is de dermatologie voor reumatologen soms minder goed bereikbaar, zoals in Amsterdam in Reade (een groot en goed functionerend poliklinisch reumacentrum, zonder dermatologie dus). Sinds de fusie van voorheen AMC en VUmc tot het Amsterdam UMC, is de dermatologie op de locatie VUmc vrijwel geheel verdwenen. Dermatologie is verhuisd naar het Amsterdamse Huid Medisch Centrum en naar Amsterdam UMC, locatie AMC.

Natuurlijk is ook in die setting samenwerking mogelijk, want naar mijn mening hebben dermatologen en reumatologen vaak goede onderlinge contacten. De vele overlappende ziektebeelden maken dat het mogelijk is om een win-win situatie te creëren als hun poliklinieken aangrenzend zijn. Bij voorkeur met een prima koffieautomaat op de grens...

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Willem Lems

E-mail: wf.lems@amsterdamumc.nl



Tandarts en dermatoloog: samen optrekken in het hoofd-halsgebied

Casper P. Bots | Foto auteur: Joost Hoving

Ongemerkt speelt dermatologie voor mij persoonlijk, al levenslang op de achtergrond, een rol. In gedachten ga ik terug naar 1981, de Zuid-Franse kust, op het strand aan de Middellandse Zee. Als jongetje van 7 jaar werd mijn rug ingesmeerd met een zonnebrandfactor 50.

MEDITERRANEE, OH NEE

Het was een heel bijzondere tube, met een speciale dop. Afhankelijk van het huidtype kon je namelijk daaraan draaien om op die manier de beschermingsfactor te krijgen die je nodig had. Met mijn lichte huidtype kozen mijn ouders uiteraard voor de maximale bescherming en draaiden de dop geheel naar rechts. Toen mijn rug en armen de dag erna toch rood verbrand achterbleven en de vellen erbij hingen die vakantie, bleek de 'speciale' zonnebrand helaas een verkooptruc met een niet werkende zonnebrand en niet bestaande 'toverdop'...

Een aantal jaren later, aan het einde van de basisschool, mocht ik daarom voor het eerst naar dr. Borstlap. Een wat oudere dermatoloog die tientallen moedervlekken 'wegbrandde' of met stikstof 'behandelde'. De jaren daarna zou ik ook nog andere technieken aan mijn lijf gaan ondervinden. Door mijn hele leven heen had ik het voorrecht kennis te mogen maken met diverse dermatologen, voortschrijdend inzicht en daarmee een nieuwe aanpak. Daarbij varieerden de adviezen in de loop van de jaren van 'zoveel mogelijk verwijderen', tot 'helemaal niet meer nodig om te komen'. Op dit moment zit ik overigens tot grote tevredenheid bij een dermatoloog die goed controleert, informeert, meedenkt en samen met mij optrekt en waar ik bij twijfel snel terecht kan. Met daarbij een gecombineerde aanpak van goed vastleggen, *watchful waiting*, een enkele keer *shaven* en indien nodig behandeling door een volledige en ruime excisie.

GEDRAG BEÏNVLOEDEN

Het toeval wil dat het laatste litteken na de excisie op mijn buik, sterk lijkt op die van een lachende mond. Als tandarts doet mij dat natuurlijk goed. Onze dagelijks werk is om de mond gezond te houden. Dus vrij van tandvleesontstekingen en tandbederf, met daarbij een goede functie om goed te kunnen eten, praten en sociaal te functioneren. Veel tandheelkundige problematiek heeft te maken met de gevolgen van gedrag. Onze werkzaamheden bestaan dan ook voor een groot deel uit het bewerkstelligen van een positieve gedragsveran-



Casper Bots: "Zien, herkennen en daarna samen optrekken als zorgverleners."

dering en het verbeteren van de leefstijl. Van *motivational interviewing*, instructie, frequent en zorgvuldig poetsen met fluoridetandpasta, reinigen tussen de tanden en kiezen, tot het motiveren niet de hele dag te grazen en te snaaien. Alles erop gericht om de blootstelling aan suikers en zuren tot een minimum te beperken. Net zoals vanuit de dermatologie, het beperken van de hoeveelheid zon op ons lichaam en hoofd. Daarnaast houden wij bij ieder contact de medische anamnese van de patiënt in de gaten. Daarbij wordt bij toegenomen medicatiegebruik gelet op eventuele bijwerkingen zoals monddroogte. Ook screenen wij op risico's en bepalen daarop een individuele *recall* frequentie.

SCREENEN HOOFDHALSGBIED DOOR TANDARTS

80% van de bevolking komt tenminste 1x per jaar bij de tandarts. Dat betekent dat wij als beroepsgroep het merendeel van de Nederlandse monden, met daarbij het aan de zon

Tandarts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde*, het *NTVT*



Huidaandoeningen in het aangezicht:

Afb. 1. Herpes labialis;

Afb. 2. Lichen planus;

Afb. 3. Acne vulgaris;

Afb. 4. Rosacea;

Afb. 5. Periorale dermatitis met bandvrije zone rond de mond;

Afb. 6. Lupus erythematosus;

Afb. 7. Verruca seborrhoeica van de behaarde hoofdhuid;

Afb. 8. Karatoacanthoom op het voorhoofd;

Afb. 9. Lentigo solaris.

© van alle afbeeldingen:

dr. R.I.F. van der Waal,

dermatoloog.

blootgestelde hoofd, zien (www.staatvandemondzorg.nl). Wat een unieke kans om als tandarts en dermatoloog samen op te trekken! Zeker als je bedenkt dat zo'n 80% van de huidkankers (basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom en melanomen) in Nederland voorkomt in het hoofdhalsgebied (bron: www.hoofdhalskanker.info). Een snelle rekensom leert dat van de 40.000 patiënten met huidkanker, 32.000 in dat jaar ook bij de tandarts zijn geweest. Zo'n 80% daarvan, 25.600 personen, ontwikkelt huidkanker in het hoofd-halsgebied.

Achter onze loepbril, mondkapje en spatscherm zien wij in het felle tandartslicht meer dan alleen de mond. Vanwege betrokkenheid en alertheid op verdachte plekjes stuur ik een aantal maal per jaar een patiënt naar de dermatoloog. Scholing, herkenning, vroegdiagnostiek en nauwe samenwerking tussen dermatoloog en tandarts zou de zorg op dit gebied verder kunnen brengen. In Nederland zet bijvoorbeeld de Vereniging Medisch Tandheelkundige Interactie (www.vmti.nl) zich in om bruggen te slaan op dit gebied.

Wat betreft de samenwerking tussen de dermatoloog en de MKA-chirurg ontstaat die veelal - vanwege de setting in het ziekenhuis - al van nature. De MKA-chirurg kan dan ook bijvoorbeeld een rol spelen bij de aangezichtschirurgie bij specifieke huidtumoren. [1]

HUIDAFWIJKINGEN RONDOM DE MOND

Maar uiteraard begint alles met leren zien en herkennen. Naast maligne afwijkingen krijgen wij als tandarts vrijwel dagelijks te maken met huidafwijkingen in het hoofdhalsgebied. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld herpes labialis, lichen planus, acne vulgaris, rosacea, peri-orale dermatitis en lupus erythematoses. Het *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde* (NTVT) publiceerde daarom in 2007 al eens een fraai overzicht van R.I.F. van der Waal, et al. [2] over huidafwijkingen in het aangezicht. In navolging daarvan werd verdere verdieping gegeven, in de jaren 2010-2011, door middel van een serie met de titel *Rondom de mond*.

2002 | Taakherschikking



Rond het millennium kwam het begrip taakherschikking in zwang. In 2002 bracht de Raad voor de Volksgezondheid het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg uit. Taakherschikking regelt de inzet van ondersteunend personeel zoals dermatologisch verpleegkundigen, doktersassistenten, verpleegkundig specialisten, physician assistants, huidtherapeuten, et cetera. Die laatste beroepsgroep (sinds 2003 in de Wet BIG erkend als paramedisch beroep, maar thans nog niet BIG-geregistreerd) heeft numeriek met ruim 1250 beroepsgenoten een belangrijke plek ingenomen binnen de zorg van huidpatiënten.



Hoe vaak wordt u gebeld door een tandarts of krijgt een doorverwijzing? Mogelijk nog niet zo vaak. In mijn optiek liggen er kansen en mogelijkheden. Als hoofdredacteur van het *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde* zal ik mij blijven inzetten om de kennis in de beroepsgroep dermatologie, juist ook op het medisch-tandheelkundige vlak, te versterken. Om op

die manier de zorg voor uw patiënt, en ook onze trouwe patiënt waar we al jaren de mondgezondheid van begeleiden, verder te verbeteren. We willen graag zorg leveren, iedere dag opnieuw. Namens het Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde wens ik het NTvDV nog vele goede jaren en verder gaande samenwerking toe. Dit alles met een dermatologische lach op mijn lichaam en een gezonde lach op het gezicht.

VERANTWOORDING

Alle afbeeldingen zijn eerder gepubliceerd als afbeeldingen 1 t/m 9 in: van der Waal RIF, de Visscher JGAM, van der Waal I. Huidafwijkingen in het aangezicht. Een overzicht voor tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007;117:271-7.

LITERATUUR

1. Bolouri S, Bierenbroodspot F, Jansma J. Reconstructieve aangezichtschirurgie bij aangezichtsdefecten na chirurgische verwijdering van kwaadaardige huidtumoren. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2017 Jan;124(1):34-41.
2. van der Waal RIF, de Visscher JG, van der Waal I. Huidafwijkingen in het aangezicht. Een overzicht voor tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2007 Jun;114(6):271-7.

WEBSITES

- www.hoofdhalskanker.info/patientenvoorlichting/huidtumoren/
- www.staatvandemondzorg.nl/toegankelijkheid-van-de-mondzorg/
- *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde:* www.ntvt.nl
- *Vereniging Medisch Tandheelkundige Interactie:* www.vmti.nl

CORRESPONDENTIEADRES

dr. Casper P. Bots
E-mail: c.bots@ntvt.nl

2003 | Evaluatie-onderzoek



Doelmatigheid is ook zo'n toverwoord. In 2003 startten zes perinatologen onder de naam Verloskundig Consortium met gezamenlijk doelmatigheidsonderzoek in multicentrisch verband. Dit, voornamelijk door ZonMw gefinancierde, onderzoek evalueerde de effectiviteit van medische zorg, met als doel kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing, en groeide uit tot landelijk evaluatie-onderzoek. De NVOG en NVKNO waren de voorlopers. De NVDV volgde in 2017 eerst met het opstellen van een geprioriteerde kennisagenda onder leiding van Tamar Nijsten, het formuleren van een blauwdruk voor een Consortium Evaluatie-onderzoek, gevolgd door de installatie van een consortium Dermatologie onder de naam LACUNE, onder voorzitterschap van Monique Andriessen.



Muggenbeten

Paul van Daele

Veneto, een voormalig moerasgebied in het noordoosten van Italië, wordt geroemd om zijn schoonheid met, volgens de reisbrochures, imposante kunststeden, hoge kerktorens en achttiende-eeuwse villa's. In de zomer van 2015 besloot ik met de familie de streek te bezoeken. We boekten een stacaravan op de camping. Van vrienden hadden we het advies gekregen om in ieder geval DEET mee te nemen omdat er best veel muggen zouden zitten. Voor twee weken zouden twee 60 ml verpakkingen voldoende moeten zijn, dachten we. Best veel bleek echter een eufemisme. Het wemelde er van de muggen. Waar we in Nederland een buien- en pollenradar hebben wordt in de streek Veneto een muggenweersverwachting opgesteld. Dat zegt genoeg.

Dansende muggen op een mooie zomeravond kan ik nog wel waarderen. Maar dat zijn mannetjes en die steken niet. Van vrouwtjesmuggen ben ik minder gecharmeerd. Het irritante hoge gezoem houdt me op warme nachten wakker. Laten we hopen dat je naarmate je ouder wordt en je gehoor de hoge tonen minder goed waarneemt daar minder last van gaat krijgen. Mannetjesmuggen zoemen niet. Het meest vervelend van de vrouwtjesmuggen zijn echter de beten en dan vooral omdat ze zo jeuken. Niet iedereen wordt even vaak gebeten. Lichaamsgeur lijkt een rol te spelen bij de voorkeur van de vrouwelijke mug. [1] Er wordt zelfs geclaimd dat bloedgroep een rol zou spelen. De aedes albopictus beter bekend als de Aziatische tijgermug zou veel liever landen op personen met bloedgroep O dan op hen met bloedgroep A. [2]

In principe bijt een mug slechts een keer, tenzij ze gestoord wordt. Ik ben dan ook wel verbaasd dat kinderen soms helemaal onder de muggenbeten kunnen zitten maar als je vervolgens op jacht gaat, vind je in het algemeen maar 1 mug terug. Het tevreden gevoel dat ik krijg nadat ik die met bloedgevulde mug heb gedood, verdwijnt meestal snel als ik beseft dat de bloedvlek vermoedelijk een blijvende plek zal geven op het behang. Muggenbulten jeuken doordat er allergenen zitten in het speeksel van de mug. Deze allergenen leiden zowel tot een vroege (histamine-response) als tot een late T-cel gemedieerde reactie. [3,4] Als de speekselgang van de mug wordt doorgenomen, is ze nog steeds in staat om te bijten maar treedt geen huidreactie op. [5] Muggenbeten geven overigens nooit een systemische allergische reactie!

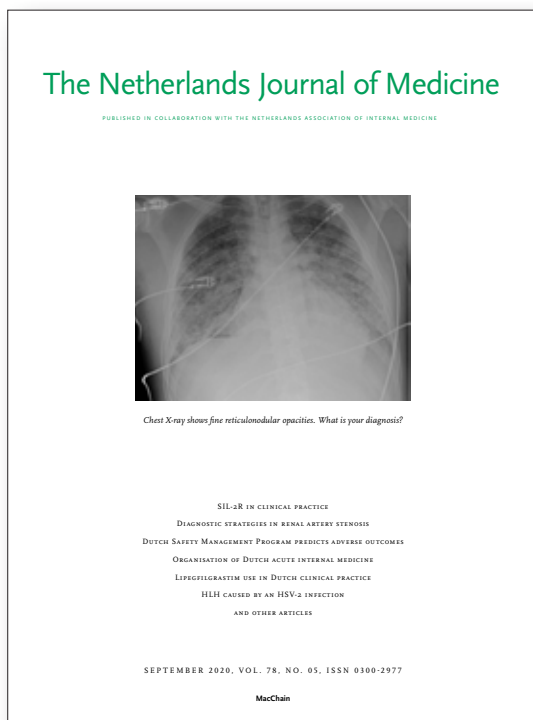
Recent kreeg ik een verwijzing van een huisarts met de vraag of ik bij een patiënt met heftige reacties op muggenbeten iets zou kunnen bedenken wat zou kunnen voorkomen dat ze na een beet een dergelijke heftige reactie zou krijgen. Als een mug gebeten heeft, kan lokale applicatie van een corticosteroidzalf of andere ontstekingsremmende zalf de reactie dempen en de jeuk verminderen. [6] Antihistaminica (zowel systemisch



Paul van Daele: "Ik neem in ieder geval een flinke tube corticosteroidzalf mee."

als lokaal aangebracht) verminderen de jeuk als ze na de beet worden gegeven maar ook profylactisch gebruik van levocetirizine in een dosering van 5 mg per os gaf significant minder jeuk en zwelling ten opzichte van placebo in een Finse studie. [7,8] Gelet op de hoeveelheid meren en de daarbij behorende overmaat aan muggen is het niet verwonderlijk dat de studie daar werd uitgevoerd. Krabben is uiteraard uit den boze en het met de nagel een kruisje zetten op de muggenbeet heeft naar mijn idee slechts een placebo-effect. De indirecte vraag van de huisarts was misschien ook wel of er een vorm van immunotherapie mogelijk zou zijn maar hoewel die er is voor bijen en wespensteken, is immunotherapie voor muggenspeeksel niet voorhanden.

Internist allergoloog-immunoloog, Erasmus MC, Rotterdam. Tevens hoofdredacteur van het *Netherlands Journal of Medicine*



Veneto bleek in 2015 inderdaad prachtig. Maar mocht ik er in de toekomst nog een keer gaan kamperen dan neem ik in ieder geval een flinke tube corticosteroidzalf mee en misschien ook wel wat tabletten levocetirizine ofschoon ik niet denk dat ik ze profylactisch ga gebruiken. In ieder geval weet ik inmiddels dat twee flacons DEET onvoldoende zijn.

LITERATUUR

1. Smallegange RC, Knols BGI, Takken W. Effectiveness of synthetic versus natural human volatiles as attractants for *Anopheles gambiae* (Diptera: Culicidae) *sensu stricto*. *J Med Entomol*. 2010 May;47(3):338-44.

2. Shirai Y, Funada H, Takizawa H, Seki T, Morohashi M, Kamimura K. Landing preference of *Aedes albopictus* (Diptera: Culicidae) on human skin among ABO blood groups, secretors or nonsecretors, and ABH antigens. *J Med Entomol* [Internet]. 2004 [cited 2020 Oct 9];41(4):796-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15311477/>
3. Barros MS, Gomes E, Gueroni DI, Ramos AD, Mirotti L, Florsheim E, et al. Exposure to *Aedes aegypti* bites induces a mixed-type allergic response following salivary antigens challenge in mice. Mans BJ, editor. *PLoS One* [Internet]. 2016 May 20 [cited 2020 Oct 9];11(5):e0155454. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0155454>
4. Cantillo JF, Fernández-Caldas E, Puerta L. Immunological aspects of the immune response induced by mosquito allergens. Vol. 165, *International Archives of Allergy and Immunology*. S. Karger AG; 2014:271-82.
5. Hudson A, Bowman L, Orr CW. Effects of absence of saliva on blood feeding by mosquitoes. *Science (80-)* [Internet]. 1960 [cited 2020 Oct 9];131(3415):1730-1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14403733/>
6. Nakano T, Andoh T, Tayama M, Kosaka M, Lee JB, Kuraishi Y. Effects of topical application of tacrolimus on acute itch-associated responses in mice. *Biol Pharm Bull* [Internet]. 2008 Apr [cited 2020 Oct 9];31(4):752-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18379077/>
7. Karppinen A, Brummer-Korvenkontio H, Petman L, Kautiainen H, Hervé JP, Reunala T. Levocetirizine for treatment of immediate and delayed mosquito bite reactions. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2006 [cited 2020 Oct 9];86(4):329-31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16874418/>
8. Karppinen A, Kautiainen H, Petman L, Burri P, Reunala T. Comparison of cetirizine, ebastine and loratadine in the treatment of immediate mosquito-bite allergy. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2002 [cited 2020 Oct 9];57(6):534-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12028119/>

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Paul L.A. van Daele

E-mail: p.l.a.vandaele@erasmusmc.nl

2004 | Kinderdermatologie



De kinderdermatologie kreeg in 2004 een aparte leerstoel in Rotterdam, eerst bezet door Arnold Oranje en later door Suzanne Pasmans. Andere onderdelen van de dermatologie moeten het doen met minder academische status, zoals de dermato-oncologie en de etnische dermatologie, een nieuwe diagnostische en therapeutische uitdaging (meer dan 10% van de bevolking heeft een niet-blanke etniciteit). Wel werd in 1994 als onderdeel van het AMC in Amsterdam het Nederlands Instituut voor Pigmentstoornissen opgericht, een instelling die een grote expertise heeft opgebouwd op het gebied van pigmentaandoeningen. Een voorbeeld hiervan is de pigmentceltransplantatie.



Behandeling van van gemetastaseerd melanoom en de rol van de dermatoloog hierbij

Ellen Kapiteijn

Jaarlijks wordt er bij meer dan zesduizend mensen melanoom gediagnosticeerd. Een stijgend aantal, van wie ongeveer één op de vijf patiënten een gemetastaseerde ziekte ontwikkelt. Een groot deel van deze patiënten komt in aanmerking voor systemische behandeling met doelgerichte en/of immunotherapie.

Doelgerichte therapie met BRAF-/MEK-remmers werkt door de sterke remming van het gemuteerde BRAF-eiwit, ongeveer de helft van de patiënten met gemetastaseerd melanoom heeft deze mutatie. Deze therapie is initieel erg effectief, maar doorgaans ontstaat er binnen een jaar na start van de behandeling resistentie tegen deze middelen. Inmiddels zijn er 3 verschillende combinaties op de markt: vemurafenib/cobimetinib, dabrafenib/trametinib en encorafenib/binimetinib. Immunotherapie met checkpoint-remmers kan ongeacht de mutatiestatus worden ingezet. De systemische behandeling met checkpoint-remmers bestaat uit antilichamen die T-lymfocytactivatie stimuleren door bij deze de remmende signalen te blokkeren. Ipilimumab is een antilichaam tegen CTLA-4 op T-lymfocyten, terwijl nivolumab en pembrolizumab, twee monoklonale antilichamen tegen PD-1 op T-lymfocyten zijn. Behandelingen met deze therapieën, eventueel in combinatie met elkaar, kunnen leiden tot langdurige responsen die jarenlang kunnen aanhouden.

De afgelopen jaren is er met de hierboven beschreven therapieën veel vooruitgang geboekt in de behandeling van patiënten met gemetastaseerd melanoom. Tevens worden deze behandelingen nu ook in de adjuvante setting ingezet na resectie van stadium III of IV melanoom.

De behandelingen hebben echter ook kansen op bijwerkingen. Braf/mek-remmers hebben een heel ander bijwerkingenprofiel dan checkpoint-remmers en de bijwerkingen zijn over het algemeen self-limiting als de medicatie gestopt wordt. Vaak voorkomende bijwerkingen van de immunotherapieën zijn auto-immuun gerelateerd en treden over het algemeen pas na een aantal weken op en kunnen aanhouden ook al zijn de kuren gestopt. Dit kan met name vervelend zijn voor adjuvante patiënten (met een betere prognose dan stadium IV patiënten) omdat zij langdurige gevolgen kunnen overhouden aan de behandeling door bijwerkingen als thyreoiditis en adrenalitis en dan levenslang hormoon-suppletie moeten

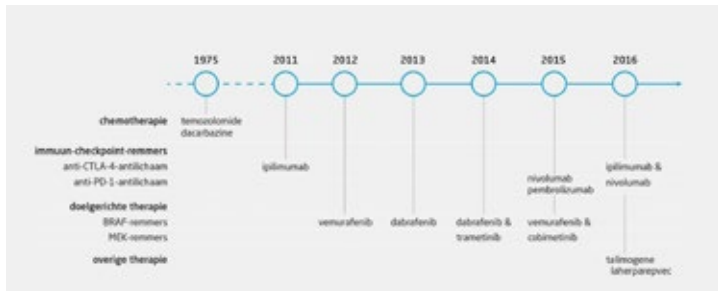


Ellen Kapiteijn: "Er is veel vooruitgang geboekt in de behandeling van patiënten met gemetastaseerd melanoom."

blijven gebruiken. Andere relatief vaak voorkomende bijwerkingen zijn colitis, hepatitis, dermatitis en hypofysitis. In een deel van de patiënten zijn immuunsuppressiva nodig zoals prednisolon, infliximab (bijvoorbeeld bij een steroid-refractaire colitis), mycopenolaatmofetil of tacrolimus.

In 2012 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – mede door de hoge kosten van de nieuwe geneesmiddelen – besloten ipilimumab en vemurafenib in het verzekerde pakket op te nemen op twee voorwaarden: (a) de behandeling van patiënten met gevorderd melanoom moet worden gecen-

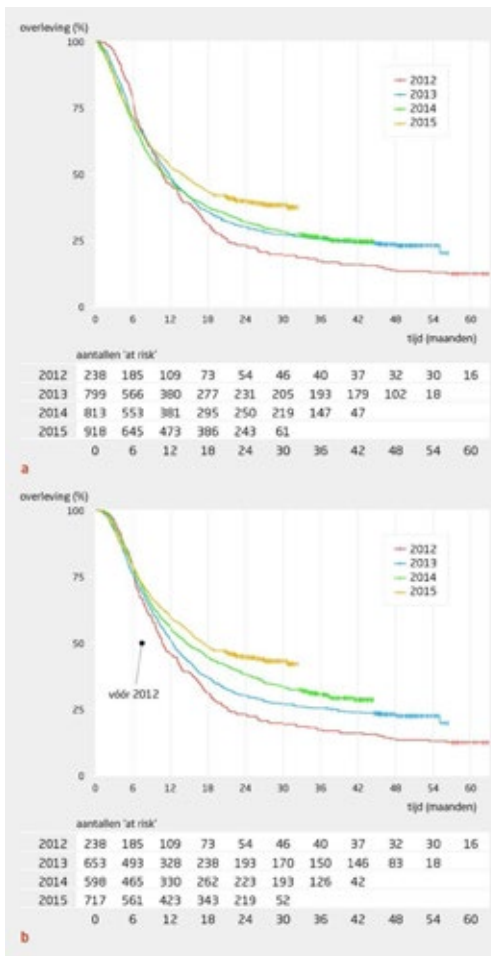
Internist-oncoloog LUMC, Leiden; tevens hoofdredacteur van het *Nederlands Tijdschrift voor Oncologie*



Figuur 1. Sinds 2011 zijn nieuwe (combinaties van) geneesmiddelen beschikbaar voor irresectabel melanoom stadium IIIc en IV. Bron: van Zeijl, et al. [1].

traliseerd en (b) de gegevens van de behandeling van alle patiënten met gevorderd melanoom moet geanonimiseerd worden opgenomen in een register. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in 2012 op voordracht van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie 14 melanoomcentra aangewezen, rekening houdend met expertise en landelijke spreiding, en opdracht gegeven voor de oprichting van de Dutch Melanoma Treatment Registry (DMTR), dat in juli 2013 officieel is gestart voor de prospectieve registratie. Inmiddels zijn er al meerdere publicaties verschenen met de gegevens uit de DMTR. Onder andere een artikel waarin aangetoond wordt dat de overleving van patiënten met irresectabel melanoom stadium IIIc of IV vanaf 2012 elk jaar toenam. De mediane overlevingsduur steeg van 10,7 maanden in 2012 naar 13,8 maanden in 2015 en de 2-jaarsoverleving nam in deze periode toe van 23 tot 40%. Het overgrote deel van de patiënten dat hiervoor in aanmerking kwam, kreeg een van de nieuw geregistreerde geneesmiddelen voor gevorderd melanoom.

De door de toenmalige minister van VWS en beroepsgroep geïnitieerde snelle beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen heeft de behandeling van patiënten met irresectabel melanoom stadium IIIc of IV de afgelopen jaren in hoog tempo veranderd. Zo werd de combinatie van een BRAF- plus MEK-remmer steeds vaker voorgeschreven, en in 2015 hadden anti-PD-1-antilichamen de voorkeur boven de andere systemische therapieën. Verder is de combinatie ipilimumab/nivolumab vanaf 2017 beschikbaar gekomen. De gegevens uit de DMTR duiden op een veilig gebruik van deze nieuwe geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk en een verbetering van de overleving van gevorderd melanoom in de afgelopen jaren. [1]



Figuur 2. De overleving van patiënten met gevorderd melanoom steeg. Kaplan-Meier-curves per diagnosejaar van patiënten met irresectabel melanoom stadium IIIc of IV, (a) alle patiënten die werden gezien in een melanoomcentrum en (b) patiënten die werden behandeld met systemische therapie. Bron: van Zeijl, et al. [1].

DE ROL VAN DE DERMATOLOG

De dermatoloog speelt een belangrijke rol bij het beoordelen en behandelen van de huidbijwerkingen van BRAF/MEK-remmers en immunotherapie met checkpoint-remmers. Traditionele cytostatica remmen de celdeling en vertonen klassieke cytotoxische bijwerkingen zoals toxisch erytheem

2005 | Teledermatologie



Teledermatologie startte in 2005 en ontwikkelde zich binnen enkele jaren tot een vorm van patiëntenzorg die niet meer weg te denken is in de dagelijkse praktijk van huisarts en dermatoloog. Het bestaat uit een elektronische verwijzing van huisarts naar dermatoloog, of van dermatoloog naar dermatoloog, waarbij patiëntinformatie en foto's worden meegestuurd. De dermatoloog beoordeelt de elektronische informatie en verstuurt de bevindingen, conclusies en adviezen weer naar de huisarts, die de patiënt dan zelf kan behandelen of alsnog fysiek kan verwijzen. Naar verwachting zal de corona-epidemie de tele-industrie nog wat extra vleugels geven.



van chemotherapie, mucositis, extravasale schade en nagelafwijkingen. Sinds de komst van met name de doelgerichte therapie, maar ook de immunotherapie, zijn de hoeveelheid mogelijke mucocutane bijwerkingen significant toegenomen. Bij doelgerichte therapie zijn de bijwerkingen direct het gevolg van de farmacologische werking van het middel gezien de moleculaire aangrijpingspunten ook in de huid en slijmvliezen aanwezig kunnen zijn.

In het geval van immunotherapie betreft het meestal bijwerkingen die secundair zijn aan de modulatie van het immuunsysteem. De bijwerkingen zijn uiteenlopend en bestaan uit huiduitslag (onder te verdelen in maculopapuleus exantheem, lichenoid reacties, psoriasis, Stevens-johnsonsyndroom, toxische epidermale necrolyse, morbus Grover), pruritus, vitiligo, auto-immuunaandoeningen (onder te verdelen in bulleus pemfigoïd, dermatomyositis, vasculitis, morbus Sjögren) of anders (sarcoïdose, syndroom van Sweet, acneiform exantheem en rosacea). Ook haar- en nagelafwijkingen zijn beschreven. De cutane bijwerkingen zijn meestal mild (graad 1-2) en soms matig tot ernstig (graad 3-4). Bij de laatste groep is staken van de immunotherapie nodig en soms ook het geven immuunsuppressiva. [2]

De relatie tussen het optreden van bijwerkingen en een respons zijn conflicterend, waarbij de uitzondering vitiligo lijkt te zijn met een gunstig voorspellende uitkomst. Tevens is het nog onduidelijk of het geven van immuunsuppressiva een ongunstig beloop in de hand werkt. Hier is meer onderzoek naar nodig. Wat betreft huidbijwerkingen verdient de volgende studie aandacht. In een retrospectief onderzoek naar de correlatie tussen huidbijwerkingen en therapie-uitkomsten werden 318 patiënten met gevorderd melanoom geïncludeerd, die waren behandeld met nivolumab met of zonder ipilimumab. Bij 120

patiënten werden huidbijwerkingen gerapporteerd. Deze patiënten hadden vaker een combinatie van ipilimumab/nivolumab gekregen ten opzichte van patiënten zonder huidbijwerkingen. Het onderzoek liet zien dat patiënten met bijwerkingen van de huid beter op de immunotherapie reageerden; zij hadden een langere progressievrije en algehele overleving. Dit gold met name voor patiënten met vitiligo of huiduitslag in vergelijking met patiënten met alleen jeuk. Deze waarneming suggereert mogelijk verschillende mechanismen voor vitiligo, jeuk en huiduitslag. [3]

Met de introductie van de nieuwe behandelingen, is ook de noodzaak van een multidisciplinaire benadering duidelijker geworden. In de melanoomcentra zijn de melanoomteams inmiddels behoorlijk groot en gevarieerd en goed op elkaar ingespeeld. In de meeste centra wordt in het wekelijkse MDO patiënten besproken met dermatologen, chirurgen, oncologen, radiotherapeuten, nucleair radiologen en KNO-artsen. Tevens wordt bij ernstige bijwerkingen of snelle progressie los van het MDO snel en efficiënt gehandeld en met elkaar contact gezocht om de patiënt zo snel en goed mogelijk te helpen. Verder zijn er regionale MDO's waarin patiënten worden ingebracht vanuit de andere ziekenhuizen om onder andere de indicaties voor adjuvante behandeling te bespreken.

CONCLUSIE

Concluderend zijn er de afgelopen 10 jaar grote ontwikkelingen geweest in de behandeling van melanoompatiënten. De nieuwe middelen, centralisatie en registratie en een betere multidisciplinaire benadering hebben geleid tot een betere uitkomst voor de patiënt. De komende jaren zal onder andere moeten blijken of neo-adjuvante behandeling bij stadium III melanoom een plaats gaat krijgen, of adjuvante behandeling ook effectief is bij stadium IIB en IIC melanoom en moeten we streven naar een betere selectie van welke patiënten baat hebben van systemische behandeling (ook om levenslange bijwerkingen te voorkomen). Daarnaast zullen nieuwe combinaties en behandelvolgordes hopelijk verder bijdragen aan een langere overleving van ook de stadium IV melanoompatiënten. Nog genoeg werk te doen!

LITERATUUR

1. van Zeijl MCT, van den Eertwegh AJM, Wouters WJM, et al. Recente behandelresultaten van uitgezaaid melanoom. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2018 et al, *NTVG* 2018.
2. Elshot YS, Tio D, Crijns MB, Bekkenk MW. Mucotane afwijkingen bij doelgerichte en immunotherapie. *Ned Tijdschr Dermat Venereol.* 2019;3:29-33.
3. Quach HT, Dewan AK, Davis EJ, et al. Association of anti-programmed cell death 1 cutaneous toxic effects with outcomes in patients with advanced melanoma. *JAMA Oncol.* 2019. Jun 1;5(6):906-8. doi:10.1001/jamaoncol.2019.0046.

CORRESPONDENTIEADRES

dr. H.W. (Ellen) Kapiteijn
E-mail: H.W.Kapiteijn@lumc.nl



De rol van voeding bij de preventie en behandeling van decubitus

Armand Rondas¹, Jolanda Gebben²

Van een acute wond is sprake wanneer de huid zich naar verwachting binnen enkele weken spontaan sluit. Dit is bijvoorbeeld het geval na het oplopen van een schaafwond, snijwond of na een operatie. Een wond waarbij wondgenezing niet optreedt, noemt men een chronische of 'hard-to-heal' wond. [1-3] Chronische wonden leiden vaak tot een verminderde kwaliteit van leven bijvoorbeeld door pijn, slapeloosheid, beperking van de mobiliteit, emotioneel leed, sociaal isolement en lusteloosheid. [4] Bovendien leidt een chronische wond tot extra gebruik van de gezondheidszorg, en gaat deze gepaard met met hoge kosten, zowel voor de gezondheidszorg in het algemeen als voor de patiënt zelf. [5,6]

De specifieke duur van een chronische wond is in de internationale literatuur niet eenvoudig terug te vinden. Binnen de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) wordt een wond als chronisch beschouwd, wanneer deze drie weken na haar ontstaan nog steeds niet genezen is. [7] Uit het rapport van de LPZ blijkt dat binnen de zorginstellingen in de Woon Zorg & Welzijn (WZW) sector gemiddeld 5,4% patiënten één of meer chronische wonden heeft. Binnen de thuiszorg is dit bij gemiddeld 3,7% van alle patiënten het geval.

Meer dan de helft van alle chronische wonden zijn decubituswonden. De grootte van de mechanische belasting die bij decubitus tot weefselsletsel leidt, hangt af van de tijdsduur waarin druk wordt uitgeoefend. Zowel hoge druk in een korte periode of lage druk gedurende langere tijd, kunnen beide tot weefselsletsel leiden. [8]

Bij de preventie en behandeling van decubitus is multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende disciplines noodzakelijk. Het gaat daarbij om de oorzakelijke vermindering van druk- en schuifkrachten, om wondbehandeling en om voedingstherapie.

In de praktijk wordt voedingstherapie vaak vergeten, terwijl bekend is dat wonden eerder kunnen genezen onder toevoeging van extra eiwitten aan de voeding. [9]

PREVENTIE EN BEHANDELING

Voor de preventie en behandeling van decubitus kan worden uitgegaan van de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) richtlijnen. [9,10] In de richtlijn van 2011 werden preventie en behandeling van decubitus apart behandeld. In de Europese richtlijn van 2016 zijn een aantal adviezen ten aanzien



Armand Rondas: "Voeding is een essentiële factor."



van voeding gewijzigd en zijn preventie en behandeling samengevoegd tot één hoofdstuk.

Volgens de EPUAP en de ophanden zijnde Kwaliteitstandaard Decubitus is de Bradenschaal (kader 1) een goed instrument om een verhoogd risico op decubitus tijdig te kunnen inschatten, en een welkome objectieve aanvulling op de *klinische blik*. [9,11] In een vroeg stadium kunnen maatregelen genomen worden ter voorkoming van decubitus, bijvoorbeeld door in plaats van een lage-druk-matras een wisseldrukmatras in bed te leggen.

In dit artikel wordt specifiek de rol van voeding bij de preventie en behandeling van decubitus besproken en wat daaraan aan bijgedragen kan worden. Achtereenvolgens komen in dit artikel aan bod: de screening, de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid, energie, eiwit, vochtintake, en de ziekte-specifieke bijvoeding.

- ¹ Specialist Ouderengeneeskunde, PhD, MSc en werkzaam bij Zuyderland Zorgcentra, afgevaardigde namens de Vereniging van specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) bij de ontwikkeling van de Landelijke Kwaliteitstandaard Decubitus
- ² Diëtist werkzaam bij Cicero Zorggroep, afgevaardigde namens de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en DGO bij de ontwikkeling van de Landelijke Kwaliteitsstandaard Decubitus.

De Bradenschaal is een meetinstrument met als doel het helpen van zorgprofessionals bij het analyseren van het decubitusrisico van de cliënt. Het bestaat uit 6 items: zintuiglijke waarneming, vochtigheid, activiteit, mobiliteit, voedingstoestand en frictie/schuifkracht. Scores kunnen variëren tussen 6 (zeer hoog risico) en 23 (geen risico).

1. SCREENING

Ondervoeding is een belangrijke oorzaak voor het ontstaan van decubitus. De EPUAP richtlijn (2016) geeft daarom dan ook aan dat gescreend moet worden op ondervoeding: [9] “Controleer de voedingsstatus van ieder individu dat risico loopt op, of al decubitus-ontwikkeling heeft:

- Bij opname in een gezondheidsinstelling
- Bij iedere noemenswaardige verandering van de klinische conditie
- Als vooruitgang in het sluiten van de decubituswond niet vastgesteld kan worden”

Voor de screening op ondervoeding zijn verschillende tools beschikbaar. Het gebruik van de Short Nutritional Assessment Questionnaire for residential care (SNAQrc), Mini Nutritional Assessment (MNA), Mini Nutritional Assessment-short form (MNA-sf), Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+ (SNAQ65+) is met name afhankelijk van de setting waar-

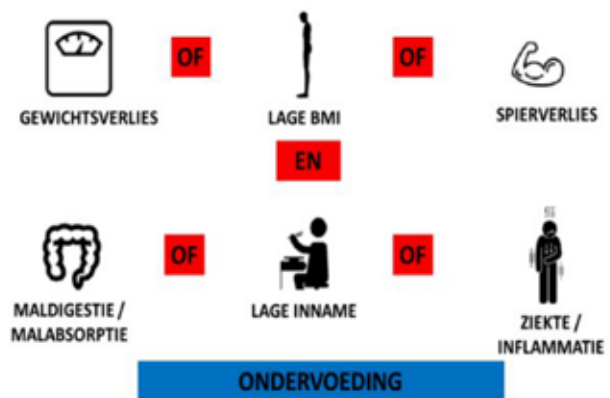
SNAQrc (Short Nutritional Assessment Questionnaire for residential care) is een screeningsinstrument voor ouderen die verblijven in een andere setting dan thuis. Deze screening bestaat uit de combinatie van vier vragen en de BMI bepaling.

SNAQ65+ (Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+) is een screeningsinstrument voor de thuiswonende oudere waarbij vragen over o.a. eetlust en traplopen wordt gecombineerd met de omtrek van de bovenarm.

MNA (Mini Nutritional Assessment) is een screeningsinstrument met een uitgebreide vragenlijst, o.a. over intake en lichamelijk welbevinden.

MNA-sf (Mini Nutritional Assessment-short form) is de verkorte versie van de MNA.

in de patiënt zich bevindt (kader 2). Op de website van de Stuurgroep Ondervoeding [12] zijn behalve de hier genoemde, ook nog andere screeningsmethodes terug te vinden. Op het congres van de European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) in 2018 werd internationaal consensus bereikt over de diagnose ondervoeding: een aandoening die wordt veroorzaakt door een verminderde inname of opname van voeding met als gevolg een veranderde lichaamssamenstelling (verminderde vetvrije massa) en lichaamscel-massa. Dit resulteert in een afname van het fysiek en mentaal functioneren en een slechtere klinische uitkomst van ziekte. [13,14] Met het screeningsinstrument in figuur 1 is snel vast te stellen of bij een cliënt sprake is van ondervoeding. Bij ouderen met ondervoeding is, door hun verminderde voedingsintake, sprake van een lage lichamelijke energie. Zelfstandig draaien in bed, of het verzitten op een stoel door de cliënt zelf, kan daardoor al moeilijk zijn. Op plaatsen waar minder vet op het lichaam aanwezig is (stuit, hielen, achterhoofd) ontstaat een verhoogde druk en is er risico op het ontstaan van decubitus. Uit eerder onderzoek is gebleken dat 1 op de 5 cliënten in de Wonen Zorg & Welzijn sector (verzorgings- en verpleeghuizen), en 1 op de 8 in de thuiszorg, ondervoed is. [8]



Figuur 1: De diagnose ondervoeding wordt gesteld, als sprake is van tenminste één kenmerkend criterium (bovenste rij) én ten minste één oorzakelijk criterium.

2006 | Nieuwe geneesmiddelen



Het zijn niet alleen de Mohs' micrografische chirurgie, de lasers en de biologicals die de behandelingen van de dermatoloog een ander gezicht gaven. Ook op andere deelgebieden zijn nieuwe geneesmiddelen ontwikkeld. Denk aan calcineurineremmers, retinoiden, antitranspiratiemiddelen, bètablokkers voor de behandeling van het hemangioom. Tegelijkertijd worden lichttherapie en dagbehandeling steeds minder vaak toegepast.

2. AANBEVOLEN DAGELIJKSE HOEVEELHEID (ADH)

Aanbevolen voedingsbehoefte voor 70 jaar en ouder volgens het Voedingscentrum [16]:

Brood	4 - 5 sneetjes (met korst)
Aardappelen	2 - 3 stuks (ter grootte van een ei)
Groente	5 groentelepels (250 gram)
Fruit	2 vruchten (200 gram)
Melk & melkproducten	600 ml
Kaas	2 plakken (40 gram)
Vlees/vis/kip/ei	100 - 125 gram (incl. vleesbroodbeleg)
Halvarine, margarine,	55 gram (smeren en bakken)
Bak- en braadproducten	
Dranken	minimaal 1,5 liter

Deze voeding bevat ongeveer 75 gram eiwit en 1700 kcal.

3. ENERGIE

De EPUAP richtlijn geeft het advies om bij (preventie van) decubitus te streven naar een dagelijkse inname van 30-35 kcal per kg lichaamsgewicht. [9] Bij gezonde ouderen (zonder decubitus) is dit 20-25 kcal per kg lichaamsgewicht. Bij iemand van 70 kg betekent dit een extra inname van 700 kcal per dag in vergelijking met gezonde ouderen.

Doorgaans is bij ouderen sprake van co-morbiditeit en polyfarmacie. Medicijnen kunnen een verminderde eetlust, maag-darmproblemen en/of misselijkheid als bijwerking veroorzaken. Deze klachten dragen op hun beurt niet bij aan een adequate energie-intake. Ook psychische factoren, vereenzaming of een depressie kunnen de eetlust van cliënten negatief beïnvloeden.

Om een verslechtering van de voedingstoestand te voorkomen en de wondgenezing te ondersteunen is medische bijvoeding in deze situaties vaak onoverkomelijk.

De EPUAP richtlijn (2016) geeft hierbij het volgende advies [9]: "Overweeg ondersteuning door parenterale of enterale voeding (kader 3) wanneer orale voeding inadequaat is. Dit moet uiteraard wel gebeuren in overeenstemming met de medi-

Parenterale voeding is een manier van aanleveren van voedingsstoffen, buiten het maag-darmstelsel om. Dit gebeurt via een centraal veneuze katheter, een dun slangetje dat via de huid wordt ingebracht in één van de grote bloedvaten in de hals of onder het sleutelbeen. Sondevoeding en ook enterale voeding krijgt de patiënt via het maag-darmkanaal aangeboden.

sche beleidsafspraken die samen met de patiënt of zijn vertegenwoordiger zijn afgesproken."

Figuur 2 geeft aan wanneer gestart zou moeten worden met bijvoeding of sondevoeding als de intake van een cliënt zijn actuele behoefte aan energie niet dekt. In de verpleeghuissetting en in de thuissituatie kan sondevoeding worden ingezet, mits de interventie in overeenstemming is met de actuele medisch beleidsafspraken, afgesproken tussen specialist ouderengeneeskunde/huisarts en patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

Inname versus behoefte	voedingsinterventie
100% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding en eventueel drinkvoeding
75-100% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding en eventueel drinkvoeding
50-75% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding aangevuld met drinkvoeding en/of sondevoeding
<50% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding aangevuld met sondevoeding of volledige sondevoeding

Figuur 2. Aangegeven is op welk moment bij een patiënt gestart moet worden met een voedingsinterventie en welke soort van interventie dit moet zijn. De interventie is uiteraard in overeenstemming met het medisch beleid, zoals is afgesproken tussen arts met patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger.

2007 | Kwaliteit van leven



In 2007 werd in Europa een groot onderzoek verricht naar de kwaliteit van leven. Uit deze *European Quality of Life Surveys (EQLS)* kwam naar voren dat Europeanen in het algemeen gelukkig en tevreden zijn, maar wat betreft de gezondheid is er een opvallende discrepantie: 81% van de inwoners van de EU zegt dat een goede gezondheid 'zeer belangrijk' is voor de levenskwaliteit: toch beoordeelt gemiddeld slechts 21% van de mensen hun gezondheid als 'zeer goed'. Ook binnen de dermatologie is het begrip kwaliteit van leven in de afgelopen 30 jaar steeds meer in zwang gekomen. Daardoor is er ook meer aandacht ontstaan voor huidandoeningen die gepaard gaan met andere klachten dan jeuk en pijn, zoals schaamte. Voor huidandoeningen zoals alopecia areata, vitiligo en psoriasis heeft zich dat nu vertaald naar 'value based health care'.

4. EIWIT

Het advies bij gezonde ouderen is om per dag 0,8-1,0 gram eiwit per kg lichaamsgewicht te nuttigen. Bij iemand van 70 kg betekent dit een intake van 56-70 gram eiwit per dag. Bij ondervoeding en decubitus is het advies om 1,25-1,5 gram per kg lichaamsgewicht en per dag te nuttigen. Bij een persoon met 70 kg lichaamsgewicht betekent dit een behoefte van 88-105 gram eiwit. Door een verminderde voedingsintake, in combinatie met co-morbiditeit, polyfarmacie en psychosociale problemen, wordt deze verhoogde eiwitintake echter, net zoals de noodzakelijke verhoging van de energie-intake, vaak niet bereikt. Eerder heeft Van Schijndel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie* (NTGF) beschreven, hoe de eiwitintake van cliënten verhoogd zou kunnen worden met eiwitrijke producten, die *over the counter* verkrijgbaar zijn. [17] Bij een cliënt met een vegetarische of veganistische levenswijze is het een nog grotere uitdaging om te voldoen aan diens eiwitbehoefte te voldoen; deze cliënten eten immers geen enkel dierlijk product.

5. VOCHTINTAKE

Vocht dient als oplosmiddel en transportmiddel voor onder andere voedingsstoffen en afvalstoffen. Het is dan ook belangrijk om de hydratatie op peil te houden en aan de patiënt extra vocht te verstrekken bij decubitus. Via de aanwezige wond verliest de decubituswond en het lichaam van patiënt namelijk extra (wond)vocht. Het is daarom aan te raden een cliënt met decubitus per dag extra 500 ml vocht aan te bieden.

Categorieën van decubitus [9]:

- cat. 1: niet wegdrukbaar erytheem
- cat. 2: verlies van een deel van de huidlaag
- cat. 3: verlies van een volledige huidlaag
- cat. 4: verlies van een volledige weefsel laag met blootliggend bot/pezen
- niet gradeerbaar: diepte onbekend
- verdenking van diepe weefselbeschadiging: diepte onbekend

6. ZIEKTESPECIFIEKE BIJVOEDING

De EPUAP richtlijn is in haar laatste editie concreter geworden ten aanzien van ziekte-specifieke bijvoeding:

“Vul de voeding van een volwassene met decubitus, categorie 3 of 4 (kader 4) of met meerdere decubituswonden, aan met een supplement met een hoog eiwitgehalte, arginine en micronutriënten (vitamines en mineralen) wanneer deze voedingsbehoefte niet kan worden behaald met traditionele hoge calorie- en eiwit-supplementen.”

ARGININE

Uit diverse studies blijkt dat het aminozuur arginine een rol heeft in de genezing van wonden. [9] Het zorgt voor onder meer bloedvatverwijding, voor activering van de collageensynthese en stimuleert de aangroei van nieuwe cellen. In een aantal ziekte-specifieke bijvoeding is arginine verwerkt.

7. SIGNALERING VAN ONDERVOEDING DOOR DE DISCIPLINES DIE DEEL UITMAKEN VAN HET MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELTEAM

De verschillende disciplines binnen de verpleeg- en verzorgingshuisinstellingen die deel uitmaken van het multidisciplinaire behandelteam hebben vooral een signalerende taak ten behoeve van de preventie en behandeling van decubitus. Bovenstaande voedingsadviezen geven aan wat een gezonde oudere zou moeten eten. Bij decubitus, en in het algemeen in aanwezigheid van een chronische ziekte, stijgt de energiebehoefte, de eiwitbehoefte én de vochtbehoefte van een patiënt. Navragen door de disciplines of bijvoorbeeld het eten gesmaakt heeft en hoeveel iemand gegeten heeft, kan doorgaans een aanwijzing zijn dat er bij een patiënt meer aan de hand is, zeker wanneer deze lijdt aan co-morbiditeit. Als de patiënt aangeeft altijd een boterham met jam te eten en geen vlees of kaasbeleg te nuttigen, is het aannemelijk dat de patiënt te maken heeft met een verminderde en inadequate eiwitintake. Daarnaast is het ook goed als de disciplines alert zijn op ruimvallende kleding, een riem die verder aangetrokken moet worden of een horlogebandje dat te groot is, als een signaal voor de aanwezigheid van ondervoeding. Steeds vaker zoeken de verschillende disciplines de onderlin-

2008 | App en vloed



Vanaf 2008 komen steeds meer gezondheidsapps op de markt, ook apps om de huid te checken. Met deze betaalapps kan men een vlek via de telefoon scannen. De NVDV staat open voor de toepassing hiervan als hulpmiddel in de zorg voor patiënten met huidaandoeningen, mits de meerwaarde is aangetoond en aan de wettelijke regels voor bescherming van privacy en dataverzameling is voldaan. De meest bekende app, de SkinVision app, claimt een hoge sensitiviteit en specificiteit, maar bij een lage prevalentie van melanomen (waar de app vooral voor bedoeld is) leidt dat nog altijd tot relatief veel fout-positieve uitslagen. Dat leidt tot onnodige verwijzingen en dichtslibben van de reguliere gezondheidszorg. Deze vorm van screening zou eigenlijk eerst getoetst moeten aan de criteria van Wilson en Jungner, voordat die breed / commercieel wordt ‘uitgerold’.

ge samenwerking op om, onder regievoering van de Specialist Ouderengeneeskunde, tot een optimale multidisciplinaire behandeling van een cliënt te komen. In de eerste lijn verwijst de huisarts naar de diëtist. Binnen het verpleeghuis is de Specialist Ouderengeneeskunde voor de verwijzing naar een diëtist verantwoordelijk. De verwijzing bij decubitus naar een diëtist is belangrijk, omdat de diëtist vanuit zijn vakinhoudelijke discipline naar meer dan alleen het dieet van een cliënt kijkt. De voedings- en vochtintake van betreffende cliënt wordt geanalyseerd en beoordeeld en zijn actuele voedings- en vochtbehoefte berekend. De diëtist kijkt eveneens naar relevante laboratoriumuitslagen en naar de medicatie. De behandeling door de diëtist wordt voortdurend met de cliënt individueel, in 'shared decision making', afgestemd. In het recente verleden zorgde de huisarts voor de 'Aanvraag voor machtiging' voor medische bijvoeding. Een aantal zorgverzekeraars (onder andere CZ en Menzis) heeft dit echter gewijzigd. Wat hen betreft, mag uitsluitend een diëtist of medisch specialist de machtiging nog invullen en ondertekenen. De zorgverzekeraars vergoeden de bijvoeding, als voldaan wordt aan een aantal eisen, zoals "Een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte-gerelateerde ondervoeding of een risico daarop". Indien een cliënt een chronische decubituswond heeft, is hier altijd sprake van.

8. CONCLUSIE

Voeding is een essentiële factor bij de preventie en behandeling van chronische decubituswonden, waarbij de specifieke kennis van de diëtist niet mag ontbreken.

LITERATUUR

1. Lazarus GS, Cooper DM, Knighton DR, et al. Definitions and guidelines for the assessment of wounds and evaluation of healing. *Arch Dermatol.* 1994;130:489-93.
2. Robson MC. Wound infection. A failure of wound healing caused by an imbalance of bacteria. *Surg Clin North Am.* 1997;77: 637-50.
3. Vowden P. Hard-to-heal wounds Made Easy. *Wounds International.* 2011; 2(4): Available from: <http://www.woundsinternational.com>
4. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact

of leg ulceration on patients' quality of life. *BMC* <http://www.hqlo.com/content/5/144>.

5. Harding KG, Queen D. Chronic wounds and their management and prevention is a significant public health issue. Editorial. *Int Wound J.* 2011;7:125-6.
6. Sen CK, Gordillo GM, Roy S, Kirsner R, Lambert L, Hunt TK, Gotttrup F, Gurtner GC, Longaker MT. Human skin wounds: A major threat to public health and the economy. *Wound Rep Reg.* 2009;17:763-71.
7. Halfens RGJ, et al. Landelijk Prevalentiemeting Zorgproblemen, rapportage resultaten 2015 <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf> Module chronische wond
8. Halfens RGJ, et al. Landelijk Prevalentiemeting zorgproblemen, rapportage resultaten 2015 <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf> Module decubitus
9. De preventie en behandeling van decubitus: klinische praktijkrichtlijn. Vertaalde EPUAP richtlijn, te bestellen bij www.decubitus-nederland.nl
10. <http://www.epuap.org>
11. Kwaliteitsstandaard Decubitus. Een herziening van de multidisciplinaire richtlijn Decubitus (2011) voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. 2020: V&VN, Utrecht (in press).
12. www.stuurgroepondervoeding.nl
13. <https://www.espen.org/component/content/article/30-news/263-glim-global-consensus-for-diagnosing-malnutrition>
14. https://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2018/11/Jensen_et_al-2018-Journal_of_Parenteral_and_Enteral_Nutrition-1.pdf
15. <https://www.stuurgroepondervoeding.nl/toolkits/wat-is-ondervoeding>
16. www.voedingscentrum.nl
17. Van Schijndel J. Voorkomen herkennen en behandelen van sarcopenie en ondervoeding voor een gezonde oude dag. *NTGF.* 2017;31(3):21-7.

Een eerdere versie van dit artikel verschen in het Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie, september 2019.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Armand Rondas

E-mail: a.rondas@zuyderland.nl

Oplossing Cryptogram (op pagina 25)

Horizontaal

- | | |
|-----------------------------|---------------|
| 1. Boeren | 17. Exlid |
| 7+10. Tussen genot en gemak | 18. Capuchon |
| 9. Op | 19. Mn |
| 10. zie 7. | 20. Taag |
| 11. Eems | 22. Suspicion |
| 14. Index | 25. Tijden |
| 15. Onaneren | 26. LG |
| 16. ER | |

Verticaal

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. Behaardheid | 12. Edelman |
| 2. On | 13. SX |
| 3. Ego | 14. Inenting |
| 4. Repen | 21. AO |
| 5. En | 23. Pij |
| 6. Normering | 24. Cel |
| 7. Tenenkaas | |
| 8. Steenpuist | |

2009 | Tekort aan dermatica



Het tekort aan geneesmiddelen in Nederland loopt elk jaar verder op. Dat is een trend die al tien jaar geleden begon. Toen was het tekort nog minder dan tweehonderd geneesmiddelen per jaar, in 2018 waren het er 769, in 2019 1492. Bijna een verdubbeling in één jaar. Doordat de prijzen in Nederland laag zijn, staan wij achteraan in de rij voor het leveren van geneesmiddelen. Ook huidpatiënten merken dat. Apotheken hebben steeds meer problemen om patiënten van dermatica te voorzien. Dit is een wereldwijd probleem, met verschillende oorzaken. Het aantal productielocaties, vaak in Azië, is kleiner geworden. De grondstof is tijdelijk niet meer leverbaar. Fabrikanten, groothandels en apothekers hanteren op economische gronden een kleinere medicijnvoorraad.

2010 | Venereologie



De venereologie, voorheen geconcentreerd in Rotterdam, en mede door de benoeming van Henry de Vries in 2010 tot hoogleraar Huidinfecties thans in Amsterdam, heeft niet meer de plek die het 30 jaar geleden had. Patiënten komen tegenwoordig niet meer bij de dermatoloog terecht, maar gaan rechtstreeks naar de GGD en worden daar dan ook behandeld. Op papier hebben dermatologen wel samenwerkingsovereenkomsten met GGD's, maar het aantal patiënten dat door de GGD-arts wordt doorverwezen naar een dermatoloog is gering. Gelukkig heeft de NVDV een actieve domeingroep die zich ten volle inzet voor goede opleidingsmogelijkheden in de venereologie.

2011 | Immunotherapie



Tien jaar geleden was er feitelijk geen effectieve behandeling voor gemetastaseerd melanoom met slechte overlevingskansen. De afgelopen jaren vond een revolutie plaats met de komst van twee nieuwe soorten behandelingen: immunotherapie en doelgerichte therapie. Deze behandelingen versterken of veranderen het eigen afweersysteem, opdat het de kankercellen beter kan uitschakelen. Het melanoom is de voorbeeld tumor geweest voor deze nieuwe vormen van kankerbehandelingen.

2012 | Cosmetische dermatologie



Cosmetische dermatologie is uitgegroeid tot een aparte 'tak van sport' en ook als themakaart opgenomen in de opleiding. In 2012 riep het bestuur de domeingroep Cosmetische Dermatologie in het leven, wier eerste taak bestond uit het opstellen van leidraden voor de diverse cosmetische behandelingen. Omdat voorbeelden in Nederland noch in het buitenland voorhanden waren, nam dit enkele jaren in beslag. Nu vormen deze documenten een landelijk voorbeeld en dienen ze tevens als kader voor de visitaties van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.



Wie pakt de regie?

Bertho Nieboer | *Fotografie: Maurits Giesen*

Om te beginnen feliciteer ik uiteraard het *Nederland Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie* van harte met het dertigjarig jubileum! Een fraaie mijlpaal, waar u ongetwijfeld trots op bent. Maar om eerlijk te zijn heb ik het afgelopen jaar iets te veel dermatologen gezien...

Laat me het u uitleggen: begin 2020 was er een gek plekje op de voet bij mijn vrouw dat de maanden daarvoor steeds een beetje gekker werd en we waren het er samen over eens dat de huisarts er naar zou moeten kijken. De app Huidmonitor staat wel op mijn telefoon, maar dokters met familie doe ik uit principe niet. De huisarts had plek op dinsdag en zijn niet-pluis-gevoel sloeg aan; op woensdag zat mijn vrouw op het spoedspreekuur bij de dermatoloog die er geen doekjes omheen wond: dit moest eruit. Vrijdag werd ze op het programma erbij gezet en na een voorspoedige procedure kreeg ik het telefoontje van de dermatoloog dat de excisie goed was gegaan en dat het wachten op de definitieve pathologie-uitslag kon beginnen. De tijd doden met richtlijnen op online.nl droeg niet echt bij aan de feestvreugde en een ruime week later kwam het verlossende telefoontje: melanoom. Aangezien de marges tot aan de snijranden niet overal even groot waren, werd voorgesteld om een wat ruimere reëxcisie te verrichten met een autologe huidtransplantatie, gevolgd door postoperatieve vacuümtherapie. Tot zover ongetwijfeld gesneden koek voor de dermatoloog-lezers onder u, maar voor de simpele gynaecoloog met zijn niet-medische partner behoorlijk ingrijpend. Gelukkig kreeg ik alle ruimte en flexibiliteit van mijn collega's bij zowel het Radboudumc als *Medisch Contact* om te mantelzorgen. Het leek mij het meest verstandig om me vooral op dat laatste te focussen en niet die bijdehante dokter te zijn die zich overal mee bemoeit.

Op de ochtend van de ingreep moesten we ons om 07.15 uur melden, aangezien ze als eerste op het OK-programma stond. Vervolgens was ik getuige van een klassieker: twee verpleegkundigen die van elkaar aannamen dat ze het transport zouden bellen, waarna er om 08.20 uur een venijnig telefoontje volgde vanaf de OK naar de afdeling waar de eerste patiënt bleef. Terwijl ik visioenen had van een gejaagde chirurg die met een half uur uitloop aan zijn eerste patiënt begint, deed ik me tegoed aan iets teveel espresso's in het ziekenhuisrestaurant. Gelukkig ging ook deze ingreep weer goed en werd de voet ingepakt; 5 dagen liggen met spalk en een vacuümpomp later had het transplantaat een kleur die ik liever niet zag. Wat volgde, was een lang natraject met onder andere diverse excisies van necrotisch weefsel. Ik denk dat uitein-



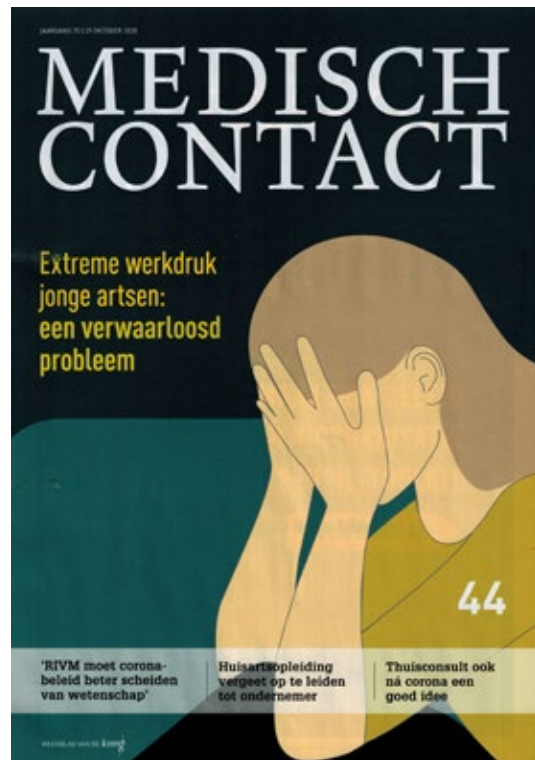
Bertho Nieboer: "Ik wilde niet die bijdehante dokter die zich overal mee bemoeit."

delijk het hele arsenaal aan antibacteriële gazen, antimycotische crèmes en corticosteroïdzalven zijn voorgeschreven. Zonder voorbij te gaan aan de inzet van iedereen, van receptioniste tot wondverpleegkundige en zorghulp tot chirurg, is me het gebrek aan regie in die fase wel tegengevallen. Kort samengevat is het de dermatoloog die zegt dat het bij het postoperatieve beleid van de chirurg hoort, deze zegt op zijn beurt dat het meest waarschijnlijk een schimmelinfectie is die door de huisarts behandeld dient te worden, waarna de huisarts verzucht: "Ja kom op, als de chirurg het al niet eens weet, wat moet ik er dan mee?" Intussen bevonden wij ons in de gelukkige omstandigheid dat we af en toe een fotootje van het wondgebied via Whatsapp (ja, u mag hier uw pri-

Gynaecoloog en hoofdredacteur *Medisch Contact*

vacybezwaren opnoemen) konden sturen naar de chirurg voor advies en/of geruststelling, maar ik kan me voorstellen dat mensen af en toe kunnen vastlopen in zo'n traject. Ook smeeradvisen als "begin maar met twee keer per dag en als het beter gaat een tijdje een keer per dag en dan om de dag" zijn nogal vatbaar voor meerdere interpretaties. Uiteindelijk was er gelukkig een dermatoloog die dacht aan pyoderma gangrenosum, waarna adequate therapie werd ingezet en het na een aantal maanden gelukkig resulteerde in een *eind goed, al goed*.

Deze ervaring bevestigde wat ik ook uit mijn eigen vakgebied herken: als het allemaal volgens de verwachting gaat, hebben we de beste zorg van de wereld. Zijn er echter complicaties of onverwachte omstandigheden, dan kan de regiefunctie nogal eens ontbreken, met name als er meerdere professionals bij betrokken zijn. Aangezien prognostische modellen van het IKNL voor de aankomende jaren een toename van 35% voorspellen in het aantal melanoomdiagnosen, geeft dit een grote uitdaging om deze zorg goed in te richten. Natuurlijk kan digitale zorg hier een belangrijke bijdrage aan leveren, maar het persoonlijke contact met een empathische dokter die ook nog eens verstand heeft van vervelende operatiewonden, zal nooit vervangen kunnen worden. Bij *Medisch Contact* blijven we uiteraard alle ontwikkelingen op dermatologisch gebied goed volgen, maar zijn we anderzijds ook afhankelijk van uw input, inzichten en opiniestukken. Blijf ons dus ook zien als uw spreekbuis naar zorgend Nederland. Als laatste wens ik u uiteraard vooral bevlogenheid toe in uw patiëntenzorg toe. Mede namens mijn vrouw en haar lotgenoten, bij voorbaat dank daarvoor.



CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Bertho Nieboer

E-mail: b.nieboer@medischcontact.nl

2013 | Evidence-based medicine



Moderne uitgangspunten in de dermatologie zijn gepaste zorg en aangetoonde effectiviteit ('evidence-based medicine'). In 2013 is Phyllis Spuls benoemd tot hoogleraar Evidence-based Dermatologie aan de Universiteit van Amsterdam. Normen, waarden en ethische overwegingen zijn kernbegrippen, evenals kwaliteitshandhaving en kostenbeheersing. Naast systematisch literatuuronderzoeken, richtlijnen vloeien hieruit voort de *core outcome set* ontwikkeling, de tools voor gezamenlijke besluitvorming zoals de consultkaarten en keuzehulpen, prospectieve gerandomiseerde trials en cohorten (zoals registers, nu ook weer opgericht ten tijde van COVID-19 om belangrijke vraagstukken te beantwoorden) en er is een beter overzicht van de 'gaps of evidence'. Op 4 oktober kondigt het Zorginstituut Nederland, dat in opdracht van de overheid het basispakket bewaakt, aan de teugels te willen aanhalen. Voor behandelingen waarbij de wetenschappelijke onderbouwing tekortschiet, wordt een 'resultaatafspraak' gemaakt. Wordt dat bewijs vervolgens niet geleverd, dan verdwijnt deze zorg uit het pakket.



Reflections of the JEADV editor

Scientific publishing in Europe

Johannes Ring

As European dermatologist I feel honoured to be invited to contribute to the anniversary issue of the Netherlands Journal of Dermatology and Venereology; my most cordial congratulations to your 30th birthday!

The Netherlands have played an important role in European dermatology, mainly through the foundation of the European Society for Dermatological Research (ESDR) which organized their meetings over 18 years in Holland, mostly the beautiful city of Amsterdam. This was extremely helpful in order to give a structural skeleton to concentrate on scientific quality and not fall into the temptation of a traveling society. Dutch dermatologists – like Rudi Cormane – are still honoured by special memorial lectureships in these congresses. Also the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) has met in the Netherlands several times.

THE JOURNAL JEADV

The journal JEADV is now in its 34th year and has grown in quantity and – hopefully – in quality over the years. Here I will briefly comment on some aspects of scientific publishing in our field.

NUMBER OF MANUSCRIPTS

While 15 years ago we still had 6 issues per year and probably 700 new manuscript submissions, this number has raised to over 3500 in 2019; in 2020 we probably will have received more than 4500 new manuscript submissions. These manuscripts come from all over the world, only one third comes from Europe; among the top twenty countries submitting manuscripts 10 are from outside Europe. At this occasion it should be mentioned that the Netherlands always contribute considerably ranking between number 8 and number 15 of submitting countries over the years. Similar to the world-wide distribution of submitting countries, also within the top 10 downloading countries 5 of them are from outside Europe, more than 25 % from USA and China. This shows that the articles are read all over the world.

REGIONAL REPRESENTATION

There is the problem of a European identity for this journal. Indeed I often here critical remarks that the editor should focus more on European articles and not so much publish



Johannes Ring: "The most unpleasant part of the work of an editor is having to reject so many good papers."

manuscripts from Asia or America.

This is a critical issue which has to be answered absolutely clear: there will be no bonus for manuscripts from Europe; the only guide for the decision to accept or reject is the quality! We also have discussed the possibility of founding a new journal for international manuscripts sent to Europe. But we decided against. If manuscripts are excellent they can be accepted in the 'normal' JEADV and don't have to be put into a second journal.

TOPICALITY

A second problem in editing is topicality: should a journal prefer certain topics which are very much en vogue or try to produce 'theme' issues? My answer is 'no' for originals; here again only quality is the parameter. For review articles, indeed, it may be true that one tries to find a good review to

Editor-in-chief *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology (JEADV)*; Department Dermatology and Allergology Biederstein, Technical University Munich (Germany)

Rank	Author(s)	Article Title	Volume	Issue	No. of Accesses
1	Wollenberg, A. et al.	Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I	32	5	17,606
2	Kanti, V. et al.	Evidence-based (S3) guideline for the treatment of androgenetic alopecia in women and in men – short version	32	1	13,483
3	Wollenberg, A. et al.	Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II	32	6	13,007
4	Dréno, B. et al.	Cutibacterium acnes (Propionibacterium acnes) and acne vulgaris: a brief look at the latest updates	32	S2	9,830
5	Adamič, M. et al.	Guidelines of care for vascular lasers and intense pulse light sources from the European Society for Laser Dermatology	29	9	6,331
6	Nast, A. et al.	European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne – update 2016 – short version	30	8	5,798
7	Dréno, B.	What is new in the pathophysiology of acne, an overview	31	S5	5,708
8	Gamoudi, D. et al.	2018 European guideline on the organization of a consultation for sexually transmitted infections	33	8	5,232
9	Ring, J. et al.	Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I	26	8	5,050
10	Salavastru, C. et al.	European guideline for the management of scabies	31	8	4,893

Table 1. Top ten articles downloaded in 2019 from JEADV.

a very 'hot topic' or has to reject the fifth review to the same topic within two years. Also the editor has to control his feelings: there is no bonus for articles of his own field or even his own group. It made me really free, when I had to reject one of my favourite papers of one of my best pupils, because the review comments were just not excellent enough. 2020 was the year of the Corona pandemic. Since the first manuscript on cutaneous manifestations in Covid-19 by Dr. Recalcati from Lecco, Lago di Como in the beginning of March 2020 a flood of manuscripts has arrived showing that dermatology is implicated at various levels in this infectious disease not only with the infected patients [1] but also regarding the risk of patients with skin diseases, patients taking certain drugs to develop Covid-19 as well as risk of medical health personal to develop skin diseases. [2] Thankfully our publisher Wiley has decided quickly to publish all Covid-19 related articles as open access for free.

IMPACT

The essence of a journal is to be read, to reach people of your target group. This can be measured by several ways; citations or nowadays downloads have become the most important

parameter (figure 1); indeed over the last years articles in JEADV have shown as steep increase in downloads meaning that they obviously find some interest.

The impact factor – the ratio of number of citations in peer-reviewed journals divided by number of published items – has become the gold standard in evaluating the quality of a journal. However there may be other aspects of impact and other ways to measure as for instance the Altmetric Score which also comprises mentions in newspapers, television, social media and government communications. For JEADV the impact factor has raised from 2,8 some years ago to 5,2 in 2019. We are ranking now No. 5 among 66 peer-reviewed international dermatology journals.

PREDATORY JOURNALS

The pressure on young researchers is increasing to publish as many internationally accepted articles in a minimum of time. This has led to the development of so-called predatory journals. These are journals publishing every manuscript they get in open access against a certain fee (€ 2000 – 3000), most likely without adequate peer review process. [3] This seems to be a billion dollar business when you think that an estimated

2014 | Flebologie



In de flebologie heeft de endoveneuze thermale ablatie van stamvarices het klassieke chirurgische strippen meer en meer verdrongen. In het evalueren en implementeren van deze nieuwe thermale behandelingen hebben Maastricht UMC en het Erasmus MC een grote rol gespeeld. Toen in 2014 onder leiding van Menno Gaastra de richtlijn neovarices uitkwam, waarin deze voorkeur ook hardop werd uitgesproken, verschrompelde de strip tot bijna 'obsoleet'. Daarmee kunnen dermatologen in principe het hele behandel-palet voor varices zelf toepassen. In 2014 waren de Groningse dermatologen voor het eerst in staat om bij een patiënt met epidermolysis bullosa met behulp van genterapie een klein huidoppervlak te genezen.

JEADV: 2015 - 2019 article downloads

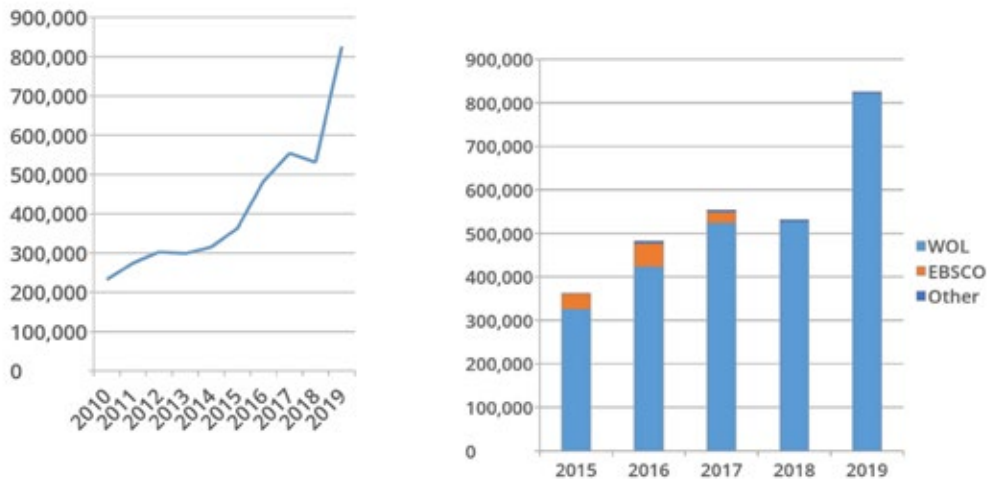


Figure 1. Article downloads from JEADV over the last years in Wiley library and others.

10.000 such journals are around. Some people have compared this to the cocaine business. The analogy is interesting: cocaine dealers make the money from the addiction of poor people, predatory journals make the money from the ambition of young researchers. [4] Among the most accessed articles in 2019 the top ten comprised mostly European guidelines but also interesting review articles, interestingly also from supplement issues (table 1).

THE DECISION PROCESS

To select the best articles out of more than 4000 submitted manuscripts is a huge task. [5] This is only possible with the help of very dedicated associate editors Lidia Rudnicka (Wasaw) and Franco Rongioletti (Cagliari) as well as enthusiastic section editors for certain fields of our specialty

- and the superb work of our editorial office in Lugano with Asao Sarukawa and co-workers. The greatest difficulty is to find good reviewers. In the average we have to write to 10 experts in order to finally get 2 reviews. So it helps when the editor knows some people around the world.

The task of a good reviewer is to answer the following major questions:

- Is it new ?
- Is it true ?
- Is it understandable ?
- Are the conclusions justified ?
- What is missing ?

Thank god we are lucky to find a lot of good reviewers; in 2020 we had to use the help of more than 4000 experts to come to decisions on the manuscripts.

2015 | Reputatie



Gaandeweg werd het bestuur van de NVDV zich bewust van het belang van een goede reputatie. Alsook een verbreding van het aantal doelgroepen in de externe communicatie. Zo verschoof de focus meer en meer richting het algemeen publiek. Niet langer enkel via voorlichting en folders over huidaandoeningen, maar ook via publiekscampagnes – zoals over huidkanker en psoriasis – met als meest in het oog vallende instrument het magazine *HEELdeHUID*. Het introductienummer zag het daglicht in oktober 2015. Een fullcolour magazine dat vier keer per jaar verschijnt, voorzien van rijke illustraties, met als doel de huid in zijn volle breedte te presenteren. Niet alleen medische aspecten, maar ook psychosociale en kunstzinnige uitingen komen aan bod. Maar bovenal, de beleving van de mens met een huidaandoening. Dat het magazine voorziet in een behoefte moge blijken uit het feit dat het in de wachtkamers ligt van veel dermatologen, huisartsen, schoonheidssalons en praktijken voor huidtherapie.

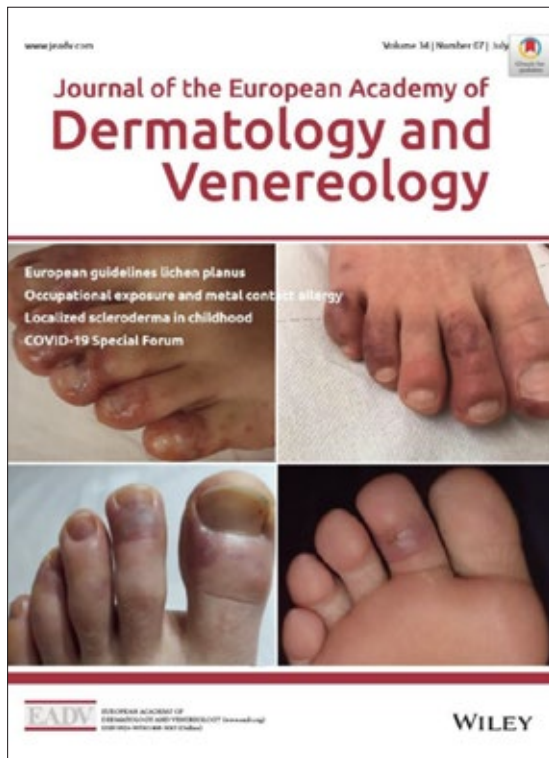


Figure 2. Cover picture of JEADV from June 2020.

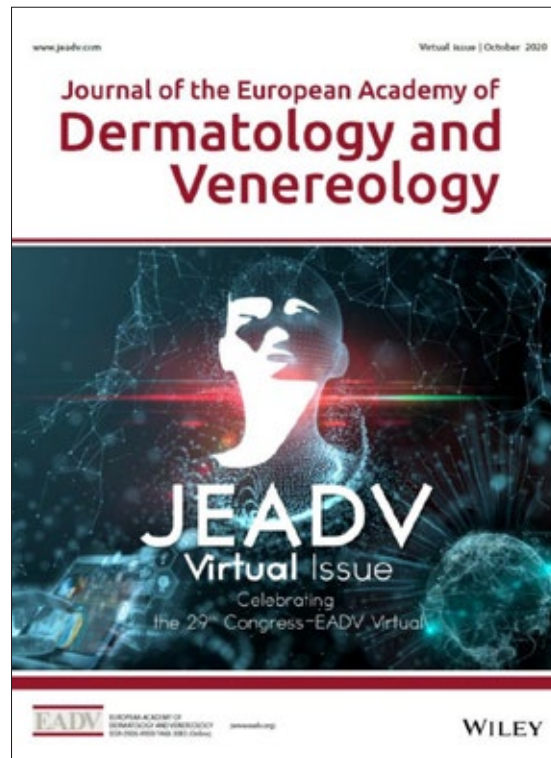


Figure 3. Cover picture of the first virtual issue of JEADV on the occasion of the first virtual congress in October 2020.

Bad reviewers

- Don't give an opinion.
- Look at the manuscripts only superficially.
- Hide conflicts of interest.
- Take ideas from the papers reviewed for the own research.
- Accept bad papers from friends.
- Do not tell the editor about possible suspicion of misconduct.

The most unpleasant part of the work of an editor is having to reject so many good papers. Therefore, in my letters I try to be positive and motivate the authors not to give up. As a fact we made an analysis of over 2500 rejected papers in 2018: Over 400 found their way into good peer-reviewed other international journals, 5 of them even into journals with an higher impact factor than JEADV. Overall we conclude that our selection process is not so bad.

SCIENTIFIC MISCONDUCT

Unfortunately in this immense and increasing pressure for publications scientific misconduct also has increased. Apart from scientific fraud like faking ('forging'), polishing ('trimming') or targeted selection ('cooking') also plagiarism plays a role. Among scientific misconduct in good faith failures in statistics, wrong use of controls, exclusion of extreme values have to be mentioned, but cannot be excused. Plagiarism also includes double publications of the same or very similar data submitted to 2 different journals. In our journal we regularly have cases of scientific misconduct – fortunately very rare – where the COPE mechanism (committee of publication ethics) is applied. Interestingly

among cases I know personally quite often the use of wrong or polished pictures, wrong controls and false legends were the culprits. Also the photographic lie play a role using different light sources in comparing clinical lesions before and after.

ILLUSTRATIONS

Dermatology is a visual specialty; therefore pictures are very important. Clinical pictures should contain no unnecessary things (like tapes, textiles, furniture in the background etc). They should be informative. Diagrams should be understandable and have a visual impact; they should tell a story. Every picture has to be self-explanatory with the adequate legend. Our journal JEADV is happy that our medical illustrator Laurence Zulianello is helping with beautiful diagrams and preparing the cover pictures every month on the front of our journal (figures 2 and 3).

EDITING

The editor's task comprises the selection of manuscripts guaranteeing for a fair review process, organizing the procedures and the team play. One has to be open for complaints and strictly stick to confidentiality. Nobody will know the name of a reviewer, not my best friend nor a billionaire sponsor! This is like the confessional secret in the catholic church. Otherwise the peer-review system will not work. Finally the editor should have a contagious enthusiasm for the work and the journal! For me as editor the maximal catastrophe to occur would be that I would accept a fake article which would have to

be withdrawn later. This has happened to very renowned journals like Nature and Science. Only the second worst catastrophe would be to miss a possible Nobel prize article. This has happened many times before.

CONCLUSIONS

It would make sense to lower the pressure on young researchers through objective institutions and some 'wise' mentorship. Good scientific practice has to be explained and taught again and again. Finally the ultimate goal of making a journal is not to get the highest impact factor but to create an informative platform and an attractive journal which will be read by the target group that is the clinical dermatologists.

LITERATURE

1. Gisoni P, Piaserico S, Bordin C, Alaibac M, Girolomoni G, Naldi L. Cutaneous manifestations of SARS-CoV-2 infection: a clinical update. *JEADV*. 2020;34: DOI 10.1111/jdv.16774.
2. Ring J. The skin in the era of Covid-10 pandemic. *JEADV*. 2020;34:1384-1385.
3. Pisanky K, Sorokovska A, Kulczyk E, Sorokowsky P. Predatory journals recruit fake editor. *Nature*. 2017;543:481-483.
4. Ring J. Predatory journals abuse the flood of publishable material. *JEADV*. 2018;32:511-512.
5. Iskander JK, Wolcic SB, Leeb RT, Siegel PZ. Successful scientific writing and publishing: A step-by-step approach. *Prev Chronic Dis* 2018;15:180085

Summary

With increasing international connectivity and information exchange scientific publishing has become a central pillar of academic activity. On the basis of new research findings and clinical expertise the publishing of scientific manuscripts is a multifaceted procedure. With the experience of some years as editor-in-chief of the *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* (JEADV) some principal problems of scientific publishing will be discussed from author's view via the review process and editing up to ranking of journals. While the impact factor – the ratio of number of citations divided by number of published items in a certain time period - is regarded as gold standard, it should be kept in mind that journals are made for the target audience: this means in our case for practicing dermatologists and they should be attracted to read.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof Dr med Dr phil Johannes Ring
E-mail: Johannes.Ring@tum.de

2016 | Visitatie



Sinds 2016 is de visitatie een verenigingsactiviteit, geheel betaald door de leden. De kwaliteitsvisitaties, gericht op de bewaking en verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg, startten in 1989 en zijn een vast onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de NVDV. In 1993 werden zeven proefvisitaties uitgevoerd bij praktijken met duidelijk verschillende structuur. De structuren en randvoorwaarden van zorg in de maatschap of vakgroep werden globaal getoetst op locatie. De eerste reguliere visitaties vonden plaats in 1995. In 2002 volgde het project Actualisatie Visitatie. De visitatie richtte zich meer op de evaluatie van zorgprocessen en de resultaten van het handelen van de dermatoloog. Sinds 2015 is de kwaliteitsvisitatie verplicht voor herregistratie van alle medisch specialisten. Per 2017 is het visitatiesysteem veranderd en wordt gevisiteerd door middel van een Normenrapport met normen op vier gebieden: evaluatie van zorg, vakgroepfunctioneren, patiëntenperspectief en professionele ontwikkeling. Zelfevaluatie is een belangrijk onderdeel en het is voor de visitatiecommissie mogelijk om naast aanbevelingen tevens zwaarwegende adviezen en voorwaarden te stellen. Naast de opleidingsvisitaties worden de UMC's anno 2020 ook gevisiteerd op basis van kwaliteit.



Einde van schoolvorming en -strijd

J.J.E. van Everdingen

Wie al een tijdje in de gezondheidszorg meeloopt, terugkijkt en het geheel overziet, kan het niet zijn ontgaan dat er in de laatste 30 jaar meer uniformiteit – noem het consensus - is in het medisch denken en handelen. De dermatologie is daarop geen uitzondering.

Behalve dat er voor de belangrijkste onderdelen van het vak richtlijnen kwamen, waaraan iedereen zich gehouden voelt, al was het maar omdat patiënten dat wensen en verzekeraars daar hun vergoedingssysteem aan koppelen, is een van de winstpunten ongetwijfeld dat de vroegere 'schoolvorming' nagenoeg geheel uit de academische wereld is verdwenen. Waren het vroeger koninkrijken met specifieke aandachtsgebieden en lacunaire opleidingen, voortvloeiend uit het belangstellingsterrein (en soms: hobbyïsme) van de hoogleraar-opleider, thans werken de academische centra veel intensiever samen met onderlinge taakverdeling waar assistenten volgens een gedegen landelijk opleidingsplan met verdiepende keuzestages zich ontwikkelen tot allround dermatologen. Tegelijkertijd is het specialisme aanzienlijk verbreed, waardoor binnen de maatschappen wel weer sprake is van toenemende subspecialisatie.

Aan de vooravond van de 'oprichting' van het *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie* in 1990 bestonden die koninkrijkes nog. In Nijmegen zwaaide Mali de scepter, een man met vele, soms tegenstrijdige gezichten. Hij was opgeleid in Utrecht, in de klassieke morfologische dermatologie. Via zijn leermeesters Van Leeuwen en Zoon, had hij zijn wortels in de Franse school. De leer der primaire efflorescenties à la Darier was hem heilig. Een Nijmeegse papel was door Mali gedefinieerd als een kleine solide circumscripte verhevenheid die na resorptie geen litteken naliet. [1] Groningen had zijn eigen Mali, in de



Jannes van Everdingen: "Schoolstrijd is voor een deel ook een ideeënstrijd."

persoon van Klokke, en kende ook een eigen nomenclatuur. In Groningen was een papel ook een kleine en vast aanvoelende verhevenheid [2], echter niet zoals in Nijmegen met een consecutieve, maar met etiologische component. Die was tweeledig: lokale vermeerdering van epitheliale cellen, lokaal infiltraat dan wel een combinatie daarvan. In Leiden was een papel louter morfologisch afgegrensd, niet meer dan linzegroot, maar in Amsterdam koos men, in navolging van Amerikaanse leerboek-schrijvers, voor een meetbare afstand: maximaal 1 cm, wetende dat de meeste papels daar ver onder blijven. [3] Laat ik in mijn eigen 'autobio' duiken. Na mijn dermatolo-

Directeur NVDV

2017 | Off label



Bij veel huidziekten is de therapie nog altijd off label. Dat komt onder andere omdat voor veel behandelingen voor weinig voorkomende huidandoeningen nauwelijks of geen trials zijn uitgevoerd en vaak ook niet nodig worden geacht omdat iedereen tevreden is met de behandelingsresultaten, zoals in geval van ureum. Door het ontbreken van voldoende bewijs kwam het Zorginstituut in 2016 tot de conclusie dat dit geen rationele farmacotherapie is (geen bewijs dat dat iets werkt werd vertaald in bewijs dat iets niet werkt). Vanaf 1 januari 2017 werden ureumpreparaten niet meer vergoed. Ook andere oude effectieve middelen zijn 'gesneuveld' zoals clioquinol, dithranol en pix lianthracis, mede omdat het heel lastig is om met dit soort vlekken of stinkende dermatica dubbelblind onderzoek uit te voeren.

gie-opleiding (1983), koos ik voor een baan bij het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), dat zich later zou omdopen tot Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg en dat zou uitgroeien tot een soort richtlijn-fabriek. Eén van mijn eerste daden als stafmedewerker was het schrijven van een brief aan de voorzitter van de NVDV, prof Eize van Dijk, met het voorstel om met hulp van het CBO orde op zaken te stellen in de dermatologische nomenclatuur. De papert stond aan de basis daarvan, een uitwas die model stond voor een groter geheel. Zo kon de afkorting LED in verschillende delen van het land een andere betekenis hebben, namelijk lupus erythematodes discoides, lupus erythematodes disseminatus, cutaan gedissemineerd, dan wel lupus erythematodes disseminatus, gesystematiseerd. Dat leidde niet alleen tot spraakverwarring, maar had ook tot gevolg dat patiënten die wisselden van dermatoloog verkeerde behandelingen kregen. Van Dijk spande zich in voor de goede zaak, het bestuur van de NVDV ging met hem mee, maar hij kreeg geen medewerking van het Convent van hoogleraren. Met name Mali en Klokke lagen dwars. En zo sneuvelde dit streven naar consensus al op de tekentafel. Het mooie was wel dat AMC en VU in die jaren een vruchtbare samenwerking begonnen met nascholing aan huisartsen op het gebied van SOA en dat het leerboek *Dermatologie voor de eerste lijn* een redactie kreeg waarin beide bloedgroepen vertegenwoordigd waren. Dat de samenwerking enkele decennia later zou uitmonden in een fusie van beide vakgroepen was toen niet voorzien.

WANNEER SPREEK JE VAN EEN SCHOOL?

Het moet een stroming zijn, een groep wetenschappers met eigen, specifieke vraagstellingen en onderzoeksmethoden. De school heeft gewoonlijk een langzittende leider, een voorman en er zijn volgelingen die het gedachtegoed uitdragen. In positieve zin komt dat tot uiting in een aantal succesvolle onderzoekslijnen met als resultaat een groot aantal publicaties, inclusief proefschriften. In negatieve zin is er sprake van *jalousie de métier* en bestrijden scholen elkaar in een felle pennenstrijd. Wat anderen vonden of beweren is op zijn minst irrelevant of klopt niet. Men sluit de gelederen en wijst andersdenkenden de deur.

De Nederlandse dermatologie heeft op onderzoeksgebied geen echte schoolstrijd gekend. En wat er wel speelde, is

waarschijnlijk grotendeels genivelleerd en wegbezuinigd. Wel was er geloof in eigen kunnen dat vaak hoger werd aangeslagen dan wat anderen presteerden. Zo was er verschil van mening, noem het een wetenschappelijke schoolstrijd, tussen Nijmegen o.l.v. van Van de Kerkhof waar men jarenlang de etiologie van psoriasis zocht in een stoornis van de epidermale kinetiek en Amsterdam (UVA) met Jan Bos aan het roer, waar men het immunopathologische mechanisme centraal stelde. Een mooi onderwerp voor de werkgroep geschiedenis om nog eens uit te pluizen.

Ondanks of dankzij de schoolvorming hebben de academische centra tegenwoordig wel allemaal speerpunten, waarvan sommige al heel lang aandachtgebieden vormen. Zo heeft de Leidse school zich in de laatste decennia ontpopt tot expertisecentrum op het gebied van lymfomen, terwijl Groningen veel bekendheid kreeg door onderzoek naar blaarziekten. Utrecht heeft zich bekwaamd in eczeem, Nijmegen in psoriasis, Amsterdam in beide, Maastricht en Rotterdam in huidkanker en flebologie. Contactallergie is van oudsher in Groningen en Amsterdam gesitueerd en nog steeds toonaangevend. Deze opsomming is kort door de bocht natuurlijk, een reductie van de werkelijkheid die veel academici tekortdoet. Het gaat mij echter om de grote lijnen, niet op nuancering. In *Dutch contributions to dermatology* onder redactie van Henk Menke uit 2014 komen alle academische centra en hoofdrolspelers goed voor het voetlicht. [4] Daarnaast is er ook nog ruimte voor enkele dermatologen buiten de academie die weliswaar niet een eigen school hebben gesticht, maar wel een geheel eigen gezicht hebben getoond. Twee hoofdpersonen zou ik niet onvermeld willen laten: Anton de Groot, inmiddels al vele jaren met pensioen, maar altijd nog actief op het gebied van allergie voor cosmetica en Robert Damstra, een icoon op het gebied van lymfoedeem.

IS SCHOOLSTRIJD NUTTIG?

Bij schoolstrijd denken we vooral aan de strijd die voor- en tegenstanders van 'openbaar' en 'bijzonder' onderwijs met elkaar leverden. Diezelfde strijd werkte door aan de universiteiten en bezorgde de dermatologische vakgroepen in Nijmegen en de VU in Amsterdam een aparte signatuur. Van die confessionele signatuur zie je nu niet veel meer van terug. De macht die de confessionele partijen honderd jaar geleden voor het bijzonder onderwijs afdwongen, is afgebrokkeld. Hooguit gaan er hier

2018 | Nascholing



Op het gebied van nascholing hebben de Nederlandse en Belgische dermatologen altijd goed samengewerkt. De Stichting Nederlandstalige Nascholing voor Dermatologie en Venereologie (SNNDV) bestond in 2018 25 jaar. De nascholing begon in 1974, toen de NVDV naar het voorbeeld van de American Academy of Dermatology startte met het organiseren van jaarlijkse nascholingscursussen. Deze activiteit was vanaf het begin een groot succes. In 1977 organiseerden Flip Oosterwal en Willem van Vloten in Leiden de eerste Nederlandse cursus praktische dermatochirurgie. Het belangrijkste wetenschappelijke platform waar dermatologen elkaar de afgelopen 30 jaar ontmoetten, waren naast de klassieke wetenschappelijke vergaderingen, georganiseerd door de academische centra, de nascholingsbijeenkomsten van NVDV (dermatologendagen), SNNDV en NVED.

en daar nog stemmen op om de vrijheid van onderwijs te plaatsen binnen het liberale gedachtengoed. Daarnaast is schoolstrijd voor een belangrijk deel ook een ideeënstrijd. Die strijd is nuttig; het is een belangrijke drijfveer achter wetenschappelijke vooruitgang, in de vorm van kennisvermeerdering, eliminatie van onjuiste ideeën en het zien van nieuwe samenhang. Het discussiëren, het betwisten van elkaars expertise, de domeindiscussies zijn noodzakelijke tussenstappen om te komen tot een volwassen en volgroeiende beroepsvereniging; hoe paradoxaal dat ook moge klinken. De huidige expertisecentra binnen de dermatologie zijn daarmee minder een voortvloeiende van de aloude scholenstrijd (al dragen zij wel degelijke resten erfenis hiervan mee) maar een erkenning en verbijzondering van dermatologische expertise. Deze specialisering is daarmee de uitkomst van het democratiseringsproces dat dermatologie doormaakte. Verschil van mening wordt mede gevoed door de afwezigheid van overtuigend wetenschappelijk bewijs. Dit is het geval binnen elk vakgebied, dermatologie onderscheidt zich daar niet in. In 2018 prioriteerden dermatologen uit academische en perifere centra samen met patiëntvertegenwoordigers welke kennisvragen het hardst om een antwoord schreeuwen. Dit resulteerde in een top 10 van vragen. In 2019 heeft de NVDV een landelijk cutaan onderzoeksnetwerk (LaCuNe) opgericht waarin dermatologen van verschillende academische en perifere centra zich samen inspannen om een overtuigend antwoord te vinden om de meest prangende vragen. Met elkaar vaststellen dat niet elke

vraag een antwoord kent, is een overtuigend signaal van eensgezindheid. En wie nog niet mee wil, wordt wellicht door de antwoorden van toekomstig onderzoek alsnog over de drempel geduwd.

Met dank aan de werkgroep Geschiedenis van de dermatologie en Annefloor van Enst, voor het leveren van kritisch commentaar op een eerdere versie van deze tekst.

LITERATUUR

1. Mali JWH. *Dermatologie van alledag*. Tweede druk. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1972.
2. Klokke AH. *Macropathologie van de huid*. In: Klokke AH, Nater JP, Dijk E van, Stolz E (red) *Compendium Huidziekten*. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1982.
3. Everdingen JJE van, Sillevius Smitt JH. *Dermatovenereologie voor de eerste lijn. Scholing en nascholing. Deel VII*. Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu, 1981.
4. Menke HE, et al. (red). *Dutch contributions to dermatology*. Overveen: Uitgeverij Belvédère, 2014.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Jannes van Everdingen

E-mail: j.vaneverdingen@nvdv.nl

2019 | Commissies van wijzen



Belangrijke commissies die er in de laatste 30 jaar bijkwamen, zijn onder andere de Autorisatiecommissie en de commissie Dermatologische Professionaliteit. De in 2013 opgerichte Autorisatiecommissie heeft tot taak de wetenschappelijke onderbouwing en de uitvoerbaarheid van het in een te autoriseren richtlijn voorgestelde beleid te beoordelen. De commissie Dermatologische Professionaliteit werd opgericht in 2019 met als doel het doen van onderzoek naar mogelijk vakinhoudelijk disfunctioneren van een dermatoloog. Overigens was 2019 ook het jaar dat de NVDV voor het eerst in haar lange bestaan een patiëntvertegenwoordiger tot erelid benoemde: Bernd Arents, oud voorzitter van de VMCE en tevens lid van de Autorisatiecommissie van de NVDV.