

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. Janine L. Dickinson – Blok
Meander MC
Maatweg 3
3813 TZ Amersfoort
Telefoon: 06 48955595
E-mail: j.dickinson@nvdv.nl

Het katern Vereniging staat open voor nieuws en mededelingen vanuit bestuur, domeingroepen, commissies en werkgroepen van de NVDV. Het katern valt onder de verantwoordelijkheid van het bestuur. Dit wil echter niet noodzakelijkerwijs zeggen dat alle meningen en standpunten de visie van het bestuur weergeven.

De inhoudelijke verantwoordelijkheid van congres- en nascholingsnummers berust bij de gastredactie van het betreffende nummer.

THEMA / WETENSCHAP / VERENIGING

REDACTIE

Dr. A.M. van Coevorden (*Domeingroep cosmetische dermatologie*)
P.K. Dikrama (*Domeingroep haar & nagels*)
Dr. M.B.A. van Doorn (*Domeingroep inflammatoire dermatosen*)
Dr. S. van der Geer-Rutten (*Domeingroep dermatochirurgie & lasers*)
Dr. A. Galimont-Collen (*Domeingroep dermatotherapie*)
E. Huis in 't Veld (*Domeingroep oncologie*)
C.J. de Jonge (*Domeingroep kinderdermatologie*)
M.J. Jonker (*Domeingroep anogenitale dermatosen*)
Prof. dr. T. Rustemeyer (*Domeingroep allergie & eczeem*)
Dr. H.B. Thio (*Domeingroep huidinfecties en SOA*)
Dr. S.E. Uitentuis (*Domeingroep pigmentstoornissen*)
Dr. M.B. Visch (*Domeingroep Vaten*)

WERKGROEP 'IN HET KORT'

Dr. K. Bouwman
Dr. M.A. Lamberts
Dr. A.N. Voorberg

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
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

©2026 Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie

ISSN 0925-8604

ABONNEMENTEN

Standaard € 285,- per jaar.
Studenten (NL) € 140,- per jaar.
Buitenland € 395,- per jaar.
Losse nummers € 40,00.
Contactadres: redactiesecretariaat



De CO₂-voetafdruk van dit
drukwerk is berekend met
ClimateCalc en
gecompenseerd bij: Gold
Standard certified climate
projects
www.climatecalc.eu
Cert. no. CC-000174/NL

INHOUD

ALGEMEEN

- 3** Een nieuwe draai aan een brandend probleem: alternatieve behandeloptie voor red scrotum syndrome
- 6** Necrobiotisch xanthogranuloom geassocieerd met smouldering multipel myeloom: regressie na immunotherapie daratumumab en lenalidomide
- 11** Een blauwe nodus op de rug
- 15** De richtlijn Veneuze pathologie: enquête naar het handelen in de spreekkamer
- 18** Eosinofiel annulair erytheem: een ongewone eosinofiele dermatose
- 23** Kennisquiz: Spikkels met streken
- 24** Samenwerking: Samen bouwen aan de huidzorg van morgen
- 27** Pachydermodactylie: diagnostiek, klinische kenmerken en case report
- 30** Een gepeperde pleister op een onzichtbare wond - De rol van capsaïcine 8% pleister bij therapieresistente neuropathische pruritus
- 34** Richtlijn Chronische urticaria 2025 (samenvatting)
- 38** Antwoorden kennisquiz: Spikkels met streken

VERENIGING

- 40** Kwaliteitsbeleid NVDV 2025-2030: ambities en concretisering

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 veeleenvoudigd, 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.

SPECIALS

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.



Alternatieve behandeloptie voor *red scrotum syndrome*

Een nieuwe draai aan een brandend probleem

Jorn Bovenschen

Er bestaat een zeldzame dermatologische entiteit ter plaatse van het scrotum, die een grote impact kan hebben op de kwaliteit van leven en waarbij behandeling notoir lastig blijkt.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een verder gezonde 63-jarige man presenteerde zich met sinds een half jaar bestaande klachten van branderigheid, pijn en persisterende, felrode verkleuring van het scrotum. De huisarts had reeds behandeld met triamcinoloncrème in puls-therapie onder de werkdiagnose eczeem. Vanwege onvoldoende effect en toename van zijn klachten werd patiënt verwezen. De klachten beperken hem sterk in het dagelijks functioneren: hij slaapt nauwelijks en vermijdt sociale activiteiten. Bij dermatologisch onderzoek zagen wij diffuus erytheem van het scrotum met vele teleangiëctasieën, zonder epidermale afwijkingen (figuur 1a). De verschijningsvorm deed denken aan de opvallende rode blos op de wangen van dezelfde patiënt, in de volksmond ook wel bekend als couperose.

BESCHOUWING

Hier is sprake van het red scrotum syndrome (RSS), een relatief onbekend dermatologisch probleem dat voor het eerst werd beschreven in 1997. [1] Het betreft een zeldzame, chronische dermatose die vooral voorkomt bij mannen van middelbare leeftijd en ouder. [2] RSS wordt gekenmerkt door erytheem van het scrotum, soms met uitbreiding naar de proximale penisschacht. [1] De klachten kunnen bestaan uit branderigheid, tintelingen, hyperalgesie, warmtegevoel en jeuk.

Symptomen

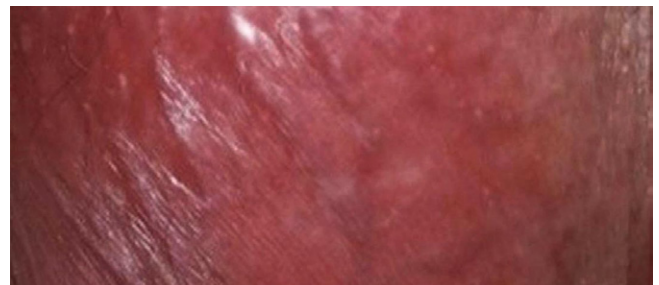
Bij dermatologisch onderzoek ziet men teleangiëctasieën, erytheem, atrofie en er is vaak gevoeligheid bij palpatie.

Histopathologisch onderzoek

Een huidbiopt is zelden nodig daar de diagnose klinische goed te stellen is. Histopathologisch onderzoek van een huidbiopsie toont atrofie van de epidermis met dermaal gelegen teleangiëctasieën en soms een mild, oppervlakkig perivascular en interstitieel lymfocytair infiltraat. [3,4]

Pathogenese

De exacte pathogenese is onbekend, maar er bestaan wel enkele hypothesen. RSS zou een gelokaliseerde vorm kunnen



Figuur 1a. Close-up scrotale huid van patiënt met RSS voor behandeling.



Figuur 1b. Close-up scrotale huid van patiënt met RSS na behandeling.

zijn binnen het erytromelalgie-spectrum: neurogene inflammatie zou verantwoordelijk kunnen zijn voor de hyperalgesie en branderige pijn. Het erytheem, teleangiëctasieën en de vasodilatatie zouden passen binnen het pathofysiologische spectrum van rosacea teleangiëctatica. [2,5,6] Daarnaast lijkt RSS geïnduceerd te kunnen worden door chronisch gebruik van topische corticosteroïden, hoewel dat niet in alle gevallen voorkomt (figuur 2). [7]

Kwaliteit van leven

Ondanks het ogenschijnlijk eenvoudige klinische beeld kan de lijdensdruk groot zijn, met een aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven. Dit geldt ook voor onze patiënt. Bovendien zijn de beschikbare behandelopties schaars en vaak matig effectief.

Dermatoloog, polikliniek Dermatologie, Máxima Medisch Centrum, Eindhoven-Veldhoven

Behandelopties

Het eerste advies bij RSS is het staken van eventueel chronisch gebruik van topische corticosteroiden. Er is geen geregistreerde behandeling voor RSS; de beschikbare therapieën zijn allen off-label. De meest beschreven behandelingen zijn langdurig doxycycline 100 mg 1dd en/of topicale calcineurineremmers, zoals tacrolimuszalf 0,1% 1-2dd / pimecrolimuscrème 1% 1-2dd. Het therapeutisch effect hiervan treedt echter vaak pas op na 3 tot 18 maanden, wat voor de meeste patiënten onacceptabel lang is. [4] Gericht op de hypothese van neurogene inflammatie is enige evidence beschikbaar voor behandeling met gabapentine of pregabaline, die in sommige gevallen tot klachtenvermindering kan leiden. [6-8] Daarnaast zijn er casuïstische meldingen van succesvolle behandeling met topicaal timolol en oraal carvedilol, gericht op remming van angiogenese en vasodilatatie van de scrotumhuid (figuur 2). [9,10]



Figuur 2. Overzicht pathogenese en behandelopties bij RSS.

VERVOLG ZIEKTEGESCHIEDENIS

Onze patiënt reageerde niet of nauwelijks op achtereenvolgens doxycycline, tacrolimuszalf 0,1% en gabapentine. De rode bloes op zijn wangen deed denken aan rosacea teleangiëctatica. Gezien de mogelijke gedeelde pathogenese, werd besloten te behandelen met (off-label) brimonidine tartraat 3,3 mg/g gel (Mirvaso®, Galderma, Benelux) eenmaal daags. Binnen 20-30 minuten na applicatie trad een duidelijke normalisatie van de scrotale huid op, die 6-8 uur aanhield (figuur 1b). Het ery-

theem nam sterk af en patiënt rapporteerde een duidelijke vermindering van branderigheid en pijn. Dit effect is redelijk vergelijkbaar met het gebruik van brimonidine bij rosacea teleangiëctatica in het gelaat.

Brimonidine tartraat 3,3 mg/g gel

Brimonidine tartraat 3,3 mg/g gel is als selectieve α_2 -agonist geregistreerd voor de behandeling van rosacea teleangiëctatica. Het middel vermindert erytheem en flushing door directe vasoconstrictie van oppervlakkige bloedvaatjes. [11] Het effect houdt bij rosacea ongeveer 12 uur aan; aanbevolen is eenmaal daagse applicatie. De werkzaamheid, systemische absorptie en eventuele bijwerkingen zijn dosisafhankelijk, waardoor zorgvuldige uitleg over gebruik (en in dit geval off-label toepassing) essentieel is. Gezien de dunne huid en hoge vascularisatie van het scrotum kan er theoretisch sprake zijn van verhoogde systemische absorptie, hetgeen zou kunnen leiden tot een verlaagde hartslag (bradycardie), een lage bloeddruk en duizeligheid.

Topicale therapie met brimonidine tartraat 0,33% gel voor RSS is, voor zover bekend, niet eerder in de literatuur beschreven. De resultaten bieden perspectief voor verder onderzoek in een prospectieve, dubbelblinde, gerandomiseerde studie. Een nadeel is dat de gel niet wordt vergoed en relatief kostbaar is (ongeveer € 50 per 30 g tube). Gegeven dat RSS (mits niet steroïd-geïnduceerd) in principe een chronisch probleem is en de gemiddelde leeftijd van RSS patiënten 45,8 (26-62) jaar bedraagt, kan dat aardig in de kosten lopen. [6]

Onze patiënt gaf echter aan dit bedrag graag te betalen gezien de snelle klachtenvermindering en verbetering van hun kwaliteit van leven. De patiënt uit onze casus slaapt weer goed en functioneert overdag als vanouds.

CONCLUSIE

Tijdige herkenning van RSS kan doctor's delay voorkomen. Gezien de ernst van de klachten, de impact op de kwaliteit van leven van patiënten en de beperkte effectiviteit van bestaande therapieën kan brimonidine tartraat gel als nieuwe (off-label) behandelingsoptie worden overwogen bij patiënten met RSS, met name wanneer andere behandelingen onvoldoende effect hebben. Vanwege mogelijke systemische absorptie bij toepassing op dunne en rijk gevasculariseerde huid is zorgvuldige instructie over gebruik en monitoring van bijwerkingen noodzakelijk. Prospectief onderzoek is gewenst om werkzaamheid en veiligheid van brimonidine tartraat gel bij RSS verder te bestuderen.

TREFWOORDEN

Red scrotum syndrome - brimonidine tartraat gel - nieuwe behandeling

GEMELDE BELANGENVERSTRENGING

Geen

LITERATUUR

1. Fisher BK. The red scrotum syndrome. *Cutis*. 1997;60:139–141.
2. Wollina U. Red scrotum syndrome. *J Dermatol Case Rep*. 2011;5(3):38–41.
3. Wollina U. Three orphans one should know: red scalp, red ear and red scrotum syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(11):169–170.
4. Abbas O, Kibbi AG, Chedraoui A, Ghosn S. Red scrotum syndrome: successful treatment with oral doxycycline. *J Dermatolog Treat*. 2008;19(6):1–2.
5. Prevost N, English JC 3rd. Case reports: red scrotal syndrome: a localized phenotypical expression of erythromelalgia. *J Drugs Dermatol*. 2007;6(9):935–936.
6. Narang T, Kumaran MS, Dogra S, Saikia UN, Kumar B. Red scrotum syndrome: idiopathic neurovascular phenomenon or steroid addiction? *Sex Health*. 2013;10(5):452–455.
7. Rapaport MJ, Rapaport V. The red skin syndromes: corticosteroid addiction and withdrawal. *Expert Rev Dermatol*. 2006;1:547–61.
8. Miller J, Leicht S. Pregabalin in the treatment of red scrotum syndrome: a report of two cases. *Dermatol Ther*. 2016;29(4):244–248.
9. Pyle TM, Heymann WR. Managing red scrotum syndrome (RSS) with topical timolol. *Int J Dermatol*. 2019;58(8):162–163.
10. Merhi R, Ayoub N, Mrad M. Carvedilol for the treatment of red scrotum syndrome. *JAAD Case Rep*. 2017;3(5):464–466.
11. Jackson JM, Knuckles M, Minni JP, et al. The role of brimonidine tartrate gel in the treatment of rosacea. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015;8:529–38.

CORRESPONDENTIEADRES

Jorn Bovenschen

E-mail: j.bovenschen@mmc.nl



Necrobiotisch xanthogranuloom geassocieerd met smouldering multipel myeloom: regressie na immunotherapie daratumumab en lenalidomide

Esmee Das¹, Tarik Aallali², Tanja van Maanen³, Maarten van der Horst⁴

CASE REPORT

Necrobiotisch xanthogranuloom is een zeldzame histiocyttaire huidaandoening die vaak niet onmiddellijk wordt herkend. De aandoening wordt gekenmerkt door xanthomatose en is geassocieerd met een monoklonale paraproteïnemie. Klinisch manifesteert het zich door diep gelegen oranje-gele noduli en plaques, vaak met teleangiëctasieën en uiteindelijk ulceratie. De laesies bevinden zich voornamelijk op de romp, extremiteiten en peri-orbitale regio. Histopathologisch worden vaak cholesterolkloven aangetroffen. Deze ophoping van cholesterol draagt bij aan de karakteristieke gele kleur van de laesies, wat de term 'xantho' (van het Griekse woord voor geel) verklaart. Dit, samen met de granulomateuze ontsteking, vormt de basis voor de naam 'xanthogranuloom'.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Patiënt, 71 jaar oud, is sinds enkele jaren onder controle bij de afdeling dermatologie wegens een positieve familieanamnese voor melanoom. Hij presenteerde zich met nieuwe huidafwijkingen die al langere tijd aanwezig waren en die zowel in

grootte als in aantal toenamen. Volgens de patiënt zijn deze laesies ontstaan vanuit een litteken of na een ander soort trauma. Bij lichamelijk onderzoek werden meerdere scherp begrensde nummulaire ronde oranje-gele vast-elastische iets wat glanzende plaques zichtbaar op bovenszijde van de romp en proximale extremiteiten. In de loop van enkele maanden breidde de laesies zich uit naar distaal en presenteerde patiënt enkele grote laesies aan de handruggen en op het scrotum. In meerdere laesies ontstond centrale atrofie wat uiteindelijk resulteerde uit uitgebreide ulceraties. Zie afbeelding 1 en 2. De klinische differentiele diagnose betrof aanvankelijk, bij presentatie van de eerste solitaire laesie, een dermatofibrosarcoma protuberans of een andere vorm van huidmaligniteit. Naar mate het aantal laesies zich uitbreidde verschoof de dd naar necrobiosis lipoidica, plaque vorm granuloma annulare, pyoderma gangrenosum, cutane sarcoidose en necrobiotisch xanthogranuloom.

Het histopathologisch onderzoek toonde een transdermale hypercellulaire laesie bestaande uit granulomen met Toutons

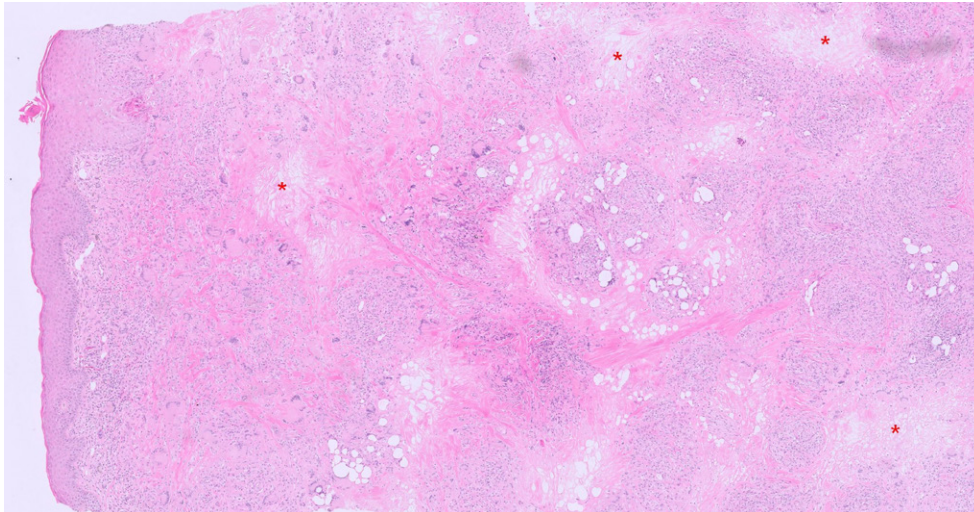


Afbeelding 1. Centraal ulcererende plaque onderbeen vooraf aan behandeling.

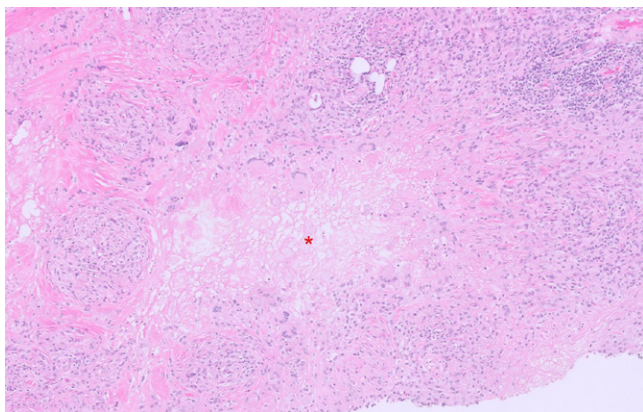


Afbeelding 2. Oranje-gele plaque rug vooraf aan behandeling.

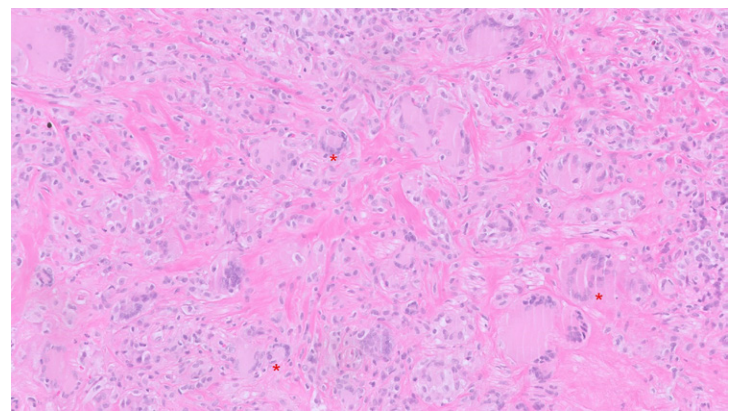
- ¹ Anios dermatologie, afdeling Dermatologie Dijklander Ziekenhuis
- ² Patholoog, afdeling Pathologie Dijklander Ziekenhuis
- ³ Hematoloog, afdeling Hematologie, Dijklander Ziekenhuis
- ⁴ Dermatoloog, afdeling Dermatologie Dijklander Ziekenhuis



Afbeelding 3. Druk dermaal beeld afgewisseld met necrobiotische partijen (collageen verval; rode sterren) en ontstekingshaarden met reuscellen.



Afbeelding 4. 10 x vergroting van een necrobiotisch gebied met collageenolyse (rode ster) omgeven door reuscel haarden deels met palissadestand.



Afbeelding 5. 20 x vergroting van een ontstekingshaard opgebouwd uit voornamelijk Touton type reuscellen (rode sterren).

type reuscellen, deels in palissade stand. Daarbij worden necrobiotische partijen gezien met centraal collageen verval (necrobiose). Op basis van de histopathologie werd de diagnose necrobiotisch xanthogranuloom (NXG) gesteld. Zie afbeelding 3, 4 en 5 voor de histopathologie.

Laboratoriumonderzoek toonde een positief M-proteïne type IgG-K (IgG kappa 11 g/l, vrij kappa 25.6 mg/l), daarbij ook een gestoorde nierfunctie tgv chronische nefrolithiasis (eGFR 34 ml/min, kreatinine 170 μ mol/l). Hierop werd patiënt verwezen naar de hematoloog. Het beenmerg biopt toonde monoclonale plasmocytose van IgG kappa (geschat op 10%). In het buikvetbiopt werd geen amyloidose gevonden. Op de PET-CT lichtten alleen de reeds gevonden huidlaesies op. Er waren met name geen osteolytische haarden. Op basis van deze bevindingen werd de diagnose smoldering multiple myeloom gesteld.

Concluderend betreft het een necrobiotisch xanthogranuloom bij een 71-jarige man met smoldering multipole myeloom (SMM). De patiënt werd in eerste instantie lokaal behandeld, met potente corticosteroiden topicaal en intralaesionaal, echter zonder effect. Later werd in samenspraak met de hemato-

loog en een dermatoloog vanuit een academisch ziekenhuis gekozen voor behandeling van het relatief milde onderliggende hematologische beeld, in de hoop hiermee het snel progressieve huidbeeld te remmen. Er werd gestart met immunotherapie zonder alkyliserende chemotherapie: daratumumab-een anti CD38antistof-, en lenalidomide-een immunomodulator-, gecombineerd met oraal dexamethason. Na enkele weken namen de huidafwijkingen af in grootte, ook daalde het IgG kappa M-proteïne. Zie afbeelding 6 en 7 voor de laesies tijdens de behandeling. Patiënt is nog steeds onder controle bij zowel de dermatoloog als de hematoloog. De huidlaesies zijn volledig in regressie gegaan. Littekens persisteren t.p.v. eerdere ulceratieve laesies. In het bloed kan geen IgGkappa M-proteïne meer worden aangetoond.

BESCHOUWING

Necrobiotisch xanthogranuloom (NXG) valt onder de niet-Langerhanscel histiocytosis. De ziekte manifesteert zich boven het 50e jaar met gelijke verdeling tussen man en vrouw. Klinisch worden vaak geelbruine noduli of papels gezien, die uiteindelijk uit kunnen groeien tot plaques, vaak met teleangiëctasieën, soms met atrofie of ulceratie. De voorkeurslocatie betreft met name periorbitaal (50% van de patiënten), maar in



Afbeelding 6. Huidlaesie onderbeen tijdens behandeling daratumumab en lenalidomide.



Afbeelding 7. Huidlaesie rug tijdens behandeling daratumumab en lenalidomide.

vele gevallen zijn ook de romp, gezicht en bovenste extremiteiten aangedaan. In zeldzame gevallen kan het necrobiotisch xanthogranuloom zich ook inwendig manifesteren, zoals endocardiaal. Bij periorbitale laesies kunnen patiënten zich presenteren met een orbitale massa of conjunctivale laesies, maar ook met klachten zoals ptosis, ectopion, keratitis en uveitis. [1-3]

Pathologisch gezien kunnen er kenmerken zijn van (vetrijke) histiocyten, clusters lymfocyten en Reuscellen van het Langerhanse en Toutonse type. Daarnaast kunnen er cholesterol spleten zichtbaar zijn en necrobiotisch weefsel. De histologische differentiaal diagnose is onder andere sarcoidose, necrobiosis lipoidica, granuloma annulare, xanthelasmata, xanthoma tuberosum, juveniel xanthogranuloom en amyloidosis. [3-6]

Pathofysiologie

De exacte oorzaak van NXG is nog niet duidelijk. In de literatuur wordt als een van de mogelijke oorzaken een verhoogde accumulatie van cholesterol in de huid genoemd. Door een specifieke interactie van de immunoglobulines en lipoproteïnen worden er immuuncomplexen gevormd. Middels fagocytose worden deze complexen opgenomen door macrofagen, waarin ze uiteindelijk neerslaan. Hierop komen cytokines vrij en ontstaat er een inflammatoire reactie. Er werd ook een verminderde reflux gevonden van het HDL cholesterol weer de macrofaag uit. [7-8]

Er is een hoge associatie met paraproteïnemieën en hematologische maligniteiten. In 80% van de gevallen is de aandoening geassocieerd met monoclonale paraproteïnemie, waarbij 62% een IgG kappa betreft, 24% een IgG lambda en 14% een onge-specificeerde paraproteïnemie. [1] De gedachte is dat bij een paraproteïnemie een abnormale proliferatie wordt gezien van plasmacellen die leidt tot overmatige productie van monoclonale immunoglobulinen, meestal IgG-kappa. De aanwezigheid van deze immunoglobulinen kan leiden tot afzetting in de huid, of kan een immuunreactie uitlokken die bijdraagt aan de ontwikkeling van de granulomen. Andere symptomen die bij een paraproteïnemie kunnen passen zijn hepatomegalie, splenomegalie en leukopenie. [1]

Behandeling

Er bestaat nog geen consensus over de behandeling van het NXG. Bij asymptomatische patiënten kan er in overleg met de hematoloog voor een watch-and-wait beleid gekozen worden. Er zijn verschillende lokale, systemisch of chirurgische behandel mogelijkheden beschreven. Bij solitaire laesies zouden topische of intralaesionale corticosteroiden gegeven kunnen worden. Bij onvoldoende effect eventueel excisie of behandeling met een CO₂ laser. Wanneer patiënten meerdere laesies hebben worden doxycycline en minocycline genoemd, maar ook ciclosporine en methotrexaat behoren tot de opties. Uit recente literatuur is gebleken dat intraveneuze immunoglobulines (IVIG) goede resultaten geeft. [9] In geval van onderliggende paraproteïnemieën kan ook gekozen worden voor immunotherapie of chemotherapie, zoals in onze casus de combinatie van daratumumab en lenalidomide, met weglating van alkylende chemotherapie. [10-11] In dit geval wordt ervoor gekozen om de onderliggende ziekte te behandelen, waarbij het primaire behandel doel gericht kan zijn op het verminderen van de huidlaesies, en niet noodzakelijkerwijs op het aanpakken van het onderliggende hematologische beeld. [10]

CONCLUSIE

Het betreft een 71-jarige man met een necrobiotisch xanthogranuloom met onderliggend een smoldering multiple myeloom. De laesies waren snel progressief in aantal en omvang, terwijl het hematologische beeld mild bleef. Therapie voor het onderliggende SMM met de nieuwe immuuntherapeutische mogelijkheden lenalidomide en daratumumab gaf uiteindelijk snel verbetering van het huidbeeld. Een snelle herkenning van dit zeldzame huidbeeld is gewenst wegens de sterke associatie met monoclonale paraproteïnemieën en hematologische maligniteiten (80%).

LITERATUUR

1. Mehregan DA, Winkelmann RK. Necrobiotic xanthogranuloma. *Arch Dermatol.* 1992 Jan;128(1):94-100. Erratum in: *Arch Dermatol.* 1992 May;128(5):632. PMID: 1739294.
2. Wood AJ, Wagner MVU, Abbott JJ, Gibson LE. (2009). Necrobiotic xanthogranuloma. *Archives of Dermatology.* 2009;145(3).doi:10.1001/archdermatol.2008.583.
3. Robertson OM, Winkelmann RK. Ophthalmic features of necrobi-

SAMENVATTING

Necrobiotisch xanthogranuloom (NXG) is een zeldzame histiocytotaire aandoening, vaak geassocieerd met monoklonale paraproteïnemieën en hematologische maligniteiten. Klinisch worden geelbruine noduli en plaques gezien met teleangiëctasieën, atrofie of ulceratie. Histopathologisch tonen zich granulomen met Touton-reuscellen, cholesterolkloven en necrobiose. De pathofysiologie lijkt samen te hangen met immuuncomplexvorming en macrofaagactivatie. Er is nog geen consensus over behandeling: zowel lokale therapieën als systemische opties (immunosuppressiva, IVIG, chemotherapie) worden beschreven. Wij beschrijven een 71-jarige man met uitgebreide ulceratieve NXG en onderliggend smolderend multiple myeloom. Lokale corticosteroïden waren ineffectief; systemische therapie met daratumumab, lenalidomide en dexamethason resulteerde in snelle regressie van huidlaesies en verdwijnen van het M-proteïne. Deze casus illustreert dat NXG een belangrijke marker kan zijn voor onderliggende hematologische ziekten en dat gerichte immuuntherapie tot significante klinische verbetering kan leiden. Vroege herkenning blijft cruciaal.

TREFWOORDEN

Necrobiotisch xanthogranuloom - multipel myeloom - histiocytosen

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen

SUMMARY

Necrobiotic xanthogranuloma (NXG) is a rare histiocytic disorder, frequently associated with monoclonal paraproteinemia and hematologic malignancies. Clinically, yellow-brown nodules and plaques are observed, often with telangiectasia, atrophy, or ulceration. Histopathological features include granulomas with Touton giant cells, cholesterol clefts, and necrobiosis. Pathophysiology appears to be related to immune complex formation and macrophage activation. No consensus on treatment exists; both local therapies and systemic options (immunosuppressants, IVIG, chemotherapy) have been reported. We describe a 71-year-old man with extensive ulcerative NXG and underlying smoldering multiple myeloma. Local corticosteroids were ineffective; systemic therapy with daratumumab, lenalidomide, and dexamethasone led to rapid regression of skin lesions and disappearance of the M-protein. This case highlights that NXG may serve as an important marker for underlying hematologic disease and that targeted immunotherapy can result in significant clinical improvement. Early recognition remains crucial.

KEYWORDS

Necrobiotic xanthogranuloma - multiple myeloma - histiocytosis

- otic xanthogranuloma with paraproteinemia. *Am J Ophthalmol.* 1984;97:173-83.
4. Geoloaica LG, Pătrașcu V, Ciurea RN. Necrobiotic Xanthogranuloma - case report and literature review. *Curr Health Sci J.* 2021 Jan-Mar;47(1):126-131. doi: 10.12865/CHSJ.47.01.21. Epub 2021 Mar 31. PMID: 34211760; PMCID: PMC8200611.
 5. Kossard S, Winkelmann RK. Necrobiotic xanthogranuloma with para- proteinemia. *J Am Acad Dermatol.* 1980;3:257-70.
 6. Codere F, Lee RO, Anderson RI. Necrobiotic xanthogranuloma of the eyelid. *Arch Ophthalmol.* 1983;101:60-3.
 7. Szalat R, Pirault J, Fermand JP, Carrié A, et al. Physiopathology of necrobiotic xanthogranuloma with monoclonal gammopathy. *J Intern Med.* 2014 Sep;276(3):269-84. doi: 10.1111/joim.12195. Epub 2014 Feb 10. PMID: 24428816; PMCID: PMC4279948. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3101022/>.
 8. Bullock JD, Bartley GB, Campbell RJ, Yanes B, Connelly PJ, Funkhouser JW. Necrobiotic xanthogranuloma with paraproteinemia - case report and a pathogenetic theory. *Ophthalmology.* 1986 Sep;93(9):1233-6. doi: 10.1016/S0161-6420(86)33605-4. PMID: 3101022.
 9. Steinhelfer L, Kühnel T, Jägle H, Mayer S, Karrer S, Haubner F, Schreml S. Systemic therapy of necrobiotic xanthogranuloma: a systematic review. *Orphanet J Rare Dis.* 2022 Mar 24;17(1):132. doi: 10.1186/s13023-022-02291-z. PMID: 35331271; PMCID: PMC8944121.
 10. Fay CJ, Iriarte C, Moslehi D, Lam J, Katsyv I, LeBoeuf NR. Ulcerating necrobiotic xanthogranuloma: A clinical sign to reconsider progression from MGUS to multiple myeloma. *JAAD Case Rep.* 2023 Aug 1;40:1-3. doi: 10.1016/j.jidcr.2023.07.024. PMID: 37663892; PMCID: PMC10470407.
 11. Bertuglia G, Brighen S, Bruno B, Impalà GA, D'Agostino M. M-protein-related necrobiotic granuloma in a multiple myeloma patient treated with daratumumab, lenalidomide and dexamethasone. *Br J Haematol.* 2025 Jan;206(1):16-17. doi: 10.1111/bjh.19887. Epub 2024 Nov 14. PMID: 39543460; PMCID: PMC11739761.

CORRESPONDENTIEADRES

Esmee Das

E-mail: e.m.das@dijklander.nl



Een blauwe nodus op de rug

Heleen de Bruin¹, Mirte Siemerink², Stijn van Bergeijk³, Gijs van Leeuwen⁴

Een 76-jarige patiënte presenteerde zich met een spontaan ontstane, groeiende, asymptomatische blauwe papel op het linker schouderblad. Histologisch onderzoek leidde tot een verrassende diagnose.

CASUS

Een 76-jarige vrouw met een blanco dermatologische voorgeschiedenis presenteerde zich op de polikliniek Dermatologie van het St. Antonius Ziekenhuis met een langer dan één jaar bestaand blauw gekleurd bultje op het linker schouderblad (afbeelding 1 en 2). De laesie zou anamnestic in grootte zijn toegenomen, echter gaf patiënte aan er geen klachten van te ondervinden. Bij lichamelijk onderzoek werd op het linker schouderblad een solitaire 1 cm grote, matig scherp begrensde blauwe, fluctuerende papel gezien. Dermatoscopie toonde een homogene blauwe achtergrond met witte lineaire structuren zonder teleangiëctasieën, follikelopeningen of melanocytaire kenmerken. Na palpatie van de laesie evolueerde de fluctuerende papel in korte tijd naar een vrij vaste nodus. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan een blue naevus,

angioom, gepigmenteerd dermatofibroom, dermatofibrosarcoma protuberans, gepigmenteerd basaalcelcarcinoom, dan wel een melanoom. Een diagnostische excisie werd verricht, waarna histopathologisch onderzoek een verbrede epidermis uitrijpend naar orthokeratose toonde, met in de dermis een redelijk afgrensbare haard van fibrohistiocyttaire cellen met storiforme rangschikking en veel ijzerpigment. Op de grens van de laesie was ingevallen collageen zichtbaar (afbeelding 3-5). Histopathologisch onderzoek in combinatie met het klinisch beeld wees op de diagnose *aneurysmatisch dermatofibroom*.

BESPREKING

Het dermatofibroom, ook wel fibreus histiocytoom, is een veelvoorkomende benigne dermale huidtumor, bestaande uit fibroblasten en histiocyten. Het presenteert zich doorgaans



Afbeelding 1. Vooraanzicht van de blauwe nodus op het linker schouderblad.



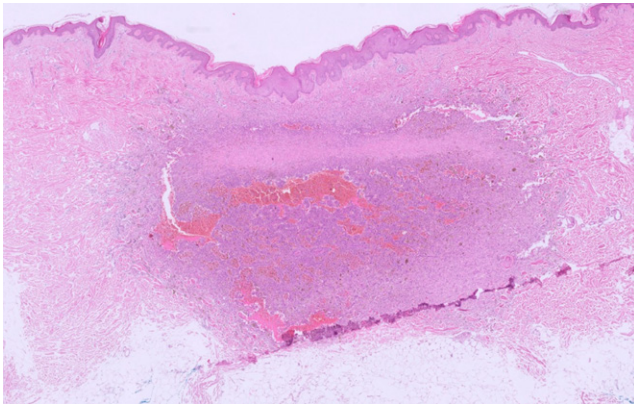
Afbeelding 2. Zijaanzicht van de blauwe nodus op het linker schouderblad.

¹ Anios Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

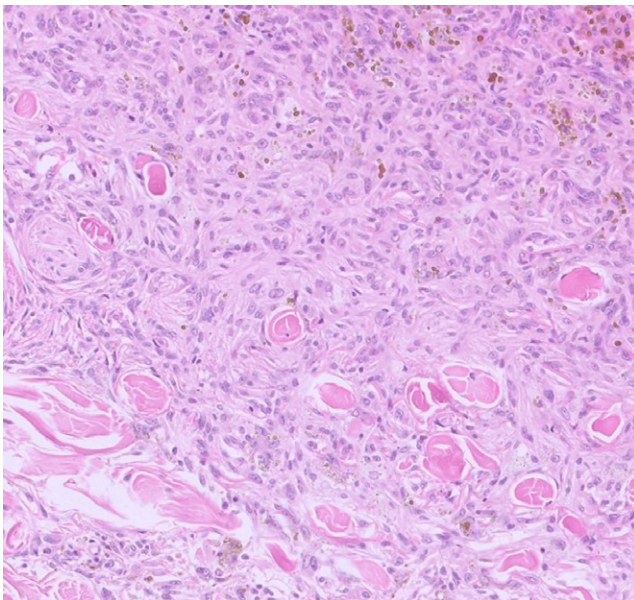
² Dermatoloog, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

³ Aios Pathologie, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

⁴ Patholoog, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein



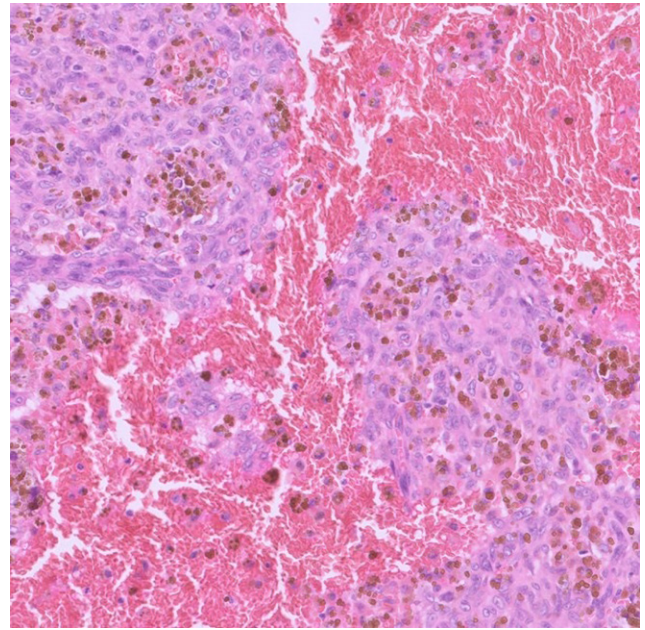
Afbeelding 3. HE coupe, overzicht. Acanthotisch verbreed plaveiselcel-epitheel, waaronder in de dermis een goed afgrensbare laesie ligt met centraal gedilateerde (pseudo)-vasculaire ruimten.



Afbeelding 4. De laesie is opgebouwd uit fibrohistiocytair cellen met geringe kernpolymorfie en storiforme rangschikking. Aan de rand van de laesie is ingevangen collageen zichtbaar.

als een asymptomatische vaste, geïndureerde roodbruine tot soms paarskleurige nodulus of nodus met een diameter van 0.5 tot 1.5 cm en een positief dimple sign. De pathogenese van het dermatofibroom is onbekend.

Het aneurysmatisch dermatofibroom is een zeldzame morfologische variant en vertegenwoordigt 1,7% van alle dermatofibromata. [1] Het betreft een laesie die voor diagnostische uitdagingen kan zorgen door de vele klinische uitingvormen waarin het zich kan voordoen, de uiteenlopende dermatoscopische kenmerken die kunnen worden waargenomen en de gelijkens die het kan hebben met maligne vasculaire tumoren. [2] Waar het gewone dermatofibroom veelal stabiel blijft wat betreft grootte en kleur, presenteert het aneurysmatisch dermatofibroom zich doorgaans als een solitaire erythemateuze papel, door proliferatie van bloedvaten en extravasatie van



Afbeelding 5. Pseudovasculaire ruimten zijn niet bekleed met endotheel, maar met fibrohistiocytair cellen. Er is uitgebreid hemosiderine pigment.

erythrocyten, die vervolgens evolueert naar blauwzwarte en later geelbruine kleur, afhankelijk van de hoeveelheid lipofagen en siderofagen in het infiltraat. Uiteindelijk wordt het, door verhoogde myofibroblastische activiteit en verminderde cellulaire activiteit, een geïndureerde verheven nodulus of nodus, met een weinig uitgesproken of negatief dimple sign. [3] In tegenstelling tot het gewone dermatofibroom kan het aneurysmatisch dermatofibroom gepaard gaan met pijnklachten en snelle groei, tot een diameter van wel 4 cm, als gevolg van spontane bloedingen in de laesie. Dit kan bijdragen aan de verdenking op een maligniteit. [1] De exacte pathogenese van het aneurysmatisch dermatofibroom is niet geheel opgehelderd, maar studies vonden aanwijzingen voor vaatproliferatie en bloedingen in een reeds bestaand fibreus histiocytoom als verklaring. [4] Een voorafgaand trauma wordt zelden gemeld. Het aneurysmatisch dermatofibroom komt veelal voor bij patiënten van middelbare leeftijd en wordt aangetroffen op de onderste extremiteiten (50%), op de bovenste extremiteiten (20%) en op de romp (17%). [3]

Veelvoorkomende dermatoscopische kenmerken die worden beschreven zijn centraal homogene roodblauwe structuurloze gebieden, die histopathologisch overeenkomen met vasculaire ruimten en hemosiderine afzettingen, witte lineaire dan wel homogene structuren, die overeenkomen met uitgesproken fibrose van de dermis, en polymorfe vaten, die de bloedvaten in het stroma weerspiegelen. [5] Perifeer kan een delicaat pigmentnetwerk worden waargenomen. [2]

Histologisch kenmerkt een aneurysmatisch dermatofibroom zich door een acanthotische epidermis en een dermaal gelegen celrijke laesie opgebouwd uit histiocyten en fibroblasten gerangschikt in storiform patroon met een geringe hoeveel-

heid ingevangen collageen (afbeelding 4). [6] Als gevolg van extravasatie van erythrocyten is een grote hoeveelheid intra- en extracellulair hemosiderinepigment diffuus aanwezig met toename van de concentratie in het centrum van de laesie. [7] Typisch zijn de pseudovasculaire ruimten, veelal centraal in de laesie gelegen (afbeelding 3). Deze kunnen variëren van smalle spleetachtige scheuren tot grote caverneuze gebieden. De ruimten worden niet bekleed met endotheelcellen, maar worden bekleed en omgeven door fibroblasten, histiocyten en meerkernige reuscellen (afbeelding 5). [6] In het aangrenzende stroma worden schuimcellen en hemosiderine-bevattende macrofagen gezien. Daarnaast kunnen er talrijke polymorfe capillairen worden waargenomen en de aanwezigheid van reuscellen met een schuimig aspect van het cytoplasma, lijkend op Touton-type cellen, wordt frequent beschreven. [7] De laesionale cellen zijn bij immunohistochemische kleuring negatief voor CD34 en positief voor CD68 en Factor XIIIa. [8]

Het aneurysmatisch dermatofibroom kan klinisch en histopathologisch overeenkomsten vertonen met maligne tumoren. Onderscheid met differentiaal diagnoses als angiomatoïde fibreus histiocytoom (AFH), Kaposi-sarcoom, angiosarcoom en Spindle-cell hemangioom is daarom van belang. [1] Hieronder enkele handvatten ter ondersteuning daarbij (zie ook de samenvatting in tabel 1).

Angiomatoïde fibreus histiocytoom

Het angiomatoïde fibreus histiocytoom komt in de regel voor op de extremiteiten van jonge patiënten en kan gepaard gaan met systemische manifestaties, waaronder anemie of hypergammaglobulinemie. [1] Deze tumor kan zich in tegenstelling tot het aneurysmatisch dermatofibroom in het subcutane weefsel bevinden en presenteert zich als een traag groeiende, meestal pijnloze nodulus. Histopathologisch is de laesie opgebouwd uit ovoïde, epitheloïde of spoelvormige cellen met pseu-

do-angiomatoïde ruimten en een perifeer fibreus pseudo-kapsel met een prominente lymfoplasmacytaire rand. [6] Via molecu- lair onderzoek kan bij twijfel het onderscheid gemaakt worden doordat het AFH een EWSR1::ATF1 of EWSR1::CREB1 fusie heeft, die bij het aneurysmatisch dermatofibroom ontbreekt. [9]

Kaposi sarcoom

Kaposi sarcoom wordt veelal aangetroffen op de onderste extremiteiten van oudere patiënten als ovale, erythemateuze maculae, papels of plaques tot paars-zwarte nodi, variërend in grootte. [6] Microscopisch wordt de laesie gekenmerkt door spleetachtige vasculaire ruimten bekleed met endotheelcellen, veel kleinere vaatstructuren en slechter gedifferentieerde, losse spoelcellige endotheelcellen. CD34 en HHV8 zijn positief, een belangrijk punt dat Kaposi sarcoom onderscheidt van het aneurysmatisch dermatofibroom. [4]

Cutaan angiosarcoom

Cutane angiosarcomen komen bijna uitsluitend voor in het gelaat en op de scalp van oudere patiënten. Het klinisch beeld laat onscherp begrensde erythemateuze tot paarse maculae of plaques zien, die zich later ontwikkelen naar scherper begrensde, meer livide en meer geïndureerde laesies, die kunnen overgaan in donkerrode of paarse nodi. Histologisch ver- tonen ze vasculaire ruimten bekleed met atypische, mitotisch actieve, CD34-positieve endotheelcellen. [6]

Spindle-cell hemangioom

Spindle-cell hemangioom is een vaat tumor die bij kinderen en jongvolwassenen wordt gezien als een vaste blauw doorsche- merende nodulus op de distale extremiteiten. In tegenstelling tot het aneurysmatisch dermatofibroom bestaat het uit echte caverneuze vasculaire ruimten, papillaire intraluminale struc- turen en solide spindle-cell gebieden met focaal gevacuoliseer- de endotheelcellen. [1]

Tabel 1. Overzicht van differentiaal diagnoses van het aneurysmatisch dermatofibroom.

Diagnose	Presentatie	Lokalisatie	Populatie	Histopathologische kenmerken
Angiomatoïde fibreus histiocytoom	Traag groeiende, meestal pijnloze nodulus. Kan gepaard gaan met systemische manifestaties, waaronder anemie of hypergammaglobulinemie.	Extremiteiten	Kinderen en jongvolwassenen	Scherp begrensde subcutane laesie, opgebouwd uit ovoïde, epitheloïde of spoelvormige cellen met pseudo-angiomatoïde ruimten en een perifeer fibreus pseudo-kapsel met een prominente lymfoplasmacytaire rand.
Kaposi sarcoom	Ovale, erythemateuze maculae, papels of plaques tot paars-zwarte nodi, variërend in grootte.	Onderste extremiteiten	Oudere patiënten	Veel kleinere vaatstructuren en spleetachtige vasculaire ruimten bekleed met CD34- en HHV8-positieve endotheelcellen.
Cutane angiosarcomen	Onscherp begrensde erythemateuze tot paarse maculae of plaques, die zich later ontwikkelen naar scherper begrensde, meer livide en meer geïndureerde laesies, die kunnen overgaan in donkerrode of paarse nodi.	Bijna uitsluitend in het gelaat en op de scalp	Oudere patiënten	Vasculaire ruimten bekleed met atypische, mitotisch actieve, CD34-positieve endotheelcellen.
Spindle-cell hemangioom	Vaste blauw doorschemerende nodulus.	Distale extremiteiten	Kinderen en jongvolwassenen	Bestaat uit echte caverneuze vasculaire ruimten, papillaire intraluminale structuren en solide spindle cell gebieden met focaal gevacuoliseerde CD34-positieve endotheelcellen.

Het aneurysmatisch dermatofibroom wordt geassocieerd met een hogere recidiefkans van bijna 20% vergeleken met het gewone dermatofibroom. Meest waarschijnlijk is dit te wijten aan irradicale excisie van de tumor, gezien de vaak grote omvang. [10] Totale excisie is de behandeling van eerste keuze, echter worden er in de literatuur geen aanbevelingen gedaan met betrekking tot de excisiemarge. Metastasering van een ogenschijnlijk benigne dermatofibroom is zeer zeldzaam, tot op heden zijn slechts acht gevallen van een gemetastaseerd aneurysmatisch dermatofibroom gerapporteerd. [11]

CONCLUSIE

Het aneurysmatisch dermatofibroom kan verscheidene dermatoscopische en klinische kenmerken vertonen, die vaker voorkomende benigne of maligne cutane neoplasmata kunnen nabootsen. Histopathologisch onderzoek is daarom van groot belang om het aneurysmatisch dermatofibroom te onderscheiden van een eventuele huidmaligniteit.

LEERPUNTEN

- Het aneurysmatisch dermatofibroom is een zeldzame variant van het dermatofibroom, een benigne huidtumor.
- Het komt in de regel voor op de romp en extremiteiten van patiënten van middelbare leeftijd als een solitaire erythemateuze tot blauw-zwarte papel, nodulus of nodus.
- Het presenteert zich doorgaans asymptomatisch, maar kan incidenteel pijnklachten geven door spontane intralesionale bloedingen.
- Klinisch en dermatoscopisch kan het aneurysmatisch dermatofibroom overeenkomsten vertonen met maligne (vasculaire) tumoren. Verricht daarom laagdrempelig aanvullend histopathologisch onderzoek.
- De behandeling bestaat uit chirurgische excisie.
- De recidiefkans na excisie blijkt hoger dan bij gewone dermatofibromen.

TREFWOORDEN

Aneurysmatisch dermatofibroom – fibreus histiocytom – benigne huidtumoren

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen

LITERATUUR

1. McKenna DB, Kavanagh GM, McLaren KM, Tidman MJ. Aneurysmal fibrous histiocytoma: an unusual variant of cutaneous fibrous histiocytoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1999 May;12(3):238-40. PMID: 10461644.
2. Munekata Y, Kitamura S, Yanagi T, Shimano M, Ujiie H. Dermoscopic features of aneurysmal dermatofibroma: A case report and review of the literature. *J Dermatol.* 2022 May;49(5):e169-e170. doi: 10.1111/1346-8138.16306. Epub 2022 Jan 17. PMID: 35037295.
3. Kandal S, Ozmen S, Demir HY, Tuncer S, Ekinci O, Atabay K. Aneurysmal fibrous histiocytoma of the skin: a rare variant of dermatofibroma. *Plast Reconstr Surg.* 2005 Dec;116(7):2050-1. doi: 10.1097/01.prs.0000192553.17660.29. PMID: 16327640.
4. Serin M, Leblebici C, Aksu EK, Kurt Yazar S. Aneurysmal fibrous histiocytoma. *BMJ Case Rep.* 2018 Aug 14;2018:bcr2018225198. doi: 10.1136/bcr-2018-225198. PMID: 30108116; PMCID: PMC6101319.
5. Bostan E, Durmus O, Kosemehmetoglu K. A rare case of aneurysmal dermatofibroma with distinct dermatoscopic findings. *J Cosmet Dermatol.* 2022 Aug;21(8):3613-3614. doi: 10.1111/jocd.14639. Epub 2021 Nov 23. PMID: 34812566.
6. Antony A, Kiran CM, Phansalkar M, Jothi C, Jayakar J. Aneurysmal variant of fibrous histiocytoma - A rare entity known for recurrence. *J Clin Diagn Res.* 2017 Jun;11(6):ED08-ED09. doi: 10.7860/JCDDR/2017/26524.10080. Epub 2017 Jun 1. PMID: 28764178; PMCID: PMC5535371.
7. Santa Cruz DJ, Kyriakos M. Aneurysmal ("angiomatoid") fibrous histiocytoma of the skin. *Cancer.* 1981 Apr 15;47(8):2053-61. doi: 10.1002/1097-0142(19810415)47:8<2053::aid-cnrcr2820470825>3.0.co;2-a. PMID: 6261935.
8. Gupta P, Garg S, Sethy M, Behera B, Thakur V. A solitary firm nodule over back. *Indian Dermatol Online J.* 2024 May 20;15(4):652-654. doi: 10.4103/idoj.idoj_425_23. PMID: 39050056; PMCID: PMC11265757.
9. Kao YC, Lan J, Tai HC, Li CF, Liu KW, Tsai JW, Fang FM, Yu SC, Huang HY. Angiomatoid fibrous histiocytoma: clinicopathological and molecular characterisation with emphasis on variant histomorphology. *J Clin Pathol.* 2014 Mar;67(3):210-5. doi: 10.1136/jclinpath-2013-201857. Epub 2013 Sep 16. PMID: 24043718.
10. Alves JV, Matos DM, Barreiros HF, Bartolo EA. Variants of dermatofibroma - a histopathological study. *An Bras Dermatol.* 2014 May-Jun;89(3):472-7. doi: 10.1590/abd1806-4841.20142629. PMID: 24937822; PMCID: PMC4056706.
11. Mankertz F, Keßler R, Rau A, Seebauer C, Ribback S, Busemann A. Pulmonary metastasising aneurysmal fibrous histiocytoma: A case report, literature review and proposal of standardised diagnostic criteria. *Diseases.* 2023, 11, 108. <https://doi.org/10.3390/diseases11030108>.

CORRESPONDENTIEADRES

Heleen de Bruin

E-mail: heleendebruin92@gmail.com



De richtlijn Veneuze pathologie: enquête naar het handelen in de spreekkamer

Kees-Peter de Roos¹, Rob Beljaards², Birgitte Visch³, Catherine van Montfrans⁴

De richtlijn *Veneuze pathologie* uit 2014 werd in de periode 2020-2023 op onderdelen 'varices' en 'ulcus cruris' herzien. Deze modulaire herziening werd begin 2024 in dit tijdschrift besproken. [1] In hoeverre worden deze nieuwe onderdelen een jaar na de introductie door de leden gebruikt in de praktijk? Hiertoe legden we een enquête voor aan alle 608 NVDV leden (65% vrouw; 35% man). Aios werden niet meegenomen in de enquête omdat niet iedereen van deze groep flebologie doet tijdens de opleiding.

RESULTATEN

Van de 94 respondenten (68=vrouw; 26=man) zien tien geen flebologische patiënten en werd de enquête afgerond. Van de 84 resterende respondenten die flebologische patiënten zien, wordt door het merendeel alle categorieën patiënten behandeld (tabel 1). De patiënten met veneuze pathologie worden doorgaans binnen de vakgroep behandeld, hetzij door de respondent zelf (n=70), hetzij een andere dermatoloog (n=10). Vier respondenten verwijzen deze patiënten naar de vaatchirurg.

Tabel 1. Verschillende categorieën patiënten die worden behandeld.

Alle categorieën	74
Alleen ulcus cruris	4
Alleen varices met reflux	1
Alleen asymptomatische varices	0
Ulcus cruris en varices met reflux	2
Ulcus cruris en asymptomatische varices	1
Varices met reflux en asymptomatische varices	1
Geen van de bovenstaande categorieën	11
Totaal	94

Ongeveer de helft van de respondenten (n=44) is op de hoogte van de modulaire herziening van de richtlijn. In totaal is deze herziening in ongeveer een kwart van de gevallen besproken binnen de vakgroep. Aan de dermatologen die van de herziene richtlijn op de hoogte zijn, is de vraag gesteld wat men denkt dat deze richtlijn voor de zorg betekent. Daarop antwoordt 52% van de 44 dat het leidt tot 'hogere kwaliteit van zorg' en 20% tot 'minder praktijkvariatie'. De rest (28%) vindt dat het

tot 'niets' of 'meer administratie' leidt. Niemand antwoordde minder 'kwaliteit van zorg'.

Van de respondenten ziet driekwart (n=51) gedurende 1 à 2 dagdelen flebologische patiënten. De rest ziet vaker flebologische patiënten, respectievelijk 3-4 dagdelen (n=11), 5-6 dagdelen (n=4) en zelfs 7-8 (n=3) dagdelen flebologische patiënten. Zie figuur 1 voor het totaal aantal flebologische patiënten dat een respondent per week ziet.

Het merendeel van de respondenten (74%) verricht het duplexonderzoek altijd of regelmatig zelf, terwijl in 26% van de gevallen dit wordt uitgevoerd door een vaatlaborant. Het duplexonderzoek wordt volgens de respondenten niet door een vaatchirurg verricht in hun centrum. Van de respondenten geeft 17% aan dat er een gemeenschappelijk spreekuur is met een vaatchirurg.

Ook waren we geïnteresseerd in de behandeling van het ulcus cruris. De respondenten geven aan dat bij hun patiënten met een ulcus cruris in 46% altijd en in 50% op indicatie een enkel-arm index wordt gemeten. Slechts 4% laat nooit een enkel-arm index meten.

Teendrukken worden door 10% altijd en 66% alleen op indicatie gemeten, 24% meet nooit een teendruk. Een duplexonderzoek wordt standaard verricht bij 70% van de patiënten met stam- of zijtakvarices en 38% van de patiënten met reticulair- of bezemrijs varices. In geval van een ulcus cruris verricht 63% een duplexonderzoek.

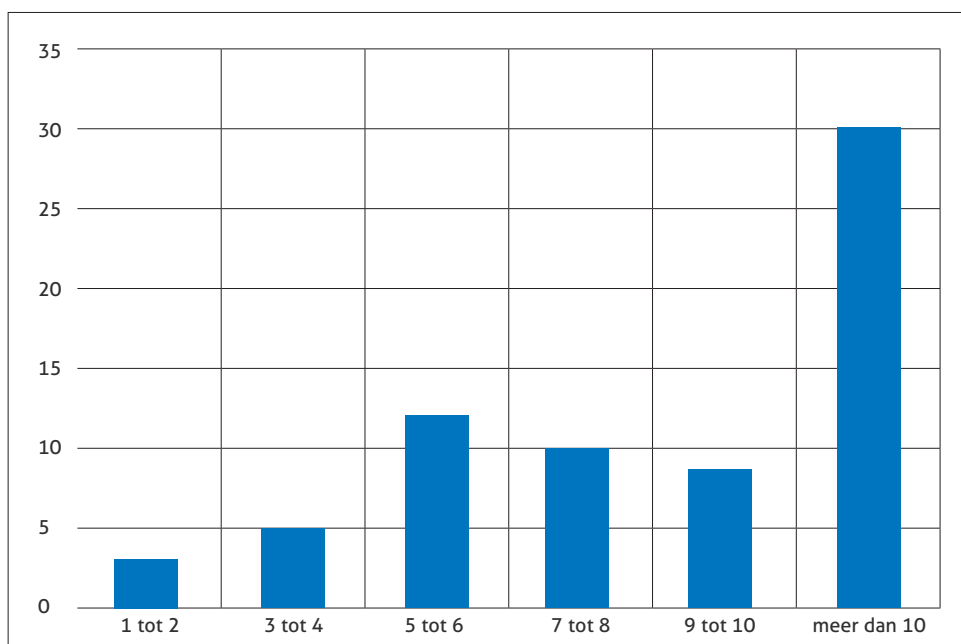
In de overgrote meerderheid van de instellingen (96%) waar de respondenten werken, worden endovasculaire procedures

¹ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Radboudumc, Nijmegen

² Dermatoloog, Centrum Oosterwal, Noord-Holland

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Rijnstate Arnhem

⁴ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam



Figuur 1. Aantallen flebologische patiënten per respondent per week.

verricht. Op de vraag wie deze procedure uitvoert, antwoordt 54% 'zelf' en 60% 'en/of een collega dermatoloog'. Opvallend is dat 10% aangeeft dat een physician assistant de procedure uitvoert. Een grote meerderheid (98%) geeft aan dat in de instelling ambulante flebectomie wordt verricht. Ook hier weer doet de respondent het zelf (62%) en/of een collega dermatoloog (60%). Op de vraag of varices in de instelling ook nog chirurgisch worden behandeld (crossectomie, strip), antwoordt 57% bevestigend.

Met betrekking tot de *Indicatorenset veneuze ziekten* is iets minder dan de helft van de respondenten (49%) daarmee bekend. Van diegenen die bekend zijn met de indicatorenset, vult iets meer dan de helft (51%) deze set zelf in voor de vakgroep en 34% geeft aan dit iemand in de organisatie dat doet. 51% bespreekt de indicatorenset ook in de vakgroep. Ongeveer een derde van alle respondenten vindt dat deze indicatoren niet bijdragen aan de implementatie van de richtlijn en bijna de helft (48%) weet dit niet, wat ongeveer overeenkomt met het percentage dat het bestaan van de indicatorenset niet kent. Anders geformuleerd: bijna tweederde van de dermatologen die de indicatorenset wel invult, vindt dat die actie weinig tot niets bijdraagt aan de zorg.

Met betrekking tot de titel 'arts-fleboloog DCoP', is 59% van de ondervraagden bekend met de titel en 41% niet. Van de ondervraagden vindt 21% deze certificering een goede ontwikkeling en 79% vindt het een slechte ontwikkeling. Deels omdat een dermatoloog immers ook fleboloog (16%) is en deels omdat de flebologie een onderdeel moet blijven van de opleiding tot dermatoloog (42%).

Van de respondenten is slechts 7% van plan om de titel 'arts-fleboloog DCoP' zelf ook aan te vragen. 63% van de respondenten weet ook niet aan welke voorwaarden men moet voldoen om de titel/certificering aan te vragen.

DISCUSSIE

Anders dan bij een eerdere enquête over isotretinoïne, waarop de respons onverwacht hoog was, ligt het aantal gere-tourneerde formulieren voor deze enquête iets boven het gemiddelde (92 van de 608 dermatologen = 15%, gemiddelde bij andere enquêtes is 10%). De uitkomst mag dus als indicatief worden beschouwd. De respondenten bieden voor het overgrote deel flebologische zorg in de volle breedte, inclusief Duplexonderzoek, endovasculaire procedures en ambulante flebectomie. En hoewel de NVDV er alles aan doet om haar leden te informeren, door middel van nieuwsbrieven over de voortgang van richtlijnen, inspraak mogelijkheden in de autorisatiefase en publicatie in het *Nederlands tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie* [1] is een belangrijk deel van de dermatologen niet op de hoogte van de modulaire herziening van de richtlijn *Veneuze pathologie*. Bovendien wordt zo'n blinde vlek niet gecorrigeerd door richtlijnen te bespreken in de vakgroep. Slechts 43% vindt dat de richtlijn de zorg verbetert en meer dan een kwart vindt dat de richtlijn niets toevoegt en tot meer administratieve last leidt. Los van hoe men denkt over of wat men vindt van richtlijnen, is het interessant om te observeren of een richtlijn daadwerkelijk is geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk. Wat betreft de richtlijn *Veneuze pathologie* zien we bijvoorbeeld dat minder dan de helft van de respondenten in geval van een ulcus cruris een enkel/arm index meet, terwijl de richtlijn dat wel adviseert.

In de richtlijn *Veneuze pathologie* is beschreven wat de gewenste wijze van werken is om veilige zorg voor patiënten te realiseren. Indicatoren zijn bedoeld om te meten of de huidige manier van werken overeenkomt met de gewenste manier van werken en om te signaleren waar mogelijkheden liggen voor verbetering. Vandaar dat we geïnteresseerd waren in de zogenaamde indicatorenset veneuze ziekten. Een opvallend deel van de dermatologen vult niet alleen de

indicatorenset niet in (wat mogelijk kan worden verklaard door het feit dat binnen een vakgroep één dermatoloog nodig is om de set in te vullen), maar is het bestaan van deze set niet eens bekend (51%). Van degenen die de indicatorenset wel kennen en ook invullen, zegt bijna tweederde dat de set weinig tot niets bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Dit laatste is opvallend. Het appelleert aan een groeiend ongenoegen in de zorg om 'zinloze lijstjes' in te vullen, een ongenoegen dat ook gevoeld wordt door zorgpartijen gezien het landelijke programma Aanpak Regeldruk.

Niet alleen is het zorgelijk dat er de implementatie van de geüpdatete richtlijn schijnbaar onvoldoende aandacht is besteed aan het bestaan van de indicatorenset. Maar waar indicatoren bedoeld zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren vindt de overgrote meerderheid het invullen van de set een zinloze actie. Klaarblijkelijk sluit hetgeen wordt bedacht aan kwaliteitsverbetering weinig aan bij de praktijk en dat stemt tot nadenken.

Om de kwaliteit in flebologische zorg transparanter te maken, vooral nu niet elke aios dermatologie meer alle behandelingen leert van de flebologie, heeft de *Dutch College of Phlebology* de titel 'arts-fleboloog DCoP' ontwikkeld. Hoewel deze titel ontstaan is vanuit de behoefte om onder basisartsen het kaf

van het koren te scheiden en hen in de gelegenheid te stellen om hun expertise op flebologisch gebied aan te tonen, kunnen ook dermatologen en chirurgen bij gebleken bekwaamheid deze titel aanvragen. Echter een groot deel van de onder-vraagden vindt de titel een slechte ontwikkeling. Immers, flebologie is al een onlosmakelijk onderdeel van de opleiding tot dermatoloog en het aan moeten vragen van deze titel leidt alleen maar tot meer administratieve last en onnodige kosten. Er is onder de respondenten in ieder geval weinig animo om deze titel/certificering aan te gaan vragen. Echter, dit gevoel is ongegrond; een dermatoloog zal zich ook in de toekomst nooit hoeven te certificeren om flebologie uit te mogen oefenen. Communicatie over deze ongegronde angst lijkt wenselijk.

LITERATUUR

1. Adamse DS, Smit C, de Roos K-P. Herziening richtlijn Veneuze pathologie 2020-2023. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol.* 2024;34:42-4.

CORRESPONDENTIEADRES

Kees-Peter de Roos

E-mail: kees-peter.deroos@radboudumc.nl



Eosinofiel annulair erytheem: een ongewone eosinofiele dermatose

Dani Heuts¹, Myrurgia Abdul Hamid², Rein Posthuma³, Lennart Conemans⁴, Jade Logger⁵

Wat begon met een annulair erytheem met een brede differentiaaldiagnose, ontwikkelde zich tot een opname bij de longafdeling vanwege ernstige dyspnoe. Deze casus van een 17-jarige patiënte illustreert het boeiende samenspel tussen een zeldzame eosinofiele dermatose en mogelijk onderliggend lijden.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Wij zagen op de polikliniek Dermatologie een 17-jarige patiënte die anderhalve week daarvoor meerdere acuut ontstane, rode, jeukende bultjes in haar hals links had bemerkt. Deze bultjes waren fors gegroeid tot grote kringen met een verheven rode rand. Ook waren soortgelijke laesies op de linkerflank, het rechterbovenbeen en de linker knieholte ontstaan. Behandeling met desloratadine en koelzalf gaven geen verbetering. Patiënte had sinds een half jaar chronische verkoudheidsklachten en recent tweemaal een keelontsteking gehad waarvoor antibiotica. Sinds het ontstaan van de huidafwijkingen kreeg zij toenemend last van vermoeidheid en dyspneu, waarvoor ze éénmaal een kuur prednison en nu inhalatiemedicatie via de longarts had. Er was geen sprake van algehele malaise, koorts of gewrichtsklachten. Behalve een oraal anticonceptivum gebruikte zij geen medicatie. De reisanamnese was negatief. Patiënte had geen insectensteken of tekenbeet bemerkt.



Figuur 1. Handpalmgrote annulaire tot polycyclische vlakke, mild gehyperpigmenteerde plaque met verheven erythemateuze rand in de hals links.



Figuur 2. Soortgelijke annulaire tot polycyclische vlakke, mild gehyperpigmenteerde plaques met verheven erythemateuze rand links axillair en op de linker bovenarm. De cirkel toont de locatie van bioptafname.

Bij lichamelijk onderzoek zagen wij ter plaatse van de hals links een handpalmgrote, mild gehyperpigmenteerde, vlakke annulaire tot polycyclische plaque met verheven erythemateuze rand. Multiple soortgelijke kleinere plaques waren aanwezig in de linkerflank, beiderzijds axillair, en in de linker knieholte (figuur 1 t/m 3). Er was geen sprake van atrofie of desquamatie. In toto inspectie toonde geen huidafwijkingen elders.

Onze klinische differentiaaldiagnose betrof: gedissemineerde granuloma annulare, erythema annulare centrifugum, erythema migrans arciforme et palpabile, erythema migrans, erythema marginatum, tinea corporis, annulaire lupus, annulaire lichen planus of annulair elastolytic giant cell granuloma. Een 4-mm huidbiopt werd afgenomen van de rand van de plaque links axillair (figuur 2). Er werd gestart met mometasonzalf eenmaal daags.

¹ Destijds anios Dermatologie, Laurentius ziekenhuis, Roermond. Momenteel anios, Maastricht Universitair Centrum+

² Patholoog, MUMC+, Maastricht

³ Longarts, MUMC+, Maastricht

⁴ Longarts, MUMC+, Maastricht

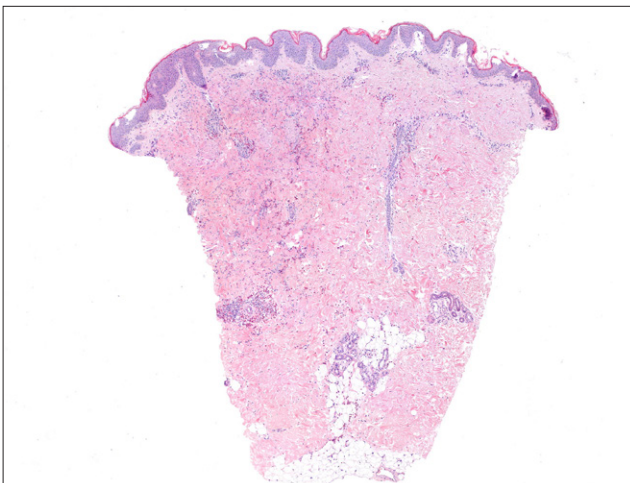
⁵ Aios Dermatologie, MUMC+, Maastricht



Figuur 3. Soortgelijke lenticulaire tot nummulaire annulaire tot polycyclische vlakke, mild gehyperpigmenteerde plaques met verheven erythemateuze rand in de knieholte links.

Histopathologisch onderzoek toonde verrassend een uitgebreid infiltraat in de dermis en doorlopend naar subcutis bestaande uit hoofdzakelijk eosinofielen (figuur 4a). Enkele 'flame figures' waren aanwezig (figuur 4b). Er was geen sprake van toename van mestcellen of langerhanscellen en de PAS kleuring was negatief voor schimmels. Ook werden geen tekenen van vasculitis of granuloomvorming gezien. Op basis van deze bevindingen stelden we onze differentiaaldiagnose bij naar eosinofiele cellulitis (Wells syndroom), een allergische/parasitaire reactie of (idiopathisch) hypereosinofiel syndroom (HES).

Een week na ons polikliniek bezoek werd patiënte in verband met progressieve dyspneu opgenomen op de afdeling Longziekten. Een CT-thorax toonde gebieden van matglas in de linkeronder- en bovenkwab. Laboratoriumonderzoek toonde fors verhoogde eosinofielen (absolute waarde 2260 10x6/L, relatief 24%) en totaal IgE (3179 kU/L). Uitgebreid aanvullend onderzoek en intercollegiaal overleg met de immunoloog (ANCA, Phadiatop, tryptase), infectioloog (Borrelia, hepatitis



Figuur 4a. Coupe van huidbiopt met normaal aspect van de epidermis en een uitgebreid eosinofiel infiltraat in de dermis, doorlopend naar de subcutis.

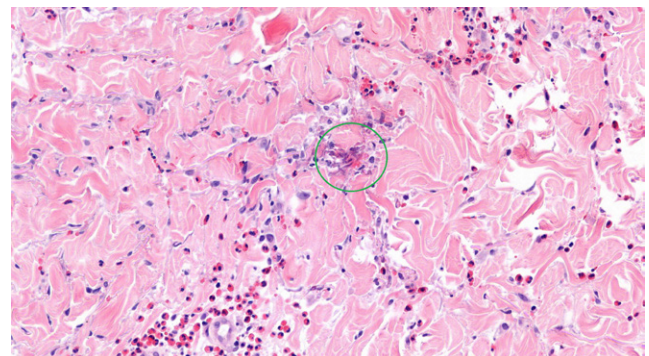
B/C, faeces voor darmparasieten), KNO-arts (nasendoscopie), cardioloog (ECG) en hematoloog (beenmergpunctie) toonde behalve beperkte neuspoliepen, rhinitis en een sensibilisatie voor huisstofmijt, honden en katten, geen afwijkingen. Primaire en secundaire HES en eosinofiele granulomatose met polyangiitis (EGPA) werden uitgesloten. De uiteindelijke diagnose betrof allergisch eosinofiel astma. Er werd gestart met prednison 40 mg/dag waarna haar cutane en respiratoire klachten binnen enkele dagen fors verbeterden (figuur 5). De eosinofilie en IgE in het bloed normaliseerden vlot. In poliklinische setting werd mepolizumab (een IL-5 inhibitor) gestart waarop haar respiratoire klachten verder afnamen en prednison gestaakt kon worden. Tot op heden zijn er geen cutane recidieven en is haar pulmonale toestand goed onder controle.

Na clinicopathologische correlatie, en op basis van bovenstaand beloop, hebben wij haar huidbeeld gedeut als *eosinofiel annulair erytheem (EAE)*.

BESPREKING

EAE is een zeldzame inflammatoire huidaandoening die behoort tot de groep van eosinofiele dermatosen. Het werd voor het eerst beschreven door Peterson and Jarrat in 1981 bij kinderen. [1] In 2000 werd door Kahofer et al. de eerste volwassen patiënt beschreven. [2] EAE kenmerkt zich door annulaire of polycyclische erythemateuze plaques met centrale genezing, meestal gelokaliseerd op de romp en proximale extremiteiten. De laesies zijn doorgaans asymptomatisch of licht jeukend. EAE komt ongeveer even vaak bij mannen als vrouwen voor en op alle leeftijden. [3]

Het histopathologisch beeld van EAE toont een dermale perivasculaire en interstitiële infiltratie van eosinofielen, soms met lymfocyten, histiocyten en flame figures (dit zijn dermaal gelegen gedegenerende collageenbundels omgeven door eosinofiel débris). Het histopathologisch beeld van onze patiënte sluit goed aan bij EAE, hoewel dit ook bij Wells syndroom (WS) zou kunnen passen. Het maken van onderscheid tussen EAE en WS op klinische en histopathologische gronden is complex en onderwerp van discussie. De discussie betreft met name of EAE een apart ziektebeeld is of dat het een variant van WS betreft. [4,5] Beide aandoeningen worden histologisch



Figuur 4b. Vergroting van de coupe van het huidbiopt waarbij het eosinofiel infiltraat en een 'flame figure' (groene cirkel) zichtbaar is.



Figuur 5. Verbetering van het huidbeeld in de hals links enkele dagen na start prednison.

gekenmerkt door dermale eosinofiele infiltratie; flame figures lijken vaker voor te komen bij WS dan bij EAE, echter kunnen deze bij EAE ook voorkomen, met name in langdurige of goed ontwikkelde laesies. [4,6] Het klinisch beeld verschilt; bij WS lijken de plaques oedemateus/cellulitis-achtig, terwijl deze bij EAE juist annulair/polycyclisch zijn. WS wordt mogelijk vaker voorafgegaan door een prodromale fase met jeuk, pijn en branderigheid. Tevens is perifere eosinofilie vaker aanwezig bij WS dan bij EAE; echter zijn er ook casussen beschreven waarbij er sprake is van verhoogde eosinofielen bij EAE. [4-8]

De klinische differentiaaldiagnose van EAE omvat naast WS en eerdergenoemde opties bij onze casus ook sarcoidose, erythema gyratum repens, bulleus pemfigoid en interstitiële granulomateuze dermatitis. [8-9] Bij perifere eosinofilie is het tevens belangrijk om onderliggende oorzaken zoals een parasitaire infectie en HES uit te sluiten; bij dit laatste is er sprake van eosinofiel gemedieerde orgaanschade (o.a. huid, longen, maag-darmstelsel). [10] Een doorverwijzing naar een hematoloog kan hierbij nodig zijn.

De pathogenese van EAE is niet volledig opgehelderd. Er wordt vermoed dat het een type IV-overgevoeligheidsreactie betreft op een onbekend antigeen zoals een infectie of allergeen. Dit resulteert in release van IL-5, activatie en migratie van eosinofielen, en daarna overproductie van diverse cytokines zoals IL-4 en IL-13. [11] Er zijn associaties tussen EAE en diverse chronische aandoeningen zoals auto-immuun schildklierziekten, systemische lupus erythematoses, auto-immuun hepatitis en diabetes mellitus beschreven. [7] Behandeling van deze systemische ziekten leidt tot minder recidieven en langere remissie van EAE. [4] Een relatie tussen EAE en eosinofiel astma is in de literatuur één keer eerder genoemd. [6] Deze overlap suggereert dat EAE onderdeel kan zijn van een onderliggende eosinofiele systemische ontregeling die in meerdere orgaansystemen tot expressie komt, zeker bij predispositie voor atopie of allergie. Onze casus ondersteunt de hypothese dat EAE tot een breder spectrum behoort van eosinofiel-geassocieerde ziekten, waarbij manifestatie in huid en long mogelijk is.

Hoewel EAE self-limiting kan zijn binnen een periode van 4 tot 12 maanden, is het beloop vaak chronisch recidiverend. Er bestaat nog geen gestandaardiseerde behandeling. De eerste stap in de behandeling van het huidbeeld bestaat uit klasse III of IV topische corticosteroiden. Bij uitgebreide of hardnekkige gevallen van EAE gaat de voorkeur uit voor systemische therapie, waarbij prednison of hydroxychloroquine (Plaquenil) de voorkeur hebben, eventueel gecombineerd. [12] Hydroxychloroquine (200-400mg/dag) remt eosinofiele chemotaxis en cytokineproductie. [3,13] Bij snelle recidieven of ineffectiviteit kan Dapson (50-100 mg/dag) worden overwogen; dit werkt vermoedelijk via remming van eosinofiel-peroxidase en onderdrukking van mestceldegranulatie. [3,14] Andere opties zijn UVB therapie, ciclosporine, methotrexaat, mycophenolaatmofetil, doxycycline en dupilumab met wisselende effecten. [15] Tevens is er een casus beschreven met goed effect van mepolizumab, net zoals in onze casus. Via binding aan IL-5 remt deze biological de aanmaak en weefselmigratie van eosinofielen. [3,11]

LEERPUNTEN

- Eosinofiel annulair erytheem (EAE) presenteert zich met asymptomatische of licht jeukende, chronische recidiverende erythemateuze annulaire tot polycyclische plaques, vooral op romp en proximale extremiteiten.
- De klinische en histologische presentatie van EAE kan overlappen met Wells syndroom; mogelijk betreft EAE een variant hiervan.
- EAE kan gepaard gaan met perifere eosinofilie en eosinofiele activatie in andere orgaansystemen zoals de longen, mogelijk als onderdeel van een bredere respons op triggers zoals allergeen of infectie. Dit maakt een brede diagnostische interdisciplinaire benadering nodig om o.a. parasitaire infecties, EGPA en primaire en secundaire HES uit te sluiten.
- Beschreven behandelopties zijn o.a. topische en systemische corticosteroiden, hydroxychloroquine, Dapson en biologicals zoals de IL-5 inhibitor mepolizumab.

TREFWOORDEN

Eosinofiel annulair erytheem - eosinofiele dermatosen - Wells syndroom - eosinofiel allergisch astma - mepolizumab

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen

LITERATUUR

1. Peterson Jr AO, Jarratt M. Annular erythema of infancy. Arch Dermatol. 1981;117(3):145-8.
2. Kahofer P, Grabmaier E, Aberer E. Treatment of eosinophilic annular erythema with chloroquine. Acta Derm Venereol. 2000;80(1):70-1.
3. Żychowska M, Tutka K, Reich A. Mepolizumab therapy for recalcitrant eosinophilic annular erythema. J Am Acad Dermatol. 2018;79(5):1000-1002.

trant eosinophilic annular erythema in an adult: A case report and review of treatment options. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2020;10(4):893-9.

4. El-Khalawany M, Al-Mutairi N, Sultan M, Shaaban D. Eosinophilic annular erythema is a peculiar subtype in the spectrum of Wells syndrome: a multicentre long-term follow-up study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(8):973-9.
5. Rongioletti F, Fausti V, Kempf W, Rebora A, Parodi A. Eosinophilic annular erythema: an expression of the clinical and pathological polymorphism of Wells syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(4):e135-e7.
6. Yanagihara S, Oiso N, Kawada A. Eosinophilic annular erythema associated with eosinophilic pneumonia and asthma. *Int J Dermatol*. 2021;60(8):1034-5.
7. Gray T, Lee J, Segars K, Knopp E, Miller R. Eosinophilic annular erythema: A striking clinical presentation with potential systemic implications. *JAAD Case Rep*. 2021;16:33-6.
8. Eljazouly M, Chahboun F, Alj M, Oqbani K, Chiheb S. Eosinophilic annular erythema: A new entity of eosinophilic dermatosis. *Cureus*. 2022;14(2):e22657.
9. Al-Zahawi S, Nasimi M, Azhari V, Razavi Z. A rare case of eosinophilic annular erythema, an uncommon new entity of eosinophilic dermatosis. *Clin Case Rep*. 2024;12(6):e9009.
10. Valent P, Klion AD, Horny HP, Roufosse F, Gotlib J, Weller PF, et al. Contemporary consensus proposal on criteria and classification of eosinophilic disorders and related syndromes. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;130(3):607-12.e9.
11. Chastagner M, Shourik J, Jachiet M, Battistella M, Lefevre G, Gibier JB, et al. Treatment of eosinophilic annular erythema: Retrospective multicenter study and literature review. *Ann Dermatol Venereol*. 2022;149(2):123-7.
12. Dacy N, Oney K, Fiala K, Parekh P. Eosinophilic annular erythema. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2021;34(5):606-7.
13. Alharbi R, Peric J, Wolff H, Wollenberg A. Dapsone treatment for eosinophilic annular erythema. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(3):e153-e4.
14. Wallis L, Gilson RC, Gilson RT. Dapsone for recalcitrant eosinophilic annular erythema: A case report and literature review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2018;8(1):157-63.
15. Bettolini L, Maione V, Bighetti S, Venturini M, Incardona P, Calzavara-Pinton P, et al. Eosinophilic annular erythema: Clinicopathologic analysis and therapeutic outcomes from a multicenter cohort. *Dermatol Pract Concept*. 2025;15(2).

CORRESPONDENTIEADRES

Dani Heuts

E-mail: dani.heuts@hotmail.com



Spikkels met streken

Jorn Bovenschen

Op de polikliniek komt een patiënte van 51 jaar met een gespikkelde bruine laesie op haar been sedert de geboorte (figuur 1). Hierin is de laatste jaren een donkere, soms bloedende plek ontstaan, waarover zij zich zorgen maakt. Ze wil hoe dan ook van de donkere plek af omdat deze bloedt en hinderlijk is.

Vragen

- Hoe heet de gespikkelde laesie op haar been?
 - Nevus sebaceus
 - Nevus comedonicus
 - Lentigo solaris
 - Lentigo maligna
 - Nevus spilus
- Waarom is de donkere laesie afgetekend voor excisie?
 - Verdenking melanoom
 - Hinderlijke bloedende verruca seborrhoeica
 - Pyogeen granuloom of getromboseerd angioom dat PA-verificatie vereist
- Wat is waar omtrent de donkere laesie op haar been?
 - Zeldzaam dat deze in de oorspronkelijke laesie ontstaat
 - Veelvoorkomend fenomeen
- Wat is er misgegaan in deze casus?
 - Er had met shave excisie kunnen volstaan, zodat patiënte een groter litteken bespaard bleef.
 - De excisie had achterwege gelaten kunnen worden en patiënte kon gerustgesteld worden.
 - De excisie had in de lengterichting afgetekend moeten worden en zo geëxcideerd moeten worden.

De antwoorden vindt u op pag. 38



Figuur 1. Een groepsgewijs gespikkelde lichtbruine macula op het bovenbeen met daarin een donkere verheven grillige meerkleurige nevoide afwijking.



Samen bouwen aan de huidzorg van morgen

Annemie Galimont-Collen¹, Karlijn Sterkenburg²

De zorgvraag stijgt, de capaciteit daalt en de druk op dermatologen groeit. Wachttijden lopen op, patiënten worden mondiger. En de maatschappelijke context - van vergrijzing tot desinformatie - voert de druk alleen maar verder op. Het wordt steeds moeilijker om iedereen tijdig en adequaat te helpen. Onmogelijk is het echter niet! Een bredere blik op de zorg waarbij men paramedici nauwer bij het zorgproces betreft, zou een deel van de oplossing kunnen zijn. Door slimme, structurele samenwerking met paramedici ontstaat ruimte voor duurzame, patiëntgerichte huidzorg. Als dermatologen nauwer werken met flankerende beroepsgroepen zoals huidtherapeuten, fysiotherapeuten, podotherapeuten, pedicures, haarwerkspecialisten en schoonheidsspecialisten, ontstaat er ruimte voor vernieuwende, toegankelijke en toekomstbestendige huidzorg.

In dit artikel zetten we de huidtherapeut en dermatoloog centraal. In onze visie zouden ze samen zorgmodules kunnen ontwikkelen, praktijkgericht onderzoek kunnen uitvoeren en bouwen aan modulaire zorgpaden die sneller en patiëntgericht werken. Praktijkgericht onderzoek richt zich op vragen uit het werkveld en heeft als doel de zorg merkbaar te verbeteren. Het wordt vooral binnen het hbo ingezet om concrete oplossingen te vinden voor problemen in de dagelijkse praktijk.

HUDZORG VEREIST SAMENWERKING

Huidaandoeningen kunnen een diepgaande impact hebben op het dagelijks functioneren, zelfbeeld en welzijn van patiënten. Toch krijgen ze lang niet altijd de structurele aandacht die ze verdienen. Niet omdat de dermatoloog tekortschiet - integendeel - maar omdat de zorg rond huidaandoeningen vaak versnipperd is tussen eerste en tweede lijn. Consulttijden zijn kort, begeleidingstrajecten ontbreken menigmaal en onderlinge afstemming tussen zorgverleners is een uitdaging. Daardoor blijven signalering, educatie, zelfmanagement en psychosociale ondersteuning regelmatig onderbelicht. Hier ligt de meerwaarde van de huidtherapeut: als paramedisch specialist in de eerste lijn kan de huidtherapeut laagdrempelige, langdurige begeleiding aanbieden die de dermatologische zorg aanvult én versterkt. Een brede, integrale aanpak is onzes inziens nodig - met een sleutelrol voor samenwerking tussen huidtherapeut en dermatoloog.

Toekomstbestendige huidzorg vraagt om meer dan incidentele samenwerking. Er zijn structurele verbindingen nodig tussen onderwijs, praktijk en onderzoek, zodat een cultuur kan ontstaan waarin kennisdeling, innovatie en kwaliteitsverbetering op het gebied van huidzorg centraal staan. Praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek speelt hierin een cruciale rol: door onderzoeksvragen te formuleren vanuit de dagelijkse

praktijk en relevante onderzoeksresultaten actief te implementeren in richtlijnen, opleidingen en werkprocessen, ontstaat een proces van voortdurende verbetering.

Dermatologen en huidtherapeuten trekken hierin samen op, vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid, continuïteit en betrouwbaarheid van de zorg. Door vroegtijdige signalering, begeleiding en behandeling van huidaandoeningen dragen huidtherapeuten bij aan het ontlasten van de tweede lijn. Toch stuiten substitutie en taakherschikking vaak op structurele knelpunten. Beperkte vergoedingsmogelijkheden, complexe verwijsroutes en het ontbreken van financiering voor laagdrempelige multidisciplinaire consulten beperken de inzet van huidtherapeuten. Omdat huidtherapie nog niet structureel is opgenomen in zorgpaden, lopen verwijzingen uiteen: ze zijn afhankelijk van aanvullende verzekeringen die altijd verlopen via huisarts of specialist, vaak met verschillende criteria. Dit maakt de toegang omslachtig en onnodig tijdrovend.

De huidzorg van morgen vraagt om duidelijke inhoudelijke afspraken over de inrichting van zorgpaden. Door protocollen, richtlijnen, verwijscriteria en behandelafspraken interdisciplinair te ontwikkelen, ontstaat een voorspelbaar, efficiënt en patiëntgericht zorgtraject. De Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) speelt hierin een actieve rol en zet vol in op het ontwikkelen van praktische zorgmodules en het opbouwen van een onderzoeksinfrastructuur. De NVH-zorgmodules zijn ontwikkeld om wetenschappelijke richtlijnen, zoals die van acne, eczeem, psoriasis en lymfoedeem, te vertalen naar concrete handvatten waarmee huidtherapeuten direct in de praktijk kunnen werken. Daarnaast wordt fors geïnvesteerd in praktijkgericht onderzoek. In samenwerking met hogescholen en kennisnetwerken wordt gewerkt aan een

¹ Dermatoloog, Bravis Ziekenhuis, Roosendaal

² MSc, huidtherapeut, NVH, Utrecht

stevig fundament van wetenschappelijke onderbouwing van het huidtherapeutisch handelen, met een duidelijke koppeling naar de dagelijkse praktijk. Het eerste praktijkgerichte onderzoek naar een multidisciplinair zorgtraject voor mensen met atopische dermatitis in de eerste lijn is in december 2025 afgerond met heel mooie resultaten. [1]

Om deze ontwikkeling verder te brengen zijn echter ook op korte termijn vervolgstappen nodig. Allereerst is structurele opname van huidtherapie in zorgpaden noodzakelijk, zodat verwijsroutes eenvoudiger en eenduidiger worden. Daarnaast is een betere en bredere vergoeding vanuit de basisverzekering cruciaal om ongelijkheid in toegang te voorkomen. Ook vraagt de toenemende vraag naar multidisciplinaire zorg om een passend financieringsmodel dat samenwerking tussen huisarts, dermatoloog en huidtherapeut daadwerkelijk mogelijk maakt. Pas met deze randvoorwaarden kan de huidtherapeut haar rol optimaal vervullen en bijdragen aan toekomstbestendige en toegankelijke huidzorg.

PRAKTISCHE HANDVATTEN

Zoals gezegd ontwikkelt de NVH zorgmodules als aanvulling op richtlijnen of zorgstandaarden, geschreven vanuit huidtherapeutisch perspectief. Waar richtlijnen vooral medisch-inhoudelijke aanbevelingen doen voor klinisch handelen, richt een zorgmodule zich op een specifiek aspect van de zorg. Zorgmodules richten zich op actuele thema's binnen de zorg, zoals leefstijl, zelfmanagement, participatie en samenwerking tussen zorgverleners. Met deze zorgmodules wordt voor zowel dermatologen als huidtherapeuten concreet gemaakt welke paramedische behandelingen mogelijk zijn buiten het ziekenhuis. Dat stelt hen beter in staat de zorgvraag van patiënten te beantwoorden en de zorg af te stemmen op de context en leefwereld van de patiënt - met oog voor diens voorkeuren, mogelijkheden en dagelijkse uitdagingen. Het resultaat is samenhangende, patiëntgerichte zorg die breed toepasbaar is in uiteenlopende situaties.

De ontwikkeling van deze zorgmodules gebeurt in nauwe samenwerking met de NVDV, en volgt een strikt methodologisch proces op basis van onder andere de AGREE II-richtlijn. [2] Daarbij zijn ook eisen opgenomen voor samen leren, verbeteren en het ontwikkelen van meetinstrumenten om de kwaliteit van zorg te evalueren.

Voor iedere module stelt de NVH een multidisciplinaire werkgroep samen met vertegenwoordiging vanuit patiëntenverenigingen. Zo wordt geborgd dat de inhoud aansluit bij de ervaringen en wensen van patiënten. Denk bijvoorbeeld aan het belang van begrijpelijke uitleg over behandeling, goede begeleiding bij zelfzorg, aandacht voor jeuk, pijn of schaamte, en flexibiliteit in het zorgtraject.

CONSTITUTIONEEL ECZEEM IN DE EERSTELIJN

In februari 2025 is de NVH-Zorgmodule Constitutioneel Eczeem gepubliceerd. Huidtherapeuten kunnen een essentiële rol vervullen in de begeleiding en behandeling van mensen met CE binnen de eerstelijns. In de zorgmodule staan de volgende zaken centraal: educatie over de aandoening en de behandeling, onder-

steuning bij het dagelijks toepassen van zelfzorgmaatregelen, bespreking van de psychosociale impact van CE, het bieden van emotionele ondersteuning en het gebruik van voorlichtingsmaterialen ontwikkeld binnen het Nationaal Constitutioneel Eczeem Project (NCEP).

Waar begeleiding door de huidtherapeut zich in principe in de volle breedte van de huidzorg ontvouwt, richt die begeleiding zich bij constitutioneel eczeem vooral ook op het gebruik van indifferente middelen, zoals zalven en crèmes, die de huidbarrière herstellen, jeuk verminderen en verergering van klachten voorkomen. De keuze voor specifieke producten wordt afgestemd op de behoeften en voorkeuren van de patiënt. Topicale corticosteroiden blijven een essentieel onderdeel van de behandeling. De huidtherapeut legt het gebruik zorgvuldig uit, bespreekt mogelijke bijwerkingen en begeleidt patiënten in het gebruik van smeer- en afbouwschema's. Er is speciale aandacht voor het bespreekbaar maken en verminderen van corticofobie.

Daarnaast biedt de huidtherapeut ondersteuning bij de emoties die patiënten kunnen ervaren wanneer ze moeten leven met een chronische huidaandoening. Vaak zijn dit gezonde reacties, zoals frustratie, onzekerheid of verdriet, waar patiënten wel last van hebben maar waar niet direct psychologische hulp voor nodig is. De huidtherapeut speelt ook een belangrijke rol in het signaleren van psychische klachten die meer vereisen dan alleen bovengenoemde begeleiding.

In de tweede lijn worden deze taken vaak opgepakt door verpleegkundig specialisten, doktersassistenten of physician assistants. In de eerste lijn is de huidtherapeut echter de aangewezen zorgverlener voor deze begeleiding: breed opgeleid in zowel medische als psychosociale aspecten van huidaandoeningen, laagdrempelig toegankelijk en sterk gericht op zelfmanagement. Zeker in samenwerking met huisartsen kan de huidtherapeut zo bijdragen aan betere continuïteit van zorg en het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn.

Hoewel mensen met constitutioneel eczeem een verhoogd risico hebben op voedsel- en inhalatieallergieën, is standaard allergietesting zonder duidelijke klachten niet zinvol. De beoordeling of aanvullend allergologisch onderzoek nodig is, ligt bij de arts. De huidtherapeut speelt hierbij een aanvullende rol door patiënten goed voor te lichten, misverstanden over voeding en allergie te bespreken en onnodige dieetbeperkingen te helpen voorkomen.

De organisatie van zorg volgt het principe van stepped care: eenvoudige interventies worden eerst ingezet, complexere behandelingen pas wanneer eerdere stappen onvoldoende effect hebben. Goede samenwerking met huisartsen, dermatologen, apothekers en andere zorgverleners is daarbij essentieel. In de zorgmodule zijn hiervoor zorgprofielen uitgewerkt: praktische beschrijvingen van verschillende niveaus van begeleiding (van basisvoorlichting tot intensieve coaching), waarmee de huidtherapeut de inhoud en intensiteit van de zorg kan afstemmen op de behoefte van de patiënt.

Voor de samenwerking tussen huidtherapeut en dermatoloog betekent dit dat er duidelijke afspraken nodig zijn over de rol-

verdeling in elke stap van het traject. De huidtherapeut kan in de eerste lijn al starten met uitgebreide educatie. De dermatoloog is verantwoordelijk voor diagnostiek en het opstellen van een medicamenteus behandelplan. De dermatoloog kan de patiënt vervolgens naar de huidtherapeut verwijzen voor ondersteuning en begeleiding. De zorgmodule ondersteunt deze samenwerking met heldere taakafspraken, verwijscriteria en afstemmingsmomenten, zodat zorgverleners elkaar versterken en de patiënt optimaal wordt begeleid.

Met de implementatie van de NVH-Zorgmodule Constitutioneel Eczeem wordt gewerkt aan zorg die beter aansluit bij de behoeften van mensen met CE: toegankelijker, persoonlijker en effectiever. Door te investeren in goede begeleiding en structurele samenwerking ontstaat ruimte voor meer kwaliteit van leven bij patiënten én een minder zware belasting voor de zorg. Om de uitvoering van de NVH-Zorgmodule in de praktijk verder te ondersteunen, is daarnaast een gespecialiseerde post-hbo-opleiding Eczeembegeleiding ontwikkeld. Tijdens deze scholing verdiepen huidtherapeuten zich in de nieuwste wetenschappelijke inzichten rondom CE, de psychosociale impact van de aandoening, het belang van zelfmanagement, en het juiste gebruik van indifferente middelen en topicale corticosteroiden. Zij leren patiënten te begeleiden bij het herkennen van triggers, het omgaan met klachten en het voorkomen van exacerbaties. De scholing richt zich daarnaast op het versterken van zelfmanagementvaardigheden en het inzetten van voorlichtingsmaterialen, zoals die ontwikkeld zijn binnen het Nationaal Constitutioneel Eczeem Project.

Dankzij hun brede basiskennis over de huid en huidaandoeningen, aangevuld met specifieke eczeemscholing en de structurele samenwerking met de NVDV, zijn huidtherapeuten goed toegerust om patiënten te begeleiden. Zij bevorderen zelfmanagement met praktische adviezen voor dagelijkse huidverzorging, bieden educatie en emotionele ondersteuning en hebben een belangrijke signaleringsfunctie. Zo kunnen zij vroegtijdig complicaties of psychosociale problemen herkennen en waar nodig tijdig afstemmen met verwijzers.

VOORBEELD VAN GEÏNTEGREERDE ZORG

Het Nationaal Constitutioneel Eczeem Project (NCEP) vormt een belangrijke gezamenlijke inspanning om de zorg voor mensen met constitutioneel eczeem in Nederland structureel te verbeteren. Voor het eerst hebben uiteenlopende partijen - waaronder de Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem (VMCE), de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), apothekers, jeugdartsen, verpleegkundigen en physician assistants - hun krachten gebundeld om een landelijke, integrale aanpak te realiseren. Voor uitgebreide informatie over het NCEP verwijzen we naar nummer 7 (2025) van dit tijdschrift.

SAMENVATTING

Toekomstbestendige huidzorg vraagt om samenwerking over de lijnen heen. Door beter samen te werken met huidthera-

peuten en gezamenlijk te investeren in richtlijnontwikkeling, zorgmodules en praktijkgericht onderzoek, ontstaat ruimte voor zorg die beter past bij de patiënt én de praktijk.

De huidtherapeut werkt vooral in de eerste lijn. Als zelfstandig werkende paramedicus biedt zij begeleiding, educatie en ondersteuning bij zelfmanagement voor mensen met huidaandoeningen zoals constitutioneel eczeem. De huisarts kan patiënten naar de huidtherapeut verwijzen voor deze begeleiding, vaak aansluitend op de diagnose en het behandelplan dat door huisarts of dermatoloog wordt gesteld. De dermatoloog richt zich op diagnostiek en medische behandeling, en kan waar nodig eveneens verwijzen naar de huidtherapeut voor aanvullende begeleiding.

In tegenstelling tot verpleegkundigen, VS'ers of PA's werkt de huidtherapeut dus in de eerste lijn, laagdrempelig en zonder tussenkomst van een specialist. Deze complementaire samenwerking tussen huisarts, dermatoloog en huidtherapeut zorgt voor betere afstemming, continuïteit en ontlasting van de tweede lijn.

Brede en duurzame samenwerking tussen disciplines is daarbij geen luxe, maar een noodzakelijke voorwaarde om huidtherapie effectief te integreren in zorgpaden en om patiënten continuïteit van zorg te bieden - én een kans om de zorg rondom de patiënt merkbaar te versterken.

KERNBOODSCHAPPEN

- Dermatologen en huidtherapeuten ontwikkelen samen zorgmodules, voeren praktijkgericht onderzoek uit en bouwen aan modulaire zorgpaden die sneller en patiëntgericht werken.
- Huidtherapeuten kunnen bijdragen aan het ontlasten van de tweede lijn door vroegtijdige signalering, begeleiding en behandeling van huidaandoeningen.
- NVH-Zorgmodules zijn kwaliteitsinstrumenten op basis van bestaande wetenschappelijke richtlijnen die praktisch toepasbaar zijn in de huidtherapeutische praktijk.
- De NVH ontwikkelde samen met de NVDV, patiëntenverenigingen en andere stakeholders een zorgmodule ontwikkeld voor de begeleiding, educatie en advies bij constitutioneel eczeem. Er volgen nog meer zorgmodules.

Zie voor een overzicht van ontwikkeling van NVH-Zorgmodules: <https://huidtherapie.nl/professional/kenniscentrum/nvh-zorgmodules/>

LITERATUUR

1. Zie: <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/healthcare-trajector-people-atopic-dermatitis-primary-care>.
2. (Brouwers et al., 2010), de AQUA-Leidraad (Zorginstituut Nederland, 2021) en het Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden.

CORRESPONDENTIEADRES

Karlijn Sterkenburg

E-mail: karlijnsterkenburg@huidtherapie.nl



Pachydermodactylie: diagnostiek, klinische kenmerken en case report

Bart Sweers¹, Wynand Vissers²

Pachydermodactylie is een zeldzame, goedaardige aandoening met vaste, huidkleurige noduli rond vingergewrichten, vaak zonder symptomen. Deze casus betreft een 67-jarige vrouw met langdurige, asymptomatische verdikkingen bij de distale interfalangeale gewrichten. Klinisch, radiologisch en histopathologisch onderzoek bevestigden de diagnose, waarbij inflammatie en functionele beperkingen afwezig waren. Dit voorbeeld benadrukt het belang van het herkennen van pachydermodactylie, zodat onnodige diagnostiek naar bijvoorbeeld systeemziekten kan worden voorkomen. Behandeling kan desgewenst symptomatisch plaatsvinden.

CASUS

Een 47-jarige vrouw werd verwezen naar de polikliniek dermatologie vanwege sinds circa tien jaar episodisch optredende, aanvankelijk pijnlijke en jeukende, later asymptomatische, vaste zwellingen, voornamelijk gelokaliseerd bij de distale interfalangeale (DIP) gewrichten van beide handen. In de beginfase gingen deze zwellingen gepaard met roodheid, waarna een pijnloze, huidkleurige diepere zwelling achterbleef. De zwellingen bleven beperkt tot één zijde van het betrokken gewricht, zonder drukpijn of functieverlies. Ochtendstijfheid ontbrak.

De voorgeschiedenis vermeldde diabetes mellitus type 2. Medicatiegebruik bestond uit liraglutide en rosuvastatine, zonder verband met huidafwijkingen. Er waren geen bekende allergieën, noch een familiale voorgeschiedenis van reumatische aandoeningen of dermatologische klachten. De patiënte had een blanco dermatologische voorgeschiedenis. Functioneel was zij actief als projectmanager en sportte zij

wekelijks, zonder aanwijzingen voor repetitieve mechanische belasting of chronisch overstrekken van de vingers. Familieleden vertoonden geen syndromale aandoeningen of vergelijkbare klachten.

Bij lichamelijk onderzoek werden bij meerdere DIP-gewrichten huidkleurige, niet-drukpijnlijke, beperkt verheven vaste noduli gezien van 4–10 mm, zonder erytheem of schilfering, zoals zichtbaar op figuur 1. De noduli waren niet beweeglijk ten opzichte van de onderlaag. Er werd een enkele nodulus gezien op de webspace tussen digitus 1 en 2.

Radiologisch onderzoek liet een wekedelen zwelling zien aan de mediale zijde van digitus 5 links en verder geen ossale afwijkingen (figuur 2). Histopathologisch onderzoek van een 3 mm biopt van de huid over digitus 5 links liet in het overzichtspreparaat een compacte hoornlaag en normale



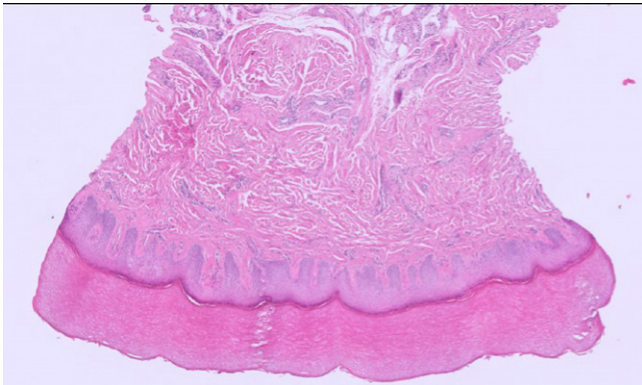
Figuur 1. Huidkleurige, niet-drukpijnlijke, beperkt verheven vaste nodulus van ca 8 mm ter hoogte van de radiale zijde van het linker DIP-gewricht van digitus 5, zonder erytheem of schilfering.



Figuur 2. Dorsale röntgenfoto van de linkerhand toont een duidelijke radiale zwelling ter hoogte van het linker DIP-gewricht van digitus 5, zonder ossale degeneratieve afwijkingen.

¹ Anios Dermatologie, Radboudumc Nijmegen, ten tijde van schrijven van dit artikel: anios Dermatologie, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem

² Dermatoloog, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem



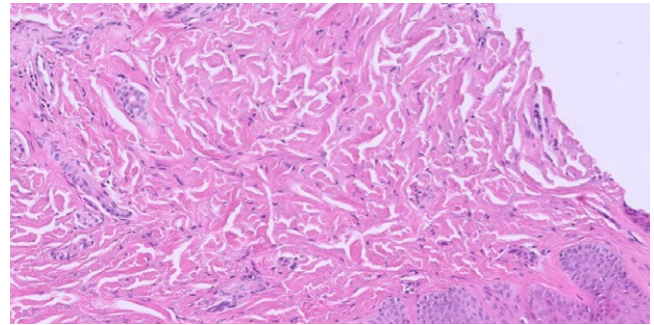
Figuur 3. Overzichtspreparaat (H&E-kleuring, vergroting 5×). Het preparaat toont een compacte hoornlaag en een verder onopvallende epidermis. In de onderliggende dermis is interstitieel een lichte toename van cellulaire componenten zichtbaar, met name spoelvormige fibroblasten tussen de collageenbundels. Er zijn geen aanwijzingen voor vasculitis, granulomateuze ontsteking of mucinedepositie.

epidermis zien. In de dermis was interstitieel een subtiële toename van spoelvormige fibroblasten aanwezig tussen de collageenbundels, zonder duidelijke tekenen van vasculitis, granulomen, mucinedeposities of ontstekingsinfiltraat (figuur 3 en 4). Deze bevindingen zijn niet volledig specifiek, maar passen binnen het spectrum van pachydermodactylie (PDD). PASD-kleuring toonde geen schimmels.

Op basis van het klinisch beeld, het beloop en de histopathologische bevindingen werd de diagnose PDD gesteld. Gezien de benigne aard van het beeld en het ontbreken van functionele beperkingen werd in eerste instantie een expectatief beleid aangehouden, met de mogelijkheid tot chirurgische evaluatie bij progressieve klachten of uitgesproken cosmetische bezwaren. Patiënte werd hiervoor verwezen naar de plastisch chirurg. Tijdens dit consult werd toegelicht dat excisie van de laesie aan de duim technisch uitvoerbaar is via een Bruner incisie. Hierbij werden de potentiële nadelen, waaronder littekenvorming, zenuwletsel en recidiefkans, benadrukt, hetgeen aanleiding gaf aan patiënte en behandelaar om af te zien van een chirurgische ingreep in dit stadium. Opvallend was dat circa twee maanden na afname van het huidbiopt de laesie aan de pink duidelijk in volume was afgenomen. Dit leidde tot de vraagstelling of surgical debulking via een huidbiopt ook bij laesies elders aan de handen een vergelijkbaar effect kan hebben. Uiteindelijk is verder afgezien van behandeling in overleg met patiënte.

DISCUSSIE

Pachydermodactylie is een zeldzame, goedaardige en vaak asymptomatische vorm van digitale fibromatose. Wereldwijd zijn er naar schatting circa 150 gevallen beschreven in de literatuur. [1] Aangenomen wordt echter dat de aandoening aanzienlijk ondergerapporteerd is, mede door het subtiële klinische beeld en de frequente misdiagnose. [2] Vanwege de gelijkenis met diverse degeneratieve gewrichtsaandoeningen in een vroeg stadium wordt PDD ook wel aangeduid als 'the great mimicker'. [3]



Figuur 4. Overzichtspreparaat (H&E-kleuring, vergroting 20×).

De aandoening werd voor het eerst beschreven door Bazex in 1973 en nader gekarakteriseerd door Verbov in 1975. [4,5] De term PDD is afgeleid van het Grieks: pachy- (dik), derma (huid) en dactylos (vinger), verwijzend naar de lokale huidverdikking ter hoogte van de vingers. Er bestaat een uitgesproken mannelijke dominantie, met een man-vrouwverhouding van ongeveer 4:1. [3] Meestal zijn de proximale interfalangeale (PIP) gewrichten van digiti II, III en IV aangedaan. [6] Bardazzi et al. beschrijven vijf klinische subtypen van PDD [2]:

1. **Klassiek-PDD**, waarbij meerdere vingers zijn aangedaan;
2. **Mono-PDD**, beperkt tot één vinger;
3. **Transgredient-PDD**, waarbij de verdikking zich uitbreidt van het PIP-gewricht naar de metacarpofalangeale gewrichten en/of de dorsale zijde van de hand;
4. **Familiair-PDD**, bij een positieve familieanamnese;
5. **Syndroomaal-PDD**, geassocieerd met onder andere tubereuze sclerose of het Ehlers-Danlos-syndroom.

In het differentiaaldiagnostisch spectrum van PDD worden diverse benigne en systemische aandoeningen genoemd, zoals knuckle pads, keratoelastoidosis marginalis, inclusion body fibromatose, juveniele hyaliene fibromatose, progressieve nodulaire fibrose, thyroïde acropathie, pachydermoperiostosis, acromegalie, en diverse vormen van artritis (reumatoïde, psoriatische, jicht, artrose). [7,8]

In deze casus werd de diagnose PDD gesteld op basis van de radiologische afwezigheid van inflammatoire veranderingen of uitgebreide degeneratieve kenmerken, het ontbreken van serologische afwijkingen, de histopathologische bevindingen van een lichte fibroblastenproliferatie zonder ontsteking, de afwezigheid van aanwijzingen voor syndromale aandoeningen, en het klinische beeld. Gezien de betrokkenheid van een metacarpaal gewricht is de presentatie het meest consistent met transgrediente PDD. Deze casus past niet bij knuckle pads, vanwege het ontbreken van het typische klinische beeld van scherp begrensde, nodulaire zwellingen op de dorsale zijde van de interfalangeale gewrichten.

Vanwege het asymptomatische karakter en het ontbreken van mechanische klachten wordt PDD doorgaans niet behandeld en kiest men meestal voor een expectatief beleid, al zijn er vanuit cosmetisch oogpunt wel behandelmogelijkheden zoals intralesionale corticosteroïden of chirurgische excisie.

Enkele casusbeschrijvingen tonen een gedeeltelijk effect bij hoge doseringen corticosteroiden (bijvoorbeeld triamcinolonacetonide 40 mg/mL, verdund 1:1 met 2% mepivacaïne, 2–3 mL per sessie, tweemaal toegediend met een interval van twee maanden) [7], terwijl andere publicaties geen klinisch relevant resultaat rapporteerden bij lagere doseringen (bijvoorbeeld 0,6 mL van 2,5 mg/mL of 0,7 mL van 5 mg/mL) [3], en in één casus werd zelfs heterotopie ossificatie als complicatie beschreven.

Chirurgische behandeling is beschreven in geselecteerde gevallen, doorgaans op cosmetische indicatie. Zo werd in een casus een midaxiale incisie met Z-plastiek toegepast, waarbij na een follow-up van één jaar geen recidief of complicaties optrad [9]. In de literatuur is het effect van een 3 millimeter huidbiopsie niet beschreven op PDD. In deze casus bleek dit na twee maanden een voldoende klinisch effect te verzorgen. Een reverse-Koebner fenomeen lijkt onwaarschijnlijk gezien het ontbreken van een actieve dermatitis of een inflammatoir infiltraat.

De diagnose van PDD wordt in de eerste plaats klinisch gesteld. Beeldvorming van de handen dient vooral ter uitsluiting van onderliggende artrose. Laboratoriumonderzoek is nuttig om inflammatoire gewrichtspathologie uit te sluiten. Histopathologisch onderzoek kan diagnostisch ondersteu-

nend zijn bij twijfel; het onderscheid met knuckle pads is histologisch echter lastig, gezien de overlappende kenmerken. In onze casus ondersteunde de PA-uitslag de diagnose PDD. Uiteindelijk betreft het een klinische diagnose, deels per exclusionem. Zowel intralaesionale corticosteroiden als chirurgisch ingrijpen kunnen therapeutisch overwogen worden. Gezien het overwegend asymptomatische beloop is behandeling doorgaans enkel geïndiceerd op cosmetische gronden.

CONCLUSIE

Deze casus bevestigt dat PDD, ondanks zijn zeldzaamheid en beperkte herkenning, een belangrijke differentiaaldiagnose vormt bij vaste noduli rondom de vingergewrichten zonder inflammatoire of systemische tekenen. Het late ontstaan van klachten, het karakteristieke klinische beeld zonder functionele beperkingen, en de histopathologische bevindingen onderschrijven de diagnose en sluiten andere aandoeningen uit. Gezien het doorgaans benigne en asymptomatische beloop verdient een expectatief beleid de voorkeur, met chirurgische of medicamenteuze behandeling enkel bij cosmetische klachten of progressie. Op basis van onze observatie kan tevens worden overwogen een huidbiopsie diagnostisch én mogelijk therapeutisch in te zetten, aangezien in dit geval na een biopsie een duidelijke regressie van de laesie werd gezien.

LEERPUNTEN

- PDD is een zeldzame, vaak asymptomatische aandoening die gemakkelijk verward kan worden met inflammatoire of degeneratieve gewrichtsziekten.
- De diagnose wordt primair klinisch gesteld, ondersteund door beeldvorming, laboratoriumonderzoek en eventueel histopathologie.
- Histopathologisch onderzoek kan ondersteunend zijn, maar het onderscheid met knuckle pads blijft lastig vanwege overlappende kenmerken.
- Behandeling is doorgaans niet nodig, tenzij er cosmetische bezwaren of progressieve klachten zijn.

- Herkenning van PDD voorkomt onnodige diagnostiek en behandeling gericht op systemische reumatische aandoeningen.
- Op basis van onze observatie kan tevens worden overwogen een huidbiopsie diagnostisch én mogelijk therapeutisch in te zetten.

TREFWOORDEN

Pachydermodactylie - digitale noduli – fibromatose

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen

LITERATUUR

1. Vázquez Fernández R, Maneiro Fernández JR, Cervantes Pérez EC, Mera Varela A. Pachydermodactyly: a systematic review. *Irish Journal of Medical Science* (1971 -). 2020 Oct 1;190(3):1005–14.
2. Bardazzi F, Neri I, Raone B, Patrizi A. Pachydermodactylie: 7 nouveaux cas [Pachydermodactyly: seven new cases]. *Ann Dermatol Venereol*. 1998 Apr;125(4):247–50. French. PMID: 9747260.
3. Alharithy R, Aldhalaan J. Pachydermodactyly. *Journal of Dermatology and Dermatologic Surgery*. 2021;25(1):42.
4. Bazex A, Dupre A, Teillard J. Digital pachyderma of the phalanges with dermal conjunctival hyperplasia and hypodermic aplasia. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr*. 1973;80:455–8.
5. Verbov J. Letter: Pachydermodactyly: a variant of the true knuckle pad. *Arch Dermatol*. 1975;111:524.
6. Dallos T, Oppl B, Kovács L, Zwerina J. Pachydermodactyly: A review. *Current Rheumatology Reports*. 2014 Aug 31;16(9).
7. Zhu J, Liu F, Hu Z. An unusual presentation of joint inflammation in pachydermodactyly. *Journal of Rheumatology [Internet]*. 2015 May [cited 2025 Jul 24];42(5):899–900. Available from: <https://www.jrheum.org/content/42/5/899>.
8. Plana Pla A, Bassas Vila J, Toro Montecinos M, Ferrandiz Foraster C. Pachydermodactilia tratada con éxito con infiltraciones de triamcinolona. *Actas Dermosifiliogr*. 2014 105:319–321.
9. Sakai A, Omori M, Ueda M. Surgical management of pachydermodactyly (PDD) via midaxial incision: A case report. *Cureus*. 2022 Jun 9;

CORRESPONDENTIEADRES

Bart Smeers

E-mail: bart.smeers@icloud.com



Een gepeperde pleister op een onzichtbare wond

De rol van capsaïcine 8% pleister bij therapieresistente neuropathische pruritus – een casusbeschrijving

Jeppe van den Burg¹, Nicoline van Buchem-Post², Patrick Kemperman³

Neuropathische pruritus is een invaliderende vorm van jeuk, veroorzaakt door zenuwdysfunctie, en reageert vaak slecht op standaardtherapieën. Wij beschrijven een casus waarin behandeling met capsaïcine 8% pleisters leidde tot een forse vermindering van de jeukklachten, met significante verbetering van de slaap en kwaliteit van leven.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Anamnese

Een 58-jarige man presenteerde zich op de polikliniek dermatologie van het Amsterdam Universitair Medische Centra (Amsterdam UMC) met reeds vijf jaar bestaande therapieresistente pruritus. De jeuk, omschreven als brandend, was verspreid over de hele rug, met de grootste intensiteit lumbaal, en werd gerapporteerd met een score van 10 op de Numeric Rating Scale (NRS) jeuk. De sensatie was wisselend dagelijks tot wekelijks aanwezig met asymptomatische periodes tussen de episodes, manifesteerde zich voornamelijk 's nachts en verergerde bij transpiratie. De aandoening had een significante impact op zijn kwaliteit van leven en zijn slaappatroon. Hij had geen B-symptomen, had in de 5 jaren voorafgaand aan presentatie niet buiten Europa gereisd en geen personen in zijn directe omgeving ervoeren jeukklachten.

De patiënt was bekend met insulineafhankelijke diabetes mellitus type 2, dat adequaat was ingesteld, en was daarnaast bekend met hemochromatose en een depressie. Eerdere behandelingen voor zijn pruritus omvatten tacrolimus zalf 0,1% tweemaal daags, lidocaïnespray 100 mg/ml, gabapentine capsules (tot tweemaal per dag 300 mg), levocetirizine tabletten (viermaal daags 5 mg) en desloratadine tabletten (eenmaal daags 5 mg). Tevens werden oxybutynine tabletten (maximaal drie keer per dag 5 mg) en glycopyrronium drank (tot driemaal daags 2 milligram) geprobeerd om transpiratie tegen te gaan, en ontving hij prednison tabletten (30 mg eenmaal daags) gedurende een week, gezien de mogelijkheid dat een inflammatoir proces ten grondslag lag aan zijn symptomen. Helaas hadden al deze behandelingen onvoldoende effect.



Figuur 1: Toediening van de capsaïcine 8% pleister (Qutenza) op de rug van de patiënt in de door ons beschreven casus.

Lichamelijk onderzoek

Bij dermatologisch onderzoek werden geen zichtbare huidafwijkingen vastgesteld. Er was geen sprake van xerosis en het dermatografisme was negatief.

¹ Arts-onderzoeker, Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

² Aios dermatologie, Amsterdam UMC, Amsterdam

³ Dermatoloog, Amsterdam UMC, Amsterdam

Aanvullend onderzoek

Er werd een MRI van de wervelkolom vervaardigd, waarbij degeneratieve afwijkingen en ruimte-innemende processen werden uitgesloten. Laboratoriumonderzoek toonde geen afwijkingen van het bloedbeeld of zijn leverintegraal, waarmee een hematologische maligniteit en cholestase als oorzaak van de jeuk werden uitgesloten. Gezien het chronische karakter van de pruritus, de afwezigheid van overige systemische symptomen en het ontbreken van belangrijke risicofactoren bij (reis)anamnese, werd een parasitaire infectie als etiologie onwaarschijnlijk geacht en werd afgezien van aanvullend fecesonderzoek.

Diagnose

Op basis van het klachtenpatroon van de patiënt stelden wij de diagnose neuropathische pruritus.

Beleid en beloop

In samenspraak met patiënt werd een proefbehandeling gestart met een capsäcinepleister (8%), welke na applicatie gedurende één uur op de rug werd gelaten (figuur 1). Dit veroorzaakte aanvankelijk een intens brandend gevoel, gevolgd door een snelle vermindering van de jeuk. Binnen één week ervoer de patiënt volledige remissie van de jeuk, wat resulteerde in verbetering van zowel zijn slaapkwaliteit als zijn kwaliteit van leven.

De patiënt verdroeg de behandeling goed en meldde geen bijwerkingen, afgezien van het initiële brandende gevoel. De toediening van de capsäcine 8% pleisters werd voortgezet in een interval van zes weken, waarbij de jeuk de eerste paar cycli tegen het eind van het interval in dezelfde intensiteit terugkwam. Na circa zes maanden na de start van de behandeling was de jeuk definitief verdwenen en na een follow up van een jaar sindsdien nog niet teruggekeerd.

BESPREKING

Neuropathische pruritus

Neuropathische pruritus is verantwoordelijk voor ongeveer 8% tot 19% van de chronische pruritus-aandoeningen [1] en gaat gepaard met aanzienlijk fysieke en psychologische problematiek, waaronder slaapproblemen, emotionele belasting en functionele beperkingen, resulterend in een vermindering van het algehele welzijn van patiënten. [2] De pathofysiologie van deze vorm van pruritus is complex. Bij dermatologische pruritus worden normaal functionerende neuronen geactiveerd door histamine of ontstekingsmediatoren, zoals cytokines of prostaglandinen. Bij neuropathische pruritus daarentegen, disfunctioneren deze neuronen en vuren ze spontaan actiepotentialen af zonder pruritogene stimulus. [3] Deze neuronen bevinden zich voornamelijk in cutane ongemyliniseerde C-vezels, die ook een rol lijken te spelen bij de sensatie van pijn. [4]

Hoewel de exacte oorzaak van deze neuronale dysfunctie, waarbij zenuw schade of -verdrukking de basis vormt, vaak onbekend blijft, wijst onderzoek erop dat neuropathische pruritus in bepaalde gevallen direct gerelateerd is aan (voor-

bijgaande) perifere neurologische aandoeningen, zoals herpes zoster, diabetische neuropathie, radiculopathie van de primaire dorsale spinale zenuwen- bekend als notalgia paresthetica-, iatrogene zenuwbeschadiging of een cerebrovasculair accident (CVA). [5]

Hoewel beeldvorming bij neuropathische pruritus doorgaans niet noodzakelijk is, werd bij deze patiënt vanwege de atypische, uitgebreide lokalisatie toch een MRI van de wervelkolom verricht om onderliggende pathologie, zoals een ruimte-innemend proces of radiculopathie, uit te sluiten. De scan toonde geen afwijkingen. De exacte oorzaak van de neuropathische pruritus bij deze patiënt blijft daarmee onbekend.

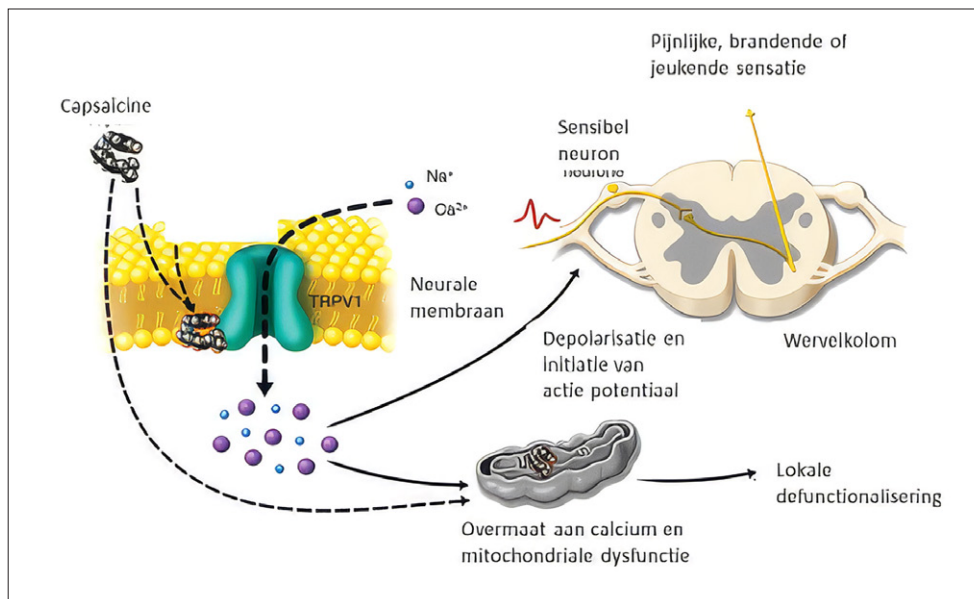
De behandeling van neuropathische pruritus is uitdagend vanwege de complexe pathofysiologie en het gebrek aan effectiviteit van gebruikelijk medicatie tegen jeuk, zoals antihistaminica en corticosteroiden. [6] Dit kan worden verklaard door het feit dat deze medicatie zich richt op het remmen van ontstekingsmediatoren en histamine-afgifte, terwijl de pathofysiologie van neuropathische pruritus wordt gekenmerkt door spontane neuronale depolarisatie, onafhankelijk van deze factoren [3]. Therapeutische opties bij neuropathische jeuk omvatten lokale anesthetica (zoals lidocaïne), TRPV1-agonisten zoals capsäcinecrème, intracutane injecties met botulinetoxine, evenals systemische middelen zoals gabapentine en tricyclische antidepressiva. Hoewel deze behandelingen in diverse casestudies enige effectiviteit laten zien, blijft de respons vaak beperkt en wisselend [7].

Capsäcine

Het bestanddeel uit chilipepers, capsäcine, is een bekende therapie bij neuropathische pijn. [8] Het werkingsmechanisme berust op activatie van de *transient receptor potential vanilloid 1* (TRPV1)-kanalen op pijngevoelige C-vezels, wat leidt tot depolarisatie van het neuronale membraan en verhoogde prikkelgeleiding. Aanvankelijk veroorzaakt dit een branderig gevoel, gevolgd door tijdelijke defunctionalisering van de TRPV1-positieve vezels. Bij voldoende blootstelling raakt de zenuw uitgeput, wat resulteert in vermindering van jeuk [9]. Zie figuur 2 voor een schematische weergave.

In het verleden zijn verschillende gerandomiseerde klinische trials uitgevoerd waarbij capsäcine-crèmes werden getest in de behandeling van neuropathische pijn. De resultaten toonden echter geen significant voordeel van deze therapie aan. Een mogelijke verklaring hiervoor is de beperkte toepasbaarheid van de crèmes: de initiële branderigheid die optreedt bij het gebruik ervan kan de hoeveelheid actieve stof die een patiënt in één toepassing aanbrengt, beperken. Hierdoor is frequente applicatie (vier keer per dag) vereist, wat kan bijdragen aan een verminderde therapietrouw. [10]

Minder bekend binnen de dermatologie is de capsäcine 8% pleister, die ontworpen is om een hogere concentratie van het actieve bestanddeel aan de huid af te geven en zo de effectiviteit van de behandeling te vergroten. [11] Een Cochrane systematische review van gerandomiseerde gecontroleerde onder-



Figuur 2: Schematische weergave van het effect van capsaïcine op TRPV1-positieve C-vezels

Bron: Wikimedia commons

zoeken wijst erop dat de pleisters pijn kunnen verlichten bij patiënten met postherpetische neuralgie, HIV-neuropathie en diabetische neuropathie. [12]

Aangezien consensus bestaat dat neuropathische pruritus wordt veroorzaakt door depolarisatie van deze zelfde TRPV1-positieve C-vezels, die ook verantwoordelijk zijn voor neuropathische pijn [4], is al eerder geëxperimenteerd met de capsaïcine 8% pleisters in de behandeling van neuropathische pruritus, zoals beschreven in een review van zeven verschillende case reports. [13] Net zoals in onze casus ervoeren ook deze patiënten volledige remissie van neuropathische jeuk binnen een week na het aanbrengen van één capsaïcine 8% pleister. Zij bleven gedurende een follow up van minimaal 6 maanden klachtenvrij zonder nieuwe behandeling.

Een retrospectieve analyse onder 44 patiënten met notalgia paresthetica en brachioradiale jeuk, beide vormen van neuropathische pruritus, toonde een significante afname van de jeukintensiteit van 6,3 naar 4,9 op de Visual Analogue Scale (VAS) voor jeuk, zes maanden na behandeling met de capsaïcine 8% pleister. [14] Een grote tekortkoming van dit onderzoek is echter dat een controlegroep ontbrak.

Deze casus illustreert dat de capsaïcine 8% pleister een effectieve behandeloptie kan zijn bij therapieresistente neuropathische pruritus. Bij patiënten met een overtuigend klinisch beeld en onvoldoende respons op gangbare therapieën, kan deze behandeling worden overwogen. Aangezien de toediening van capsaïcine-pleisters in Nederland doorgaans plaatsvindt binnen de pijngeneeskunde, is overleg tussen dermatoloog en pijnspecialist hierbij aanbevolen.

LEERPUNTEN

- Neuropathische pruritus is een complexe aandoening die ontstaat door dysfunctie van neuronen, die vaak gerelateerd is aan een (voorbijgaande) aandoening van het perifere of minder frequent het centrale zenuwstelsel, variërend van lokale inklemming van een zenuw tot een infarct in de hersenstam.
- De beschreven casus illustreert de symptomen van neuropathische pruritus en de mogelijke gepaard gaande ziektelast, waaronder slaapproblematiek en een verminderde kwaliteit van leven.
- De beschreven casus laat de effectiviteit zien van capsaïcine 8% pleisters in de behandeling van therapieresistente neuropathische pruritus.

- Het werkingsmechanisme van de behandeling met capsaïcine berust op intense depolarisatie van transient receptor potential vanilloïd 1 (TRPV1)-kanalen op jeuk-signalerende C-vezels, gevolgd door degeneratie en defunctionalisering van deze vezels.

TREFWOORDEN

Neuropathische pruritus - notalgia paresthetica - capsaïcine pleister - casusbeschrijving - neuropathic pruritus - notalgia paresthetica - capsaïn patch - case report

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen

LITERATUUR

1. Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA, Libretto SE, Szepietowski JC, Zylitz Z. Itch: scratching more than the surface. *QJM*. 2003;96:7–26.
2. Andrade A, Kuah CY, Martin-Lopez JE, Chua S, Shpadaruk V, Sanclemente G, Franco JVA. Interventions for chronic pruritus of unknown origin. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jan 25;1(1).
3. Meixiong J, Dong X, Weng HJ. Neuropathic itch. *Cells*. 2020 Oct 9;9(10):2263.
4. Schmelz M, Schmidt R, Bickel A, Handwerker HO, Torebjörk HE. Specific C-receptors for itch in human skin. *J Neurosci*. 1997; 17: 8003–8008.
5. Oaklander AL. Common neuropathic itch syndromes. *Acta Derm Venereol*. 2012;92:118–25.
6. Rosen JD, Fostini AC, Yosipovitch G. Diagnosis and management of neuropathic itch. *Dermatol Clin*. 2018 Jul;36(3):213–224.
7. Şavk E. Neurologic itch management. *Curr Probl Dermatol*. 2016;50:116–23.
8. Uçeyler N, Sommer C. High-dose capsaicin for the treatment of neuropathic pain: what we know and what we need to know. *Pain Ther*. 2014;3:73–84.
9. Anand P, Bley K. Topical capsaicin for pain management: therapeutic potential and mechanisms of action of the new high-concentration capsaicin 8% patch. *British Journal of Anaesthetics*. 2011;107(4):490–502.
10. Derry S, Moore RA. Topical capsaicin (low concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. Issue 9.
11. eMC. Qutenza 179mg cutaneous patch. [www.medicines.org.uk/emc/medicine/23156/SPC/qutenza 179mg cutaneous patch/](http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/23156/SPC/qutenza+179mg+cutaneous+patch/) (accessed 28 April 2012).
12. Derry S, Rice AS, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 13;1(1).
13. Misery L, Erfan N, Castela E, Brenaut E, Lantéri-Minet M, Lacour JP, Passeron T. Successful treatment of refractory neuropathic pruritus with capsaicin 8% patch: a bicentric retrospective study with long-term follow-up. *Acta Derm Venereol*. 2015 Sep;95(7):864–5.
14. Steinke S, Gutmacht M, Zeidler C, Dieckhöfer AM, Herrlein O, Lüling H, Ständer S, Augustin M. Cost-effectiveness of an 8% capsaicin patch in the treatment of brachioradial pruritus and notalgia paraesthetica, two forms of neuropathic pruritus. *Acta Derm Venereol*. 2017 Jan;97(1):71–76.

CORRESPONDENTIEADRES

Jeppe van den Burg

E-mail: j.g.vandenburg@amsterdamumc.nl



Richtlijn Chronische urticaria 2025

(samenvatting)

Tessa Teunissen¹, Heike Röckmann²

De richtlijn Chronische urticaria (CU) is in 2024–2025 volledig herzien door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit de NIV/NVvAKI, NVK en het patiëntenplatform urticaria. Sinds de vorige versie (2013) zijn de inzichten in pathogenese, diagnostiek en behandeling sterk toegenomen en is nieuwe literatuur beschikbaar. De richtlijn is bedoeld voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met urticaria, waaronder dermatologen, allergologen, kinderartsen en huisartsen.

Chronische urticaria wordt gekenmerkt door jeukende urticae (galbulten) en/of angio-oedeem die gedurende meer dan zes weken continu of recidiverend optreden. De aandoening kan een aanzienlijke invloed hebben op de kwaliteit van leven en vraagt om een gestructureerde, op maat gemaakte behandeling.

Aan de richtlijn zijn enkele nieuwe modules toegevoegd: behandeling van volwassenen met CU, behandeling van chronische urticaria tijdens de kinderwens (ook bij mannen), zwangerschap en borstvoeding en het gepersonaliseerd behandelplan.

Er zijn tevens enkele modules herzien n.a.v. nieuwe inzichten: classificatie, monitoring van ziekteactiviteit/ziektecontrole, monitoring van ziektelast, behandeling van chronische urticaria bij kinderen, overige behandelingen van volwassenen met CU en organisatie van zorg.

Bij onderstaande tekst is het van belang om de overwegingen in acht te nemen die staan beschreven in de volledige richtlijntekst van de richtlijn Chronische urticaria. De volledige tekst is beschikbaar via de Richtlijndatabase.

CLASSIFICATIE

De herziene richtlijn sluit aan bij de internationale indeling van de EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI. Chronische urticaria (CU) wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van urticae (galbulten) en/of angio-oedeem gedurende meer dan zes opeenvolgende weken. Binnen deze groep worden twee hoofdvormen onderscheiden: chronische spontane urticaria (CSU) en chronische induceerbare urticaria (CIndU).

De oorzaak van CSU is niet altijd bekend. Onderzoek wijst op twee verschillende pathomechanismen, auto-allergisch (type I) en auto-immune (type IIb) welke beiden leiden tot mestcel-activatie in de huid.

CIndU omvat een groep aandoeningen waarbij urticaria wordt opgewekt door een specifieke stimulus. Bekende vormen zijn symptomatisch dermatografisme, koude-, warmte-, druk- en zonne-urticaria, evenals cholinerge, vibratoire, aquagene en contacturticaria. Meerdere subtypen kunnen gelijktijdig bij één patiënt voorkomen, en bij veel patiënten bestaan CSU en een vorm van CIndU naast elkaar.

Het onderscheid tussen spontane en induceerbare vormen is relevant voor de diagnostiek, het behandelplan en de verwachting ten aanzien van het beloop. Omdat de klinische presentatie sterk kan variëren, benadrukt de richtlijn het belang van een zorgvuldige anamnese gericht op uitlokkende factoren. Voor de uitgebreide differentiaal diagnose wordt verwezen naar de volledige richtlijntekst.

MONITORING VAN ZIEKTEACTIVITEIT EN –CONTROLE

Een belangrijke vernieuwing in de richtlijn is de nadruk op systematische monitoring met *patient-reported outcome measures* (PROMs). Deze scorelijsten maken de ziekteactiviteit en de ervaren ziektelast beter inzichtelijk, wat helpt bij het evalueren van de behandeling en het betrekken van de patiënt bij beslissingen. De richtlijn geeft advies omtrent het gebruik van PROMs bij patiënten met chronische urticaria (bij het eerste consult en vervolgens elke 3–6 maanden), en beveelt dit aan bij alle patiënten die met systemische therapie worden behandeld.

Voor de ziekteactiviteit wordt de *Urticaria Activiteit Score* over zeven dagen (UAS7) aanbevolen, indien van toepassing aangevuld met de *Angio-oedeem Activiteit Score* (AAS). De *Urticaria Controle Test* (UCT) en de *Angio-oedeem Controle Test* (AECT) zijn beiden zeer korte scorelijsten en geven inzicht in de ervaren ziektecontrole per maand.

¹ Arts-onderzoeker NVDV

² Voorzitter richtlijnwerkgroep, dermatoloog UMC Utrecht

Overweeg bij patiënten met CindU, mits beschikbaar, provocatietesten om het subtype te bevestigen en de gevoeligheidsdrempel te bepalen, bijvoorbeeld met een temptest/ijsblokjestest (koude-urticaria), dermatografometer (symptomatisch dermatografisme), lichttesten (Solar Urticaria) of inspanningstest (Cholinerge Urticaria).

MONITORING VAN KWALITEIT VAN LEVEN

CU heeft vaak een substantiële impact op het dagelijks functioneren, de nachtrust, stemming en sociale activiteiten. De richtlijn adviseert om de kwaliteit van leven systematisch te meten met:

- **DLQI** (en **CDLQI** voor kinderen): generieke dermatologische vragenlijst. Overweeg deze te gebruiken bij start van de behandeling en vervolg dit iedere 3-6 maanden.

Aanvullend kunnen, afhankelijk van de klinische situatie, ook worden gebruikt:

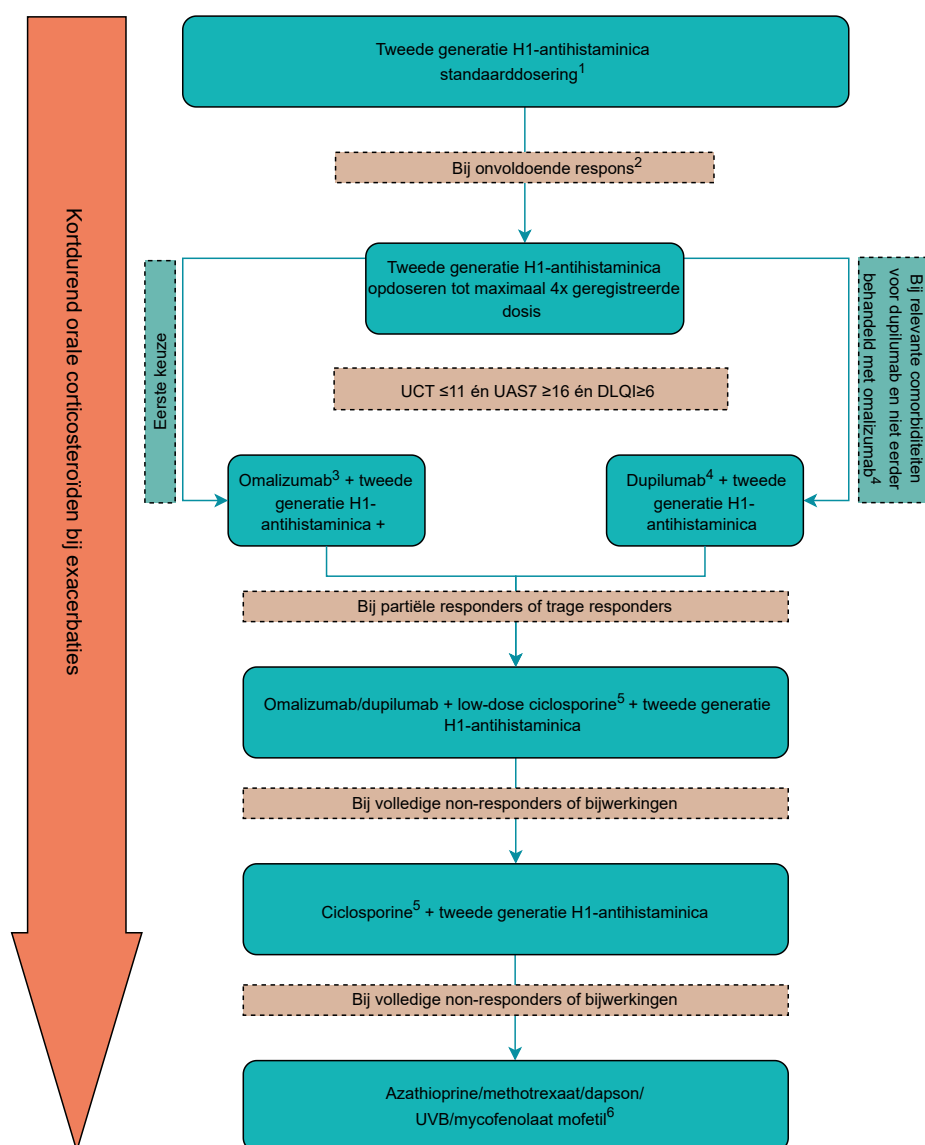
- **CU-Q2oL**: specifiek voor patiënten met urticaria.
- **AE-QoL**: specifiek voor patiënten met angio-oedeem.

Het bespreken van de uitkomsten bevordert de gezamenlijke besluitvorming en het begrip voor de ziektelast. De werkgroep adviseert daarnaast alert te zijn op angst- en stemmingsstoornissen en zo nodig te verwijzen naar de huisarts of psycholoog.

BEHANDELING VAN VOLWASSENEN

De behandeling is symptomatisch en gericht op het bereiken van volledige ziektecontrole en verbetering van kwaliteit van leven. De richtlijn beschrijft een stepped-care-model, waarin behandelingen stapsgewijs worden opgebouwd afhankelijk van de ernst van de klachten en de respons op reeds toegepaste behandeling. Zie figuur en de keuzematrix in de module 'overige behandeling bij volwassenen'.

1. Start met een geregistreerde dosering van een tweede generatie H1-antihistaminicum (zoals cetirizine, desloratadine, fexofenadine, levocetirizine, ebastine of rupatadine) en evalueer het effect na 2-4 weken. Bij onvoldoende effect kan de dosering tot en met maximaal viermaal de standaarddosering worden verhoogd, bij voorkeur verdeeld over twee giften (off-label).
2. Er wordt geadviseerd om omalizumab toe te voegen bij onvoldoende effect van de opgehoogde dosering H1-antihistaminica. Dit is geregistreerd voor CSU en kan off-label worden toegepast bij CIndU. De richtlijn geeft adviezen over eventuele dosisverhoging en/of intervalverlenging.
3. Dupilumab kan worden overwogen bij patiënten (12 jaar en ouder) met CSU én relevante comorbiditeiten waarvoor dupilumab een geregistreerde behandeling is, als ze nog geen behandeling middels omalizumab hebben gehad (Let op: momenteel nog geen vergoedingsstatus, januari 2026).
4. Bij partiële of trage respons op omalizumab of dupilumab kan een lage dosering ciclosporine (2-3 mg/kg/dag) worden toegevoegd, eveneens off-label. Bij volledige non-responders kan worden geswitcht naar ciclosporine plus antihistaminica.
5. De richtlijn geeft adviezen betreffende de behandeloptie bij patiënten met onvoldoende effect op omalizumab, dupilumab en ciclosporine. Zie tabel met een overzicht geneesmiddelen voor volwassenen met CU en de evidence.



Figuur. Stepped-care model voor de behandeling van chronische urticaria

Let op: er is tot op heden (jan. 2026) nog geen vergoedingsstatus beschikbaar voor dupilumab bij CSU. Zie ook Dupixent | European Medicines Agency (EMA).

1. Bij ineffectiviteit, sedatie of bijwerkingen switchen naar een andere tweede generatie H1-AH.
2. Evalueer het effect van tweede generatie H1-antihistaminica steeds na 2-4 weken.
3. Omalizumab 300 mg per 4 weken. Evalueer het effect na 3-6 maanden. Overweeg respectievelijk dosisverlaging of -verhoging bij goede dan wel onvoldoende ziektecontrole. Overweeg bij onvoldoende ziektecontrole de dosis te verhogen naar 450 mg of 600 mg per 4 weken.
4. Dupilumab 300 mg per 2 weken. Evalueer het effect na 3-6 maanden. De behandeling middels omalizumab zal eerste keus blijven voor patiënten met matig tot ernstige CSU die onvoldoende reageren op opgehoogde H1-antihistaminica. Overweeg bij CSU-patiënten

met relevante comorbiditeiten waarvoor dupilumab een geregistreerde behandeling is, die onvoldoende reageren op opgehoogde H1-antihistaminica en nog geen behandeling middels omalizumab hebben gehad, behandeling met dupilumab te starten. Let op: nog geen vergoedingsstatus (januari 2026). Zie ook Dupixent | European Medicines Agency (EMA).

5. Ciclosporine 2-3 mg/kg/dag als aanvullende behandeling (off-label). Overweeg bij partiële responders voor ciclosporine als aanvullende behandeling aan omalizumab/dupilumab en opgehoogde dosering H1-antihistaminica. Bij volledige non-responders switchen van omalizumab of dupilumab naar ciclosporine als aanvullende behandeling in combinatie met opgehoogde dosering H1-antihistaminica. Evalueer het effect na 4-12 weken.
6. Keuze afhankelijk van co-morbiditeit (off-label).

NB1: deze figuur hoort bij de module 'gepersonaliseerd behandelplan' van de richtlijn 'chronische urticaria'. Lees altijd de overwegingen en aanbevelingen van de betreffende module voor nuances, eventuele afwijkende situaties en extra achtergrondinformatie.

NB2: betrek de patiënt bij de besluitvorming.

Tabel. Overzicht geneesmiddelen voor volwassenen met CU en de evidence en (indien geen evidence beschikbaar) de expert opinion beoordeling van hun geschiktheid in specifieke behandelomstandigheden. Deze tabel kan gebruikt worden als hulpmiddel in shared-decision making.

	Biologics		Overige Middelen			
	Omalizumab (voorkeur)	Dupilumab (enkel CSU) <i>(Let op: tot op heden (jan 2026) geen vergoedingsstatus)</i>	Ciclosporine (off-label)	Methotrexaat (off-label)	Dapson (off-label)	Azathioprine (off-label)
Waarschuwingen en voorzorgen						
• Leeftijd ≥ 65 jaar	↑	↑	↓	↑	↑	↑
• Actieve maligniteit of risicofactoren voor maligniteit (incl. maligniteit in de voorgeschiedenis, m.u.v. NMSC)	↑	↑	↓↓	↓	↑	↓↓
• Ernstige actieve infectie	↑	↑	↓↓	↓	↓	↓↓
• Verhoogd risico op ernstige/recidiverende infectie	↑	↑	↓	↓	↓	↓
• Nierfunctiestoornis (eGFR >15 en <30 ml/min)	↑	↑	↓↓	↓	↑	↓
• Risico / actieve leverziekte	↑	↑	↓	↓↓	↑	↓↓
Zwangerschap en lactatie						
• Actieve zwangerschap	↑	0	↑	↓↓	↓↓	↓
• Borstvoeding	↑	0	↑	↓↓	↓↓	↓
↑↑ = De werkgroep is van mening dat de meeste patiënten en hun behandelend dermatoloog deze keuze zouden moeten maken. [Wij bevelen aan...] ↑ = De werkgroep is van mening dat de meeste patiënten en hun behandelend dermatoloog deze keuze zouden maken, maar een substantieel deel niet. [Wij stellen voor te overwegen...] 0 = Op dit moment kan er geen aanbeveling worden gedaan voor of tegen de interventie vanwege bepaalde redenen (bijv. geen betrouwbare/weinig gegevens beschikbaar, tegenstrijdige resultaten, etc.). [We kunnen geen aanbeveling doen over...] ↓ = De werkgroep is van mening dat de meeste patiënten en hun behandelend dermatoloog hier niet voor zouden moeten kiezen, maar een substantieel deel wel. [Wij stellen voor niet te overwegen...] ↓↓ = De werkgroep is van mening dat bijna alle patiënten en hun behandelend dermatoloog hier niet voor zouden moeten kiezen. [Wij bevelen <u>niet</u> aan...] Wit vak = géén aanbeveling.						
Let op: voor dupilumab is nog geen vergoedingsstatus (januari 2026). Zie ook Dupixent European Medicines Agency (EMA)						

KINDEREN, KINDERWENS EN ZWANGERSCHAP

In de herziene richtlijn zijn aparte modules toegevoegd:

- **Behandeling van CU bij kinderen:** De behandeling start eveneens met niet-sedatieve H1-antihistaminica tot 4 maal daags; omalizumab kan bij onvoldoende effect worden overwogen vanaf 6 jaar (off-label 6-12 jaar). Voor kinderen vanaf 12 jaar met CSU die nog niet behandeld zijn met omalizumab én relevante comorbiditeiten waarvoor dupilumab een geregistreerde behandeling is, kan dupilumab worden overwogen naast een maximaal verhoogde dosering H1-antihistaminica (tot op heden nog geen vergoedingsstatus, januari 2026).

Overweeg ciclosporine (2-3 mg/kg/dag) toe te voegen bij kinderen met onvoldoende respons of bijwerkingen van omalizumab of dupilumab in combinatie met opgehoogde dosering H1-antihistaminica.

Overweeg te switchen naar ciclosporine (2-3 mg/kg/dag) in combinatie met maximaal verhoogde dosering H1-antihistaminica bij kinderen die geen klinische verbetering ervaren (volledige non-responders) of ernstige bijwerkingen hebben van omalizumab of dupilumab.

- **Kinderwens, zwangerschap en lactatie:** de meeste tweede generatie H1-antihistaminica kunnen veilig worden gebruikt (dosering tot en met maximaal viermaal de stan-

daarddosering). Omalizumab en ciclosporine kunnen als add-on behandeling worden overwogen of gecontinueerd indien de behandeling met antihistaminica onvoldoende effectief is.

ORGANISATIE VAN ZORG

Langdurige CU heeft grote impact op de kwaliteit van leven van patiënten. Het doel van de CU-behandeling is zo snel mogelijk complete ziektecontrole te bereiken en behouden met de minst mogelijke interventie (effectief zorggebruik en zo min mogelijk bijwerkingen). De richtlijn onderstreept het belang van multidisciplinaire samenwerking tussen dermatoloog, allergoloog en kinderarts, met een centrale rol voor de patiënt in het behandeltraject. Voor complexe of therapieresistente gevallen wordt verwijzing naar een centrum met expertise geadviseerd. Bij goede ziektecontrole kan overwogen worden patiënten retour te verwijzen naar de huisarts voor voortzetting van behandeling met antihistaminica. Als advanced systemische therapie nodig blijft, valt retourverwijzing naar een tweedelijnscentrum of zorg op afstand te overwegen. Zorg hierbij altijd voor een duidelijke overdracht en stem dit af met de patiënt.

CORRESPONDENTIEADRES

Bureau NVDV

E-mail: secretariaat@nvdv.nl



Spikkels met streken

Zie pagina 23 voor de vragen.

Een melanoom (vraag 2A) dat ontstaat in een nevus spilus (vraag 1E) is uiterst zeldzaam (vraag 3A); er zijn minder dan 50 gevallen beschreven in de literatuur. [1] Hier wordt een klinisch beeld getoond van een dergelijke laesie op een bovenbeen. Opmerkelijk is dat de excisie horizontaal werd afgetekend, wat suboptimaal is (vraag 4C). Bij een vermoeden van melanoom op een extremiteit dient de chirurgische oriëntatie verticaal te zijn (in de lengterichting, de richting van de lymfebanen), om de re-excisie en de sentinel node procedure te optimaliseren. Bij een horizontale diagnostische excisie zal de re-excisie immers onnodig groot worden omdat deze rondom de uiteindes van het litteken gedaan dient te worden wegens de kans op tumorspill. [2] Deze casus laat zowel een unieke presentatie van een melanoom in een nevus spilus zien, als een potentieel veelvoorkomende fout in de chirurgische procedure. Na supervisie van het aftekenen werd de laesie in de lengterichting geëxcideerd. De histopathologie van het excisiepreparaat liet het beeld zien van een superficieel spreidend melanoom met een Breslow-dikte van 1.84 mm, stadium pT1b, waarna re-excisie en sentinel node procedure volgden; het resultaat hiervan liet geen metastasen zien. Vijf jaar follow-up bracht geen recidieven of metastasering aan het licht en patiënte werd uit de poliklinische controle ontslagen.

Een nevus spilus, ookwel 'speckled lentiginous nevus' genoemd, is een licht hypergepigmenteerde macula opgebouwd uit multipele kleinere donkere maculae en papels. Ze komen relatief vaak voor, met een prevalentie van 0,2–2,3% van de bevolking, en bevinden zich meestal op de romp of

extremititeiten. 80% van deze nevi zijn al bij de geboorte aanwezig. Ze groeien en veranderen vaak op een benigne wijze. Het maligne potentieel van een nevus spilus is zeer laag, met een geschatte incidentie van 0,13–0,2%. Hoewel een nevus spilus niet standaard wordt beschouwd als een maligne precursor, wordt zelfcontrole aangeraden bij een grootte van >20cm, aan de hand van de ABCDE regel. Alle patiënten met een nevus spilus dienen voorgelicht te worden over het herkennen van een melanoom en over adequaat zelfonderzoek van de huid en, indien gewenst, kan op indicatie fotografie, dermatoscopie en klinische follow-up door een dermatoloog worden geïnitieerd. [3]

LITERATUUR

1. Sansoni F, Toffoli L, Zacchi A, et al. Synchronous melanomas within nevus spilus. *Dermatol Pract Concept*. 2024;14(1):e2024025.
2. Delgado AF, Sayid Zommorodi S, Delgado AF. Sentinel lymph node biopsy and complete lymph node dissection for melanoma. *Curr Oncol Rep*. 2019;26;21(6):54.
3. Racanelli J, Moloney M, Siegel L. Superficial spreading melanoma within a nevus spilus. *J Osteopath Med*. 2023;123(4):223-224.

CORRESPONDENTIEADRES

Jorn Bovenschen

E-mail: j.bovenschen@mmc.nl



Kwaliteitsbeleid NVDV 2025-2030: ambities en concretisering

Roel Genders¹, Ineke Terra-Janse², Harm-Jan van der Hart³, Annefloor van Enst⁴, Maxime Verhoeven⁵

De kwaliteit van dermatologische zorg in Nederland is uitstekend en dat houden we graag zo. De NVDV zet zich al sinds haar oprichting in voor het bevorderen van de dermatologische kwaliteit; van richtlijnontwikkeling en nascholing tot visitatie en wetenschappelijk onderzoek. Deze inzet is jarenlang vanzelfsprekend onderdeel geweest van het dagelijks werk. Nu presenteert de NVDV haar eerste Kwaliteitsbeleidsplan 2025-2030, waarin ambities en structuur rondom kwaliteitsbevordering expliciet zijn vastgelegd.

WAAROM EEN FORMEEL KWALITEITSBELEID?

De aanleiding voor het kwaliteitsbeleidsplan is enerzijds de wens om het kwaliteitsdenken te formaliseren en beter zichtbaar te maken, zowel intern als extern. Anderzijds sluit het aan bij bredere ontwikkelingen in de zorg, waarbij steeds meer

nadruk ligt op transparantie, toetsbaarheid en continue verbetering. Het kwaliteitsbeleidsplan biedt een kader voor bestaande en nieuwe kwaliteitsinitiatieven en maakt duidelijk waar de NVDV als vereniging voor staat als het gaat om professioneel handelen, patiëntveiligheid en vakinhoudelijke ontwikkeling.



Figuur. De kwaliteitscyclus van de NVDV bestaande uit 4 kwadranten

¹ Dermatoloog, LUMC, Leiden en voormalig bestuurslid NVDV
² Dermatoloog, Meander MC, Amersfoort en bestuurslid NVDV
³ Adviseur Kennisinstituut Federatie Medisch Specialisten, Utrecht
⁴ Directeur NVDV
⁵ Senior beleidsadviseur NVDV

WAT IS KWALITEIT VAN ZORG?

Binnen de NVDV verstaan we onder kwaliteit van zorg: het leveren van dermatologische zorg die veilig, effectief, doelmatig en patiëntgericht is en die men voortdurend verbetert en evalueert. Kwaliteit betekent meer dan medische deskundigheid alleen – het gaat ook om de manier waarop zorg wordt georganiseerd en ervaren, naast de maatschappelijke verantwoordelijkheid die dermatologen als professionals dragen. Het kwaliteitsbeleidsplan onderschrijft verschillende thema's die aansluiten bij Medisch Specialist 2035: toegankelijke zorg & schaarste, duurzame inzetbaarheid & werkplezier, kennis & vaardigheden, diversiteit & inclusiviteit, nieuwe technologieën, vergroening van de zorg, en preventie. Deze thema's vormen randvoorwaarden die essentieel zijn voor hoogwaardige zorg.

DE KWALITEITSCYCLUS: VIER KWADRANTEN

De NVDV werkt met een kwaliteitscyclus bestaande uit vier kwadranten: 1) beschrijving van goede zorg, 2) implementeren en verbeteren, 3) meten en registreren, en 4) evalueren en agenderen, zie figuur 1. Het uitgangspunt is om binnen de vereniging deze kwaliteitscyclus sluitend te krijgen. In de hiernavolgende tekst beschrijven we per kwadrant in vogelvlucht wat de belangrijkste plannen zijn. Voor meer informatie en alle doelstellingen verwijzen wij u naar het Kwaliteitsbeleidsplan op de website van de NVDV.

Beschrijving van goede zorg

Anno 2025 beschikt de NVDV over ruim 35 richtlijnen (circa 700 modules), 15 leidraden en 30 standpunten. Deze hoeveelheid overstijgt de beschikbare capaciteit voor structureel onderhoud. Daarom streeft de vereniging naar een vermindering van 20% van het aantal modules binnen vijf jaar door scherpe prioritering en daadwerkelijk schrappen van niet-noodzakelijke documenten. Een nieuw triage-systeem moet ervoor zorgen dat alleen richtlijnen worden ontwikkeld die voldoen aan heldere criteria, zoals de aanwezigheid van een duidelijk knelpunt en praktische uitvoerbaarheid.

De NVDV zet daarnaast in op het adapteren van internationale richtlijnen van bijvoorbeeld NICE en het European Dermatology Forum. Door deze te voorzien van een Nederlands addendum kan efficiënter worden gewerkt en zijn actuele richtlijnen sneller beschikbaar. Recent zijn al met succes meerdere richtlijnen geadapteerd, waaronder die voor acne vulgaris en basaalcelcarcinoom.

Richtlijnen moeten niet alleen evidence-based zijn, maar ook uitvoerbaar in de dagelijkse praktijk. Daarom worden systematisch praktijkervaringen meegenomen en wordt gezorgd voor brede vertegenwoordiging van dermatologen uit verschillende settings. Ook bepaalt de NVDV voortaan kritischer bij welke multidisciplinaire trajecten van andere verenigingen zij participeert, met vooraf helder geformuleerde doelen en belangen.

Implementeren en verbeteren

Communicatie en nascholing spelen een centrale rol in de implementatie van kwaliteitsdocumenten. De komende

jaren worden de nieuwsbrief en website doorontwikkeld tot dynamische platforms met meer visuele en interactieve elementen. Ook wordt onderzocht welke communicatievormen – zoals podcasts, infographics of webinars – aansluiten bij de wensen van de leden. Nascholing wordt structureel gekoppeld aan nieuwe kwaliteitsdocumenten, onder andere via de Dermatologendagen en de digitale leeromgeving (DLO). Recent herziene richtlijnen krijgen expliciet aandacht tijdens de Dermatologendagen, waarbij werkgroepleden de belangrijkste veranderingen toelichten. De NVDV onderzoekt daarnaast of accreditatie kan worden gekoppeld aan het raadplegen van kwaliteitsinformatie via DLO.

De NVDV beschikt over ruim 250 patiëntfolders, zowel aan- en medicatiegericht als medicatiegericht. Dit grote aantal maakt het niet realistisch om alle folders continu actueel te houden. Daarom werkt de vereniging aan duidelijke kaders voor prioritering en onderhoud, met een structureel onderhoudsplan per folder. Tegelijkertijd wordt ingezet op nieuwe samenwerkingsvormen: de NVDV sluit aan bij Thuisarts.nl en werkt nauw samen met organisaties als Soa Aids Nederland, het Nationaal Huidfonds en het RIVM. Het doel is één duidelijke vindplek voor betrouwbare patiëntinformatie te creëren. De NVDV heeft bewust gekozen om geen nieuwe keuzekaarten meer te ontwikkelen, omdat deze binnen de dermatologie beperkt bijdragen aan passende zorg en snel verouderen, met name bij snel veranderende behandelmogelijkheden.

Meten en registreren

De NVDV streeft naar een beheersbaar en efficiënt kwaliteitsregistratielandschap. Momenteel worden binnen de dermatologie verschillende kwaliteitsregistraties en indicatoren ingezet, deels verplicht vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en vanuit Zorginstituut Nederland. Een belangrijk knelpunt is de registratielast: veel dermatologen ervaren de hoeveelheid uit te voeren registraties als belastend en tijdrovend. Bovendien ontbreekt vaak duidelijkheid over het doel van registraties en wat er met de gegevens gebeurt.

De NVDV gaat daarom alle huidige kwaliteitsregistraties en indicatoren inventariseren en evalueren op relevantie, waarbij daadwerkelijk schrappen een belangrijk uitgangspunt is. Ook worden gesprekken gevoerd met IGJ en Zorginstituut Nederland over niet-relevante en onnodige registraties. Daarnaast wordt de rol van artificial intelligence verkend als ondersteuning bij kwaliteitsregistraties, met aandacht voor het verminderen van registratielast en centralisering van gegevens.

Evalueren en agenderen

Kwaliteitsvisitaties vormen een belangrijk instrument voor borging en verbetering van zorgkwaliteit. Er zijn echter duidelijke verschillen tussen academische centra, perifere vakgroepen, zelfstandige behandelcentra en solopraktijken. Het hanteren van uniforme normen doet onvoldoende recht aan deze diversiteit. De NVDV herdefinieert daarom de kaders voor gedifferentieerde kwaliteitsvisitaties en splitst het normenrapport in een generiek deel met daarnaast setting-specifieke onderdelen.

Zorgevaluatie krijgt een prominentere rol in het kwaliteitsbeleid. De NVDV heeft tot op heden twee kennisagenda's ontwikkeld met de belangrijkste zorgevaluatievragen. In 2022 werd ZonMw-financiering verkregen voor de UPDATE-trial, een studie naar de effectiviteit van UVB-lichttherapie bij atopisch eczeem. Deze trial heeft nuttige inzichten opgeleverd over de organisatie van zorgevaluatieonderzoek en resulteerde in een netwerk van samenwerkende centra. Een voorbeeld van gepast gebruik is het 'Less is More'-project, gericht op het verminderen van onnodige screening en monitoring bij patiënten met inflammatoire dermatosen die systemische medicatie gebruiken. De NVDV voert een proactief beleid door actieve ondersteuning van kartrekkers, begeleiding van subsidieaanvragen en financiële ondersteuning via de Stichting Fonds Onderzoek Huidziekten, die zich voortaan uitsluitend richt op zorgevaluatieonderzoek binnen de kennisagenda.

IMPLEMENTATIE EN MONITORING

Het kwaliteitsbeleidsplan beschrijft niet alleen ambities, maar vertaalt deze naar concrete doelstellingen en acties per onderdeel. Monitoring en evaluatie zijn vaste onderdelen van deze cyclus. De NVDV werkt met een kwaliteitsagenda waarin alle lopende en geplande kwaliteitsactiviteiten staan. Deze agenda wordt opgesteld met de betrokken gremia en ondersteuning vanuit het bureau. Het bureau monitort de voortgang, schrijft jaarlijks een voortgangsrapportage en stemt de communicatie af omtrent doelen die zijn afgerond.

CONCLUSIE

Met het Kwaliteitsbeleidsplan 2025-2030 formaliseert de NVDV haar jarenlange inzet voor de kwaliteit van de dermatologische zorg en geeft hierbij de richting aan voor de komende jaren. De focus ligt op prioritering, doelmatigheid, praktische toepasbaarheid en verminderde administratieve lasten, zonder afbreuk te doen aan de hoge kwaliteit van zorg. De kracht van dit beleid ligt in de deskundigheid en betrokkenheid van de leden. Door actief deel te nemen aan richtlijnontwikkeling, kwaliteitsprojecten en scholing, dragen zij dagelijks bij aan het verder versterken van de zorg en het vertrouwen van patiënten in de beroepsgroep.

Het volledige Kwaliteitsbeleidsplan 2025-2030 is beschikbaar via de website van de NVDV; <https://nvdv.nl/professionals/kwaliteit/kwaliteitsbeleid>



CORRESPONDENTIEADRES

Maxime Verhoeven

E-mail: m.verhoeven@nvdv.nl